

ÍLEO BILIAR SECUNDARIO A FÍSTULA COLECISTO-DUODENAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE SU MANEJO LAPAROSCÓPICO

GALLSTONE ILEUS SECONDARY TO CHOLECYSTODUODENAL FISTULA: A CASE REPORT AND REVIEW OF ITS LAPAROSCOPIC MANAGEMENT

David Ramón Cáceres Aro¹, Karen Mariel García Peñaloza²

RESUMEN

El íleo biliar es una complicación poco frecuente de litiasis vesicular, cursa con obstrucción intestinal mecánica. Se produce por la formación de una fístula colecistoentérica, por donde pasa el lito y se impacta en el íleon terminal, sitio más común a causa de su luz estrecha y peristaltismo reducido. Es más frecuente en pacientes de sexo femenino y mayores de 50 años.

El presente caso trata de una paciente femenina de 50 años de edad quien acude a emergencia en marzo por cuadro de colecistitis aguda y rechaza procedimiento quirúrgico. 4 meses después retorna por el mismo cuadro y es intervenida quirúrgicamente de urgencia, donde se evidencia una fístula biliar y se repara la misma, en el postoperatorio presenta datos de obstrucción intestinal compatible con íleo biliar, por lo cual es reintervenida laparoscópicamente para la extracción del lito.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication of gallstones, characterized by mechanical intestinal obstruction. It occurs due to the formation of a cholecystoenteric fistula, through which the stone passes and becomes lodged in the terminal ileum, the most common site due to its narrow lumen and reduced peristalsis. It is more frequent in female patients and those over 50 years of age.

This case involves a 50-year-old female patient who presented to the emergency department in March with acute cholecystitis and declined surgery. Four months later, she returned with the same symptoms and underwent emergency surgery, during which a biliary fistula was identified and repaired. Postoperatively, she presented with signs of intestinal obstruction consistent with gallstone ileus, requiring a second laparoscopic surgery for stone extraction.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de litiasis biliar a nivel mundial es muy variada, desde China con la más baja prevalencia de 0,23 %, México 14,3 %, hasta Chile la más alta prevalencia 44%, si bien no contamos con datos actuales de la prevalencia en Bolivia, se estima que estemos justo por debajo de la Chile^{1,2}.

Una de las complicaciones de litiasis biliar es el íleo biliar³.

El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Bartholin⁴. Representa entre el 1 y el 3% de todos los casos de obstrucción mecánica del intestino delgado, y puede llegar hasta el 25% en pacientes mayores de 65 años, predominantemente en el sexo femenino, con una proporción de 3.5-6:1⁴. En el tracto intestinal el lito puede obstruir cualquier parte, pero el lugar más común es el íleon distal⁵. La tasa de mortalidad del íleo biliar va de 12 a 27%, debido a la edad mayor de los pacientes,

patologías asociadas, ingreso hospitalario tardío y al tratamiento terapéutico retrasado⁵.

La clínica puede ser aguda o subaguda: dolor abdominal, distensión y vómitos. En ciertas ocasiones presenta ictericia (15%), y los síntomas biliares se presentan solo en el 65% de los pacientes.

Se debe sospechar de íleo biliar en pacientes de edad avanzada que presentan triada de Mordor: antecedente de colelitiasis, signos de colecistitis aguda, y aparición de obstrucción intestinal⁶.

El tipo crónico se caracteriza por episodios de dolor abdominal recurrente, y laboratorialmente alteraciones del perfil hepático y alteraciones hidroelectrolíticas.

Diagnóstico: La radiografía de abdomen tiene una sensibilidad de 40-70 %, donde se puede apreciar la triada de Rigler, que consiste en la presencia calculo radiopacos (10%),

¹Residente de 3º año de Cirugía General Hospital del Norte, Cochabamba.

²Cirujano titular Laparoscopia avanzada, Hospital del Norte, Cochabamba

Correspondencia a:

David Ramón Cáceres Aro
Correo electrónico: dcaceres1996.8.19@gmail.com
Teléfono: 74958997

Palabras clave: Reporte de caso, íleo biliar, obstrucción intestinal, fístula colecistoentérica, laparoscopia.

