



Íleo biliar en el ángulo de Treitz

Gallstone ileus at the angle of Treitz

Luis Enrique Expósito Portales^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4348-5963>

Sheyla Moret Vara¹ <https://orcid.org/0000-0001-9141-5401>

Lissette Chao González¹ <https://orcid.org/0000-0003-0817-2424>

Kenia Yunarkis Valenzuela Aguilera¹ <https://orcid.org/0000-0002-4244-350X>

Dania Delgado Rivero¹ <https://orcid.org/0000-0002-9374-998X>

Amarilis Duarte Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0003-0331-1560>

¹ Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: luisexp93@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El íleo biliar es una causa poco frecuente de oclusión intestinal mecánica ocasionada por el paso de un cálculo biliar hacia la luz intestinal; por lo general por una fistula bilioenterica.

Objetivo: Presentar un caso clínico de una paciente con un íleo biliar por una fistula

colecistoduodenal con cálculo biliar impactado en el ángulo de Treitz.

Caso clínico: Paciente femenina de 84 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, ataques isquémicos transitorios y síntomas dispépticos en relación con la ingestión de

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

alimentos colecistoquinéticos y episodios intermitentes de vómitos con restos de alimentos o biliosos, pospandriales tardíos. Acudió al hospital por presentar vómitos biliosos asociados a un cuadro de pérdida de conciencia y de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho. Ingresó por síndrome emético y enfermedad cerebrovascular en curso. A las 48 hora de ingreso se indicó tomografía axial computarizada de abdomen simple por tener un débito alto (alrededor de 1500 mililitros por día) por sonda nasogástrica de característica biliar, donde se constató triada de Rigler. Se diagnosticó íleo biliar por fistula colecistoduodenal con lito

impactado en el ángulo de Treitz. Se realizó endoscopia superior de urgencia terapéutica bajo anestesia por alto riesgo quirúrgico de la paciente, la cual no fue efectiva, pero se logró el avance del lito hasta el yeyuno y se realizó enterolitotomía.

Conclusiones: El íleo biliar es una condición en pacientes de edad mayor con enfermedades concomitantes. La capacidad de diagnosticar preoperatoriamente el cuadro incide en una disminución de las complicaciones.

Palabras clave: cálculo biliar; fistula; tomografía.

ABSTRACT

Introduction: Gallstone ileus is a rare cause of mechanical intestinal obstruction caused by the passage of a gallstone into the intestinal lumen, usually through a biliary-enteric fistula.

Objective: To present the clinical case of a patient with gallstone ileus due to a

cholecystoduodenal fistula with a gallstone impacted in the angle of Treitz.

Clinical case: An 84-year-old female patient with a history of hypertension, type 2 diabetes mellitus, transient ischemic attacks, and dyspeptic symptoms associated with the ingestion of cholecystokinetic foods and intermittent episodes of vomiting containing

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

relinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

food debris or bilious vomiting in the late postprandial period. She came to the hospital with bilious vomiting associated with loss of consciousness and muscle strength in the right side of the body. She was admitted with emetic syndrome and ongoing cerebrovascular disease. Forty-eight hours after admission, a simple abdominal computed tomography scan was indicated due to high output (approximately 1500 milliliters per day) through a nasogastric tube with biliary characteristics, which confirmed Rigler's triad. A diagnosis of gallstone ileus due to a cholecystoduodenal

fistula with an impacted stone in the angle of Treitz was made. An emergency upper endoscopy was performed under anesthesia due to the patient's high surgical risk. This was not effective, but the stone was advanced to the jejunum and enterolithotomy was performed.

Conclusions: Gallstone ileus is a condition in older patients that typically presents with concomitant diseases. The ability to diagnose the condition preoperatively directly reduces complications, making ED care extremely important.

Keywords: gallstone; fistula; tomography.

