

Caso Clínico Sesión de Imágenes

DARIEL IGNACIO QUEVEDO PÉREZ¹, ALEXIS NICOLÁS QUINTEROS ROMÁN¹, JAIME ASTUDILLO JARA²

Hombre de 82 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica sin hemodiálisis. Derivado del servicio de urgencia rural por cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por náuseas, vómitos abundantes y dolor abdominal. Al examen físico taquicárdico, con tendencia a la hipertensión y mala perfusión distal, en particular no presenta fiebre, disminución de la saturación de oxígeno ni taquipnea. Al examen físico segmentario destaca distensión abdominal, sin signos de irritación peritoneal. Dado el contexto clínico del paciente se decidió realizar un tomografía computada de abdomen y pelvis que reveló los siguientes hallazgos:

1. Becado de radiología de la Universidad Autónoma de Chile, Sede Maule

2. Radiólogo Docente de Universidad Autónoma de Chile, Sede Maule

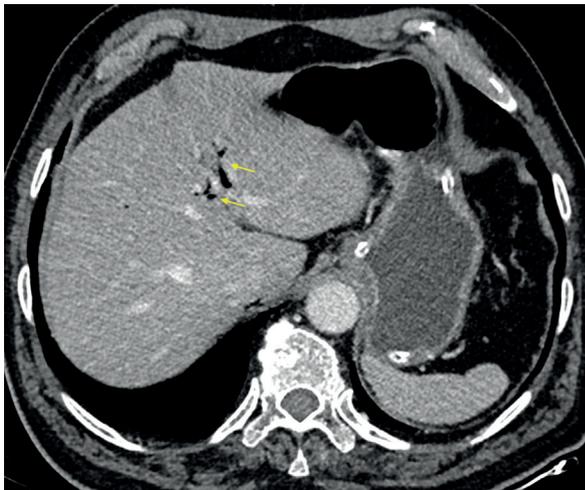


Figura 1: TC de abdomen y pelvis donde se visualiza neumobilia intrahepática (flechas)

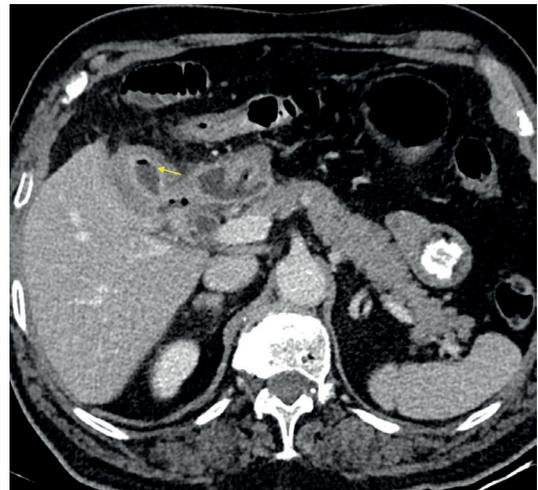


Figura 2: TC de abdomen y pelvis donde se aprecia la vesícula biliar (flecha) poco distendida, de pared engrosada en forma difusa con presencia de gas en su interior

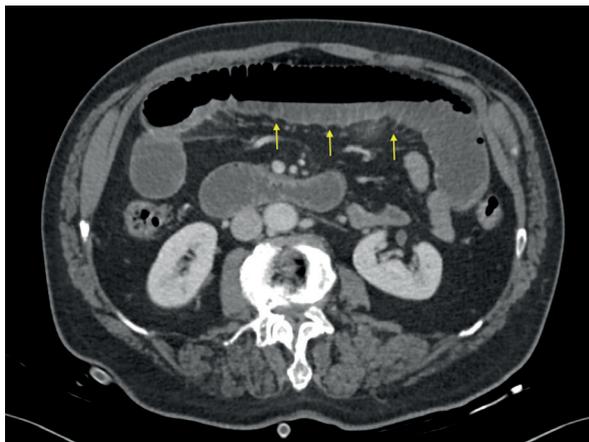


Figura 3: TC de abdomen y pelvis con cortes mas inferiores, donde se observa dilatación de asas de yeyuno (flechas), sin embargo, el colon se muestra colapsado, con escasa distensión