Keywords: Case report, gallstone ileus, intestinal obstruction, cholecystoenteric fistula, laparoscopy.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación:

Aceptado para publicación:

Citar como:

Cáceres Aro DR, García Peñaloza KM. Íleo biliar secundario a fístula colecistoduodenal: reporte de un caso y revisión de su manejo laparoscópico. Rev Cient Cienc Med. 2026; 29(1): 25-29

neumobilia (signo de Gotta- Mentschler) y distensión de asas intestinales^{6,7}.

La tomografía con contraste se considere el método de referencia para el diagnóstico de íleo biliar con una sensibilidad de 93% y especificidad del 100%⁷.

Tratamiento: La resolución del cuadro es quirúrgica y puede realizarse en dos tiempos, previa estabilización del paciente⁸.

Cirugía en un tiempo:

Enterolitotomía: realizado como único tratamiento, es la técnica más frecuente empleada, recomendada para pacientes con comorbilidades significativas, inestabilidad hemodinámica o cirugías complejas. Consiste en la extracción del calculo a través de una enterotomía 15 a 20 cm proximal a la obstrucción, sin añadir otro procedimiento.

Colecistectomía o colecistostomía, cierre de fístula y enterolitotomía, debe realizarse solo en pacientes seleccionados y reanimados adecuadamente.

Cirugía en dos tiempos:

Enterolitotomía y posteriormente colecistectomía. No hay consenso sobre el periodo de tiempo entre la primera y segunda intervención^{9,10}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 50 años, ingresa al servicio de emergencia, refiriendo un cuadro clínico de cuatro días de evolución

caracterizado por presentar dolor abdominal de inicio progresivo, intermitente en hipocondrio derecho, de tipo punzitivo, de moderada intensidad, acompañado por náuseas que llegan al vómito en dos oportunidades de características biliosas, no se reporta alzas térmicas. A la evaluación inicial, los signos vitales fueron: presión arterial 120/85 mmHg, frecuencia cardíaca 93 lpm, frecuencia respiratoria 20 lpm, temperatura 36,6 °C. En el examen físico abdominal se evidencia abdomen simétrico, ruidos hidroaéreo hipoactivos, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, signo Murphy positivo, ingresa con el diagnóstico de Colecistitis aguda litiasica. La ecografía abdominal reporta vesícula biliar de 95x34mm, calculo enclavado en bacinete, pared de 13 mm (**figura 1**). Se indica intervención quirúrgica de urgencia; sin embargo, la paciente rechazó el procedimiento por temor al acto quirúrgico y solicita el alta voluntaria.

Cuatro meses después, la paciente reingresa al servicio de emergencia, manifestando exacerbación de la sintomatología. Refiere haber presentado múltiples cuadros de cólicos biliares durante este tiempo los cuales ceden mediante automedicación con analgésicos y antiespasmódicos. Los exámenes de laboratorios reportan leucocitosis y creatinina elevada. La radiografía de tórax y abdomen no muestran aire subdiafragmático, pero evidenciaron niveles hidroaéreos intestinales.



Figura 1: Ecografía de vesícula biliar que evidencia un lito impactado en el bacinete con marcado engrosamiento de la pared vesicular (13 mm).

La ecografía abdominal compatible con colecistitis aguda litiásica. Fue intervenida quirúrgicamente de urgencia mediante abordaje laparoscópico, donde los hallazgos transoperatorio fueron: plastrón vesicular conformado por omento mayor y duodeno, vesícula biliar de 10x5x2 cm con paredes edematosas, necrosadas a nivel de lecho, una fístula colecistoduodenal de 10 mm, conducto cístico de 8 mm fibrosado, retraído por proceso inflamatorio, conducto colédoco de 8 mm, asas intestinales no presenta distensión. Se procedió a realizar una colecistectomía, cierre primario de la fístula colecistoduodenal, y se coloca un drenaje de succión cerrada (Jackson Pratt®) en espacio de Morrison. Los diagnósticos postoperatorios son Colecistitis Aguda Litiásica, Fístula Colecistoduodenal, Enfermedad Renal Aguda.

Durante los primeros días post operatorio, la paciente presenta mejoría clínica y normalización de la creatinina, sin embargo, presenta vómitos de contenido intestinal, se coloca sonda nasogástrica obteniendo débitos de 2400 cc en 24 horas. Se solicita Tomografía computarizada de abdomen donde se evidencia un lito impactado en íleon (figura 2).