Recibido: 31/05/2025

Aceptado: 20/08/2025

INTRODUCCIÓN

El Ieo biliar es una causa poco frecuente de oclusión intestinal mecánica ocasionada por el paso de un cálculo biliar hacia la luz intestinal. Se produce en la mayoría de los casos como consecuencia del impacto del cálculo en el Ieon tras su paso a través de una fistula bilioenterica formada por procesos inflamatorios crónicos. Por lo general, es un cálculo con un diámetro promedio de 2 a 2,5 centímetros.⁽¹⁾

Las fistulas pueden formarse en cualquier parte del tracto digestivo, alrededor del 60 % ocurren

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[relinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

en el duodeno debido a la proximidad; aunque pueden ocurrir también con el estómago, el colon transverso y el intestino delgado distal. La patología puede ser parte del curso natural del síndrome de Mirizzi. Con menos frecuencia, un cálculo biliar puede ingresar al duodeno a través del conducto biliar común, una papila de Vater dilatada o después de una esfinterotomía endoscópica. El derrame de cálculos biliares durante la colecistectomía laparoscópica también puede resultar en un absceso intraabdominal que puede ulcerar la pared intestinal y conducir a una vía de entrada hacia la luz intestinal.⁽²⁾

Hay varias formas de obstrucción relacionadas con el sitio de impacto de cálculo biliar. Estas incluyen el síndrome de Bouveret con impacto en duodeno o píloro, y el más común el síndrome de Barnard (5-75% de los casos) en el cual el sitio de impacto es en el ileón terminal justo antes de la válvula de Bauhin.⁽³⁾

El ileo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por el Dr. Erasmus Bartholin⁽²⁾ y representa el 0,3 - 0,5 % de las complicaciones de la colelitiasis, con una relación 30-35 casos por cada millón de hospitalizaciones. Es prevalente en mujeres, con una proporción mujer a hombre de 3,5 a 3,6:1 y los pacientes suelen ser mayores de 65 años.⁽⁴⁾ Es importante saber que el ileo biliar es causa de obstrucción de intestino delgado en menos del 4 % de los pacientes menores de 65 años, pero incrementa a un 25 % en los pacientes mayores a los 65 años de edad.^(4,5) Tiene una alta mortalidad (entre 12 y 27 %) debido a las comorbilidades asociadas y al retraso diagnóstico.⁽⁶⁾

El diagnóstico es difícil dado que la clínica es inespecífica, con un cuadro de obstrucción intestinal intermitente.⁽⁷⁾ Existen tres formas de presentación clínica: aguda, que corresponde a la clásica presentación de ileo biliar, caracterizada por mostrar de manera súbita distensión abdominal, vómito y constipación; subaguda, la cual se presenta como obstrucción intestinal parcial y crónica, conocida como síndrome de Karewsky, que se caracteriza por episodios de dolor recurrente causado por el paso de cálculos biliares a través del intestino, lo cual se alterna con episodios

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

relinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

asintomáticos. Se debe sospechar la presencia de ileo biliar cuando un paciente de edad avanzada muestra la triada de Mordor (antecedente de cálculo biliar, signos de colecistitis aguda y aparición súbita de obstrucción intestinal).⁽⁶⁾

La trádita de Rigler compuesta por neumobilia (signo de *Gotta-Mentschler*), lito (presentándose en menos del 10 %) y distensión abdominal es patognomónica. Dentro de los auxiliares diagnósticos se encuentran la radiografía de abdomen, el ultrasonido y la tomografía computarizada abdominal.^(4,7) La evidencia de un cambio en la posición del cálculo en la radiografía se conoce como Tétrada de *Rigler*. Por otro lado, *Baltazar y Schechter* describen un quinto signo radiológico que implica la presencia de varios niveles de líquido adyacentes al cuadrante superior derecho.⁽⁴⁾

El tratamiento y el manejo del ileo biliar aún son controvertidos y el principal objetivo terapéutico es la extracción del cálculo causante tras la reanimación. El ileo biliar presenta tres elementos claves: colelitiasis, fistula bilioenterica y obstrucción intestinal. La extracción de los cálculos suele abordar la obstrucción intestinal. Las opciones quirúrgicas actuales son: 1) enterolitotomía simple, 2) enterolitotomía, colecistectomía y cierre de la fistula (procedimiento en una sola etapa), y 3) enterolitotomía con colecistectomía posterior (procedimiento en dos etapas). La mayoría concluye que la enterolitotomía sola es la mejor opción para la mayoría de los pacientes. Se puede realizar manejo endoscópico, pero depende de la ubicación del cálculo.⁽²⁾

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de una paciente con un ileo biliar por una fistula colecistoduodenal con cálculo biliar impactado en el ángulo de Treitz.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 84 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial tratada con amlodipino, diabetes mellitus tipo 2 tratada con metformina, ataques isquémicos transitorios y <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

Síntomas dispépticos intermitentes, en relación con la ingestión de alimentos colecistoquintáticos; asociados a episodios de vómitos con restos de alimentos, pospandriales tardíos que alternaban con otros biliosos. Acudió de urgencia al hospital durante uno de estos eventos, pero en esta ocasión con vómitos biliosos, abundantes en cantidad y frecuencia; asociado a un cuadro de pérdida de conciencia y de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho.