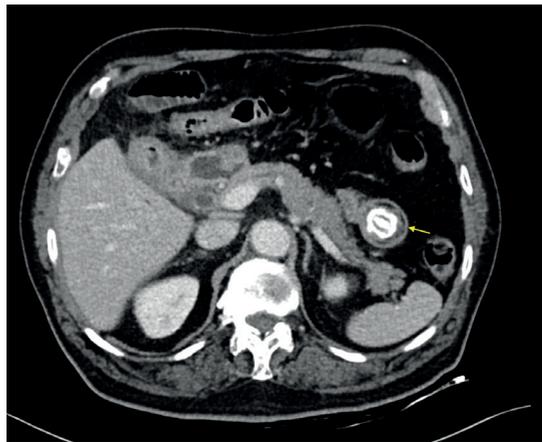
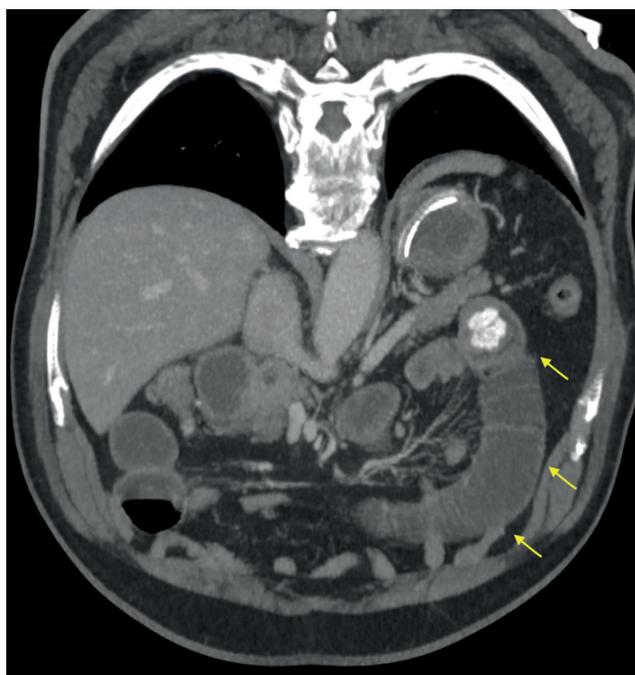


Figura 4: TC de abdomen y pelvis. Se observa contenido de densidad cálcica (flecha) al interior de asa intestinal, el cual corresponde a un prominente cálculo que determina la obstrucción



Figura 5: Reconstrucción coronal donde se aprecia el trayecto fistuloso (flecha) que comunica la vesícula biliar con la segunda porción del duodeno



Figuras 6 y 7: Reconstrucciones curvas donde se muestra la relación del cálculo biliar con el asa intestinal dilatada (flechas)

Íleo biliar

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica producida por la impactación de una o varias litiasis biliares en el tubo digestivo.¹ Se describió por primera vez en 1654 en un estudio posmortem por el médico, matemático y teólogo danés Tomás Bartolin. El primer caso reportado de obstrucción duodenal por un cálculo biliar se remonta al año 1841 descrito por Bonnet. Cien años después en 1941 el radiólogo norteamericano Leo George Rigler hizo una publicación sobre los hallazgos radiológicos conocidos como triada de Rigler.³

La condición necesaria para esta patología es la formación de una fistula colecistoentérica con mayor frecuencia a nivel duodenal, siendo los principales factores de riesgos la edad mayor a 65 años y el antecedente de colecistitis crónica.¹

La presentación clínica se caracteriza por dolor abdominal discontinuo, náuseas, vómitos, distensión abdominal, fiebre, pudiendo también existir cese de emisión de gases y heces. Ante la alta sospecha clínica de una obstrucción intestinal alta el método diagnóstico imagenológico de elección es la tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste lo cual debería confirmar el diagnóstico, caracterizar la severidad de la obstrucción, identificar el punto de transición, la causa y reconocer la presencia de complicaciones como por ejemplo sufrimiento de asa o perforación de esta.⁴ Los hallazgos radiológicos del íleo biliar van a estar determinados por existencia de aire del tracto digestivo en la vía biliar secundario a

una fistula colecistoenterica ademas de la visualización del calculo generalmente previo a la válvula ileocecal. La triada de Rigler caracterizada por aerobilia, litiasis biliar en el íleon terminal y signos de obstrucción intestinal solo se presenta aproximadamente en el 30% de los pacientes, sin embargo estos hallazgos son patognomónicos.²

Si bien el íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, es pertinente considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales por su alta morbi-mortalidad dado el perfil de los pacientes en cuales se presenta, así como también es importante conocer el rol del radiólogo en el diagnóstico oportuno y precoz.

Bibliografía:

1. Corral De La Calle, D. M. Ángel, Delgado Ronda, D. N., De Miguel Gil, D. M., Repollés Cobaleda, D. M., Dominguez Cejas, D. T., & Encinas De La Iglesia, D. J. (2021). Obstrucción intestinal por coledocitis (íleo biliar). Hallazgos radiológicos en 18 casos. *Seram*.
2. Varela Vega, Martín, Mandacén, Micaela, & Pouy, Andrés. (2020). Tríada de Rigler radiológica en un caso de íleo biliar. *Revista argentina de cirugía*, 112(2), 203-204. <http://www.scielo.org.ar>
3. Francisco Javier Mancilla Ulloa, David Rayas Ruiz (Abril 2014) Biliary Ileus: Case Report and Review of the Literature, <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-99218-articulo-ileo-biliar-reporte-un-caso>.
4. Small Bowel Obstruction: What to Look For Ana Catarina Silva, Madalena Pimenta, and Luis S Guimaraes *RadioGraphics* 2009 29:2, 423-439