Ante el diagnóstico de Íleo Biliar se decide



Figura 2: Tomografía axial computarizada (corte coronal) donde se visualiza la presencia de un lito de gran tamaño impactado en el íleon.

reintervención quirúrgica por vía laparoscópica. Dentro los hallazgos intraoperatorios se constata la presencia de cálculo obstructivo a 150 cm de la válvula ileocecal, se realiza una enterotomía (figura 3), extracción de lito, enterorrafia en dos planos, y se dejó un drenaje en fondo recto uterino. En los días postoperatorio presenta escaso débito por los drenajes, pero presenta leucocitosis, el drenaje de succión cerrada (Jackson Pratt®) se torna de características purulenta, el cultivo del líquido reporta *Escherichia coli* productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) por lo que se ajusta el esquema de antibiótico de forma específica. Tras completar el esquema antibiótico y presentar una buena evolución fue dada de alta hospitalaria, para continuar seguimiento por consulta externa.

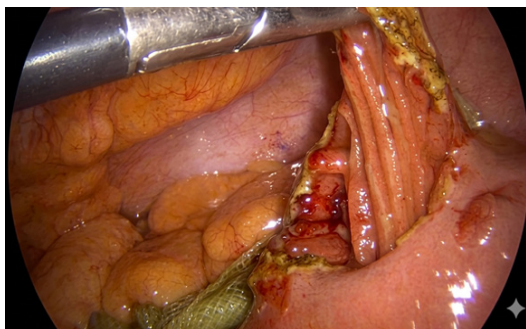


Figura 3: Imagen laparoscópica transoperatoria de la enterotomía longitudinal realizada en el íleon para la extracción del lito.

DISCUSIÓN

Íleo biliar representa una de las complicaciones poco frecuente de litiasis vesicular, estudios poblacionales basados en bases de datos de EE. UU., confirma la incidencia del 1% al 4% de todas las obstrucciones del intestino delgado¹⁰.

En el caso expuesto, el cuadro se hubiera evitado mediante la resolución quirúrgica oportuna durante la primera internación de la paciente, no obstante por la negativa de la paciente, se retrasó el tratamiento del mismo. Cabe destacar los múltiples cuadros de cólicos biliares recurrente durante los cuatro meses previo al reingreso.

Clínicamente, el íleo biliar se presenta con características de obstrucción del intestino delgado, que incluyen dolor abdominal, distensión, y vómitos fecaloideo. Llama la atención que la paciente a su reingreso no presentaba signos evidentes de obstrucción intestinal, orientando su cuadro nuevamente



hacia Colecistitis aguda litiasica, motivo por el cual es intervenido quirúrgicamente, todo esto centra a enfocarse en la reparación de la fistula colecisto duodenal, sin detectar cuadro de obstrucción intestinal; el cual se hizo manifiesto durante el postoperatorio inmediato.

En el diagnostico destaca la Tomografía Computarizada por su elevada sensibilidad superior al 93% para detectar el trayecto fistuloso y la localización precisa cálculo ectópico¹¹. En nuestro caso la TC abdominal simple permitió identificar oportunamente la localización del lito, para planificar un abordaje mínimamente invasivo.

El manejo quirúrgico continua siendo un debate entre la enterolitotomía simple versus la cirugía en un solo tiempo (enterolitotomía + colecistectomía + cierre de fístula), siendo la primera la más recomendada en pacientes con alta inestabilidad o edad avanzada¹².

El abordaje laparoscópico es cada vez más factible, ofreciendo ventajas en pacientes seleccionados como una menor tasa de las complicaciones perioperatorias, reducción de mortalidad, recuperación más rápida y una estancia hospitalaria más corta en comparación con la cirugía abierta^{13,14}.

Debido a que la fistula colecistoduodenal se reparó durante el primer procedimiento quirúrgico, la segunda intervención quirúrgica se limita a la resolución de la obstrucción intestinal mediante la enterolitotomía laparoscópica, pese a las ventajas que esta muestra; el postoperatorio cursa de manera tórpidas por una infección del sitio quirúrgico, motivo por el cual la paciente tuvo que estar internada por más tiempo de lo previsto hasta concluir antibioticoterapia específica.

CONCLUSIÓN

La resolución quirúrgica de Colelitiasis debe realizarse de manera oportuna, en las mejores condiciones para mitigar el riesgo y no esperar a complicaciones, donde la morbilidad y mortalidad se incrementan.

El presente caso clínico presenta que la postergación al tratamiento quirúrgico inicial, lleva a la progresión de la enfermedad, como la formación fistula bilioentérica y un íleo biliar subsiguiente.