Al examen físico se constató

Mucosas secas y normocoloreadas.

Abdomen plano, suave, depresible, ligeramente doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Aumento de volumen en hipocondrio izquierdo en posible relación con distensión gástrica. Ruidos aéreos ligeramente aumentados. No visceromegalia.

Además, la paciente se encontraba con tendencia a la somnolencia, desorientada en tiempo y espacio, lenguaje incoherente, hemiplejía facial derecha, flacidez hemicorporal ipsilateral. Arreflexia aquiliana bilateral. Signo de Babinski derecho positivo.

Frecuencia cardíaca: 105 por minuto.

Frecuencia respiratoria: 25 por minuto Presión arterial 140/90 mmHg.

Se le realizaron los siguientes exámenes complementarios:

Hemograma con diferencial:

Leucocitos. $18 \times 10^9/L$

Neutrófilos. 83.5% Linfocitos. 10.9% monocitos. 5.6%

Hemoglobina. 15.0g/dL Hto. 40.5%

Plaquetas. $243 \times 10^9/L$

Ionograma y gasometría:

pH. 7.45 pCO₂. 57.2 Torr HCO₃⁻ 39.3 mmol/L EB 15.3 mmol/L

Na⁺ 154.7 mmol/L K⁺ 3.23 mmol/L Cl⁻ 87.5 mmol/L iCa 0.77 mmol/L

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

Glucemia 14.1 mmol/L

Amilasa 42 U/I

Creatinina 157 mmol/L

TGP 42 U/I. **GGT** 4 U/I **Grupo y factor:** O positivo

Tomograf á axial computarizada simple de cráneo: signos marcados de atrofia cerebral. No signos de isquemia ni sangrado cerebral agudos.

Ingresó en el servicio de Medicina Interna con síndrome emético más posible enfermedad cerebrovascular aterotrombótica en curso. Durante las primeras 48 horas de ingreso en el servicio de Medicina, a pesar de tener la vía oral suspendida y sonda nasogástrica Levin, continuó con débito alto por este, alrededor de 1500 mililitros por día y de carácterística biliar. Se solicitó interconsulta con la guardia de Cirugía y una vez comprobada que la sonda de levin estaba bien colocada en el estómago, sin variación de lo reportado en el examen físico del ingreso, se decidió realizar tomografía axial computarizada de abdomen.

Tomografía axial computarizada de abdomen simple: presencia de aire en vías biliares intra y extrahepáticas. Vesícula biliar con litiasis, de paredes engrosadas y con presencia de aire en su interior. Estómago distendido, con contenido líquido y nivel hidroaéreo, a pesar de tener sonda levin bien colocada. Asas duodenales distendidas con contenido líquido, paredes engrosadas con edema en la tercera y cuarta porciones con borramiento de la grasa a este nivel. Imagen en su interior de densidad variable de aproximadamente 23x27 mm que pudiera estar en relación con una litiasis biliar a este nivel sin descartar otra etiología, lo que provoca interrupción del tránsito intestinal. Resto de las asas delgadas sin alteraciones. Colon con formaciones diverticulares en toda su extensión. Páncreas afinado y sin alteraciones. Recto ocupado por gases y materia fecal. Marcada ateromatosis aortoiliaca. Imagenquistática hacia polo superior del riñón derecho que mide en corte axial 4x5 cm y otra parapleílica de 17 mm. Riñón izquierdo con pequeño angiomiolipoma de 7.8 cm hacia parte media. Calcificaciones en excavación peritoneal

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

en proyección del cuerpo uterino que pudiera estar en relación con mioma calcificado. Cambios degenerativos vertebrales. Prótesis de cadera derecha. (Ver Fig. 1).