El personal médico debe mantener siempre un alto índice de sospecha de las complicaciones de la litiasis vesicular, para poder diagnosticar de manera certera y brindar un tratamiento oportuno a la paciente.

REFERENCIAS

1. Gaitán JA, Morales VM. **Enfermedad litiasica biliar: experiencia en una clínica de cuarto nivel.** Rev Colomb Cir. 2014;29(3):188-196 Doi: <https://doi.org/10.30944/20117582.397>
2. López Ruiz JA, Tallón Aguilar L. Colecistitis aguda. En: Díaz MD, editor. **Guías Clínicas de la Asociación Española: Cirugía de Urgencias.** Madrid: Arán Ediciones; 2019. p. 122-127. Disponible en: <https://marbanlibros.com/products/cirugia-de-urgencias-guias-clinicas-de-la-asociacion-espanola-de-cirujanos-n%C2%BA-20?srsId=AfmBOogEsHt4ZiEjp59OQ1csEhZg-sI66poAWpB6DWpP5QyUkloVRMdn>
3. Beuran M, Ivanov I, Venter DP. **Íleo biliar: aspectos clínicos y terapéuticos.** J Med Life. 2013;6(3):365-371 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3019077/>
4. Martín Pérez J, Delgado Plasencia L, Bravo Gutiérrez A, Burillo Putze G, Martínez-Riera A, Alarcó Hernández A, et al. **El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico.** Cir Esp. 2013;91(8):485-9. DOI: [10.1016/j.ciresp.2013.01.021](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.01.021)
5. Beuran M, Venter M, Lica I, Smarandache R, Zeana C. **Gallstone ileus – still a diagnostic and therapeutic challenge.** Ann Acad Rom Sci Ser Med Sci. 2012;3(1):5-28. Disponible en: <https://aos.ro/editura/analeleaosr/annals-series-of-medicine>
6. Acevedo Forero AM, et al. **Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal mecánica: reporte de un caso.** Rev Gastroenterol Peru. 2024;44(1):83-6 Disponible en: <https://doi.org/10.47892/rgp.2024.441.1594>
7. Zaldo Arredondo CI, Guzmán Ortiz M, Castañeda Llanos M, Ferre Bello JO, Pelayo González S. **Diagnosis and Management of Gallstone Ileus: An Individualized Approach Based on Clinical Presentation and Patient Comorbidities.** Cureus. 2025 Jul 3;17(7):e87215. DOI: [10.7759/cureus.87215](https://doi.org/10.7759/cureus.87215)
8. Abdullah S, Özkaya G, Gündoğdu A, Turgut BC, Ergün S. **Surgical management of gallstone ileus: laparoscopic and open approaches in a single-center experience.** Medicina (Kaunas). 2025;61(12):2174. DOI: [10.3390/medicina61122174](https://doi.org/10.3390/medicina61122174)
9. Hansen W, Kimmie MF. **Gallstone Ileus Presenting As Small Bowel Obstruction.** J Med Life. 2025;18(1):45-52. DOI: [10.7759/cureus.88558](https://doi.org/10.7759/cureus.88558)
10. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, et al. **Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes.** J Am Coll Surg. 2014;219(3):528-35 DOI: [10.1097/SLA.0b013e31827eefed](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31827eefed)
11. Inukai K. **Gallstone ileus: A review.** International Journal of Surgery Case Reports. 2019;63:56-59. DOI: [10.1136/bmjgast-2019-000344](https://doi.org/10.1136/bmjgast-2019-000344)
12. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, et al. **Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach.** World J Gastrointest Surg. 2016;8(1):65-76 DOI: [10.4240/wjgs.v8.i1.65](https://doi.org/10.4240/wjgs.v8.i1.65)
13. Leitón Chaves A, Cen Feng YS. **Resolución quirúrgica del íleo biliar por vía laparoscópica: reporte de caso.** Rev Cienc Salud. 2024;8(2):7-12. DOI: [10.34192/cienciaysalud.v8i2.545](https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i2.545)
14. Davenport DL, Ueland WR, Kumar S, Plymale M, Bernard AC, Roth JS. **A comparison of short-term outcomes between laparoscopic and open emergent repair of perforated peptic ulcers.** Surg Endosc. 2019 Mar;33(3):764-772. DOI: [10.1007/s00464-018-6341-7](https://doi.org/10.1007/s00464-018-6341-7)