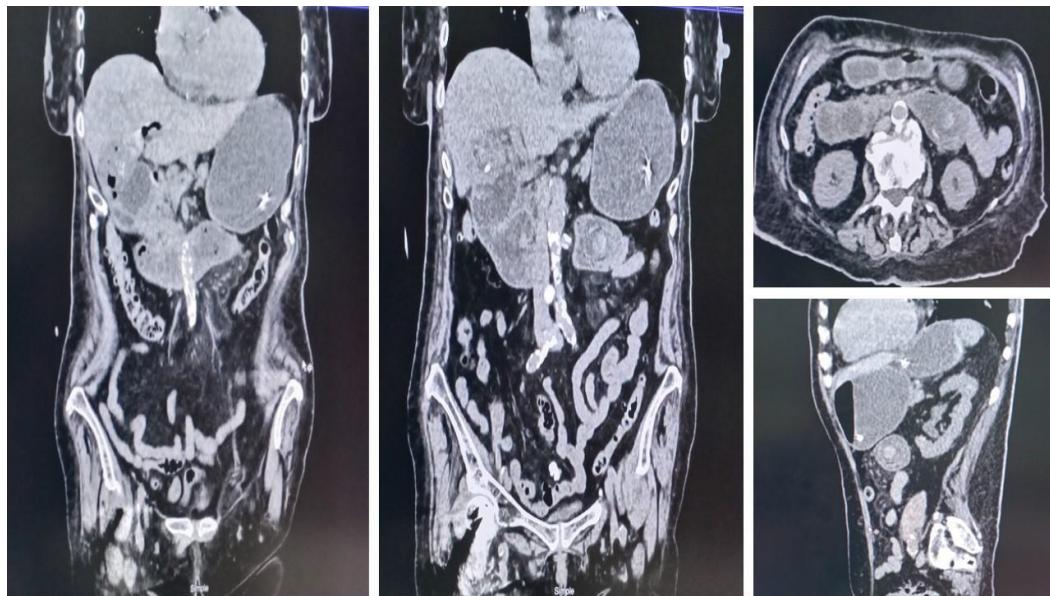


Fig. 1. Tomografía axial computarizada de abdomen simple

Conducta: se discutió el caso en conjunto por Medicina Interna, Cirugía y Gastroenterología al llegar al diagnóstico de Ileo biliar por cálculo biliar impactado en el ángulo de Treitz y fistula colecistoduodenal. Se decidió por las condiciones generales de la paciente y por el sitio de impacto, realizar endoscopia superior terapéutica bajo anestesia y conducta consecuente.

Se realizó el procedimiento endoscópico y se confirmó el diagnóstico (ver Fig. 2.).

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990



Fig. 2. Endoscopia superior urgente

Tras el intento fallido de poder extraer con cestas de dormia el cálculo biliar impactado, por ser rígido y grande, se fragmentó de manera parcial la coraza (litotripsia), lo que permitió avanzarlo más allá del ángulo de Treitz. Se procedió a realizar laparotomía media supraumbilical en el mismo acto anestésico. Al localizar el lito en el asa proximal yeyunal se avanzó de manera manual y con dificultad aproximadamente hasta 20 cm del ángulo; se realizó enterotomía y extracción del lito. La Fig. 3 muestra la litiasis, con una medida de 4x4cm después de fragmentada de forma parcial durante la endoscopia digestiva superior. Luego se cerró el asa yeyunal transversalmente y en dos planos de suturas.



Fig. 3. Cálculo biliar extraído

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

COMENTARIOS

El ileo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal y por lo tanto el sitio donde se encuentre fijado el cálculo inducirá una variedad de escenarios clínicos.⁽⁵⁾ El proceso en general se inicia con la formación de cálculos en la vesícula biliar. La condición anatómica para el ileo biliar es la presentación de una fistula entre la vesícula y el tracto gastrointestinal. Cuando se produce un ileo biliar, existe casi siempre una fistula colecistoduodenal; las fistulas colecistocísticas apenas provocan un ileo y las fistulas coledocoduodenales son generalmente demasiado pequeñas para dejar pasar un cálculo obturador. No todos los cálculos que pasan al intestino a través de fistulas provocan en modo alguno un ileo. Se estima que el diámetro mínimo del cálculo necesario para producir una obstrucción intestinal es de 2,5 cm. El 70 % de los impactos ocurren en el íleon terminal, 25 % en el yeyuno, 5 % en el duodeno y el 4 % en el colon.⁽⁸⁾

El síndrome de Barnard ocurre cuando el cálculo obstruye a la válvula ileocecal. Únicamente el 3% de los pacientes presentan el síndrome de Bouveret, el cual es el resultado del cálculo alojándose en el duodeno y bloqueando la salida gástrica.⁽⁵⁾

Los vómitos biliosos y/o la dilatación gástrica sugieren una oclusión alta, mientras que la distensión abdominal y los vómitos fecaloideo hacen pensar en una obstrucción baja.⁽⁸⁾

El caso presentado es típico de esta infrecuente condición y se registra dentro de los sitios más infrecuentes de impacto del cálculo biliar; puesto que en el ángulo de Treitz no se registra ningún caso en la literatura consultada. Su complejo sintomático correspondió a un síndrome de Bouveret.

Martin Pérez y otros⁽⁹⁾ en una investigación realizada en 5 casos de ileo biliar registraron como sitio de impactos entre íleon – yeyuno y expone la TAC de abdomen como medio diagnóstico más sensible. Vera Mansilla y otros⁽¹⁰⁾ en 25 casos estudiados con dicha patología, expone en 2 de ellos la localización duodenal, pero no en el ángulo de Treitz.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

El diagnóstico casi siempre es tardío, de ahí que el tiempo transcurrido entre el ingreso y el inicio de la intervención sea variable. Vera Mansilla y otros⁽¹⁰⁾ exponen un promedio de 3,16 días; con una desviación estándar de 5,36; mientras que Martín Pérez y otros⁽⁹⁾ uno de $19,6 \pm 6,6$ h. En nuestro caso fueron 48 horas como tiempo acorde a lo registrado en la literatura. En toda la literatura consultada la tomografía axial computarizada de abdomen fue el medio diagnóstico más sensible, acorde a nuestro caso, confirmado por la triada de Rigler.

La endoscopía alta en pacientes con síndrome de Bouveret, o la colonoscopía cuando hay una obstrucción en el ileo o colon, puede realizarse exitosamente con los procedimientos terapéuticos descritos. Zielinski y otros reportaron el primer caso de resolución de ileo biliar colónico a través de litotripsia electrohidráulica. Declararon que los cálculos biliares impactados endoscópicamente accesibles son susceptibles a opciones terapéuticas alternas menos invasivas, incluyendo la litotripsia electrohidráulica, la litotripsia extracorpórea por ondas de choque, la litotripsia intracorpórea por láser, y la litotripsia mecánica endoscópica por fragmentación.

La opción terapéutica de endoscopía intervencionista en los pacientes de alto riesgo es la mejor opción de tratamiento. Estos procedimientos deben aún someterse a la prueba del tiempo, para ser aprobados y utilizados correctamente. Por lo tanto, solo deben de realizarse en pacientes estables y por endoscopistas altamente especializados y entrenados.⁽⁵⁾

En el caso reportado preferimos la realización de endoscopia superior urgente bajo anestesia y conducta consecuente, por ser un síndrome de Bouveret y por el alto riesgo que posee a la paciente ante la edad, la enfermedad cerebrovascular en curso y deterioro del estado general por alteraciones del medio interno y deshidratación moderada. No fue posible la extracción del cálculo por el tamaño y consistencia que imposibilitó también la litotripsia completa.

Vera Mansilla y otros⁽¹⁰⁾ en los casos estudiados expone que se realizó endoscopia con fines terapéuticos en pacientes con litiasis duodenal, pero el abordaje no fue efectivo, por lo que ambos pacientes requirieron intervención quirúrgica urgente.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

El manejo quirúrgico se mantiene como el abordaje estándar para el Ieo biliar. Sin embargo, no hay una técnica quirúrgica definitiva estandarizada. El objetivo del procedimiento es la resolución inmediata de la obstrucción lograda con la enterolitotomía en forma sola. Esta es la extracción de un cálculo a través de una enterotomía, sin la realización de un procedimiento para resolver la fistula o la enfermedad de la vesícula biliar. Esta técnica se lleva a cabo con mayor frecuencia que las otras, ya que logra el objetivo de tratamiento principal, sin exponer al paciente a una cirugía más prolongada y complicada. Reisner y Cohen realizaron el análisis más grande de casos de IB. Compararon la mortalidad en pacientes sometidos a un procedimiento de enterolitotomía y en pacientes que tuvieron cirugía en un solo tiempo. Los resultados mostraron que la enterolitotomía tuvo una tasa de mortalidad de 11,7 vs. 16,9 % para los pacientes de la cirugía en un solo tiempo, por lo tanto, los autores concluyeron que la enterolitotomía era la técnica de elección.

Aunque existe una tasa de recurrencia bien conocida de Ieo biliar de alrededor de 5 % (85% dentro de los 6 meses después de la intervención quirúrgica) con la enterolitotomía, en forma sola, la recurrencia de síntomas biliares después de este procedimiento es próxima a 10 %. También se han descrito casos de fistula espontánea. Por lo tanto, la enterolitotomía es un buen abordaje para los pacientes con comorbilidades significativas, inestabilidad hemodinámica, o disección quirúrgica de alto riesgo.⁽⁵⁾ Vera Mansilla y otros⁽¹⁰⁾ reportan que se le realizó solo enterolitotomía al 72 % de los casos estudiados. Gungor y otros⁽¹¹⁾ exponen que fue el proceder que se le realizó al 45,5 % de sus casos estudiados.

En esta paciente se prefirió realizar solo la enterolitotomía por el alto riesgo según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA); además, de tratarse de una paciente de 84 años. Su evolución fue favorable por cirugía, tras días en la unidad de cuidados intensivos por su enfermedad cerebrovascular y alteraciones del medio interno.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

relinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo González J, Guillen Martínez EA, Chama Naranjo A, García Cordero E, Farell Rivas J, López Olivares R. Ileo biliar: Diagnóstico y Tratamiento oportuno de una enfermedad infrecuente. Cir Andal. [Internet]. 2021 [acceso: 17/05/2025];32(1):36-42. Disponible en: https://www.asacirujanos.com/documents/revista/pdf/2021/Cir_Aandal_vol32_n1_05.pdf
2. Turner AR, Sharma B, Mukherjee S. Ileo biliar. StatPearls [Internet]. 19 septiembre 2022 En Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025 [acceso: 17/05/2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/books/NBK430834/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
3. Stagnitti F, Stagnitti A, Tarcoveanu E. Spontaneous Biliary-Enteric Fistulas and Associated Complications: An Overview. Chirurgia (Bucur) [Internet]. 2021 [acceso: 17/05/2025];116(6): S28-S35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35274609/>
4. Céspedes Rodríguez Héctor Alejandro, Fernández Pérez Raúl. Ileo biliar, una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Rev Cubana Cir [Internet]. 2020 [acceso: 17/05/2025]; 59 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000300012&lng=es
5. Ploneda CF, Gallo M, Rincon C, Navarro E, Bautista CA, de la Cerda LF, et al. El ileo biliar: una revisión de la literatura médica. Revista de Gastroenterología de México. [Internet]. 2017 [acceso: 17/05/2025]; 82(3):248-254. Disponible en: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-el-ileo-biliar-una-revisionarticulo-S0375090617300137>
6. Reyes JM, Hernández LK. Gallstone ileus: a diagnostic and therapeutic challenge. Presentation of a clinical case. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2023 [acceso: 17/05/2025] ;61(1):106-110. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36542794/>
7. Morales JA, Cota MM, Mora GFB, Salinas XE, González AE. Intestinal obstruction <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq> revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e990

secondary to gallstone ileus: case report. Cir Cir. [Internet]. 2021 [acceso: 17/05/2025];89(S2):31-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34932536/>

8. Cabrera FA, Hidalgo M, Camilo AF, Gávez O. Ileo biliar. Rev Cub Med Mil [Internet].

2011 [acceso: 18/05/2025]; 40(1): 56-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100008&lng=es

9. Martínez J, Delgado L, Bravo A, Burillo G, Martínez A, Alarcón A, et al. El Ieo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. Revista de Cirugía Española [Internet] [acceso: 17/05/2025];91(8):485-489.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-el-ileo-biliar-como-causa-S0009739X13001395>

10. Vera C, Sánchez A, Matias B, Mendoza F, Díez M, García F. Surgical Treatment of Gallstone Ileus: Less Is More. Visc Med. [Internet]. 2022 [acceso: 18/05/2025]; 38 (1): 72–77. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000518451>

11. Gungor, F, Atalay Y, Acar N, Gur EO, Kokulu I, Acar T, et al. Clinical outcome of gallstone ileus; a single-centre experience of case series and review of the literature. Acta Chirurgica Belgica, [Internet]. 2020 [acceso: 18/05/2025]; 122(1), 7–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00015458.2020.1816673>

Conflictos de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons

