

Carmen	Nombre:
Pérez Ramírez	Apellido:
Inmaculada Avilés Vázquez, Xaira María Cortés Sañudo, Antonio Delgado Cotán, Ana Belén Molina Navarro, Celia Izco-García Cubillana	Otros Autores:
carmenperezram@gmail.com	E-mail:
Hospital Universitario Virgen Macarena	Hospital:
Sevilla	Ciudad:
Íleo biliar	Título:
Paciente mujer de 92 años, remitida con datos clínicos de distensión y dolor abdominal de 24 horas de evolución. AP de colelitiasis y episodios repetidos de dolor en HD. HTA, DM.	Presentación:
<p>El íleo biliar es una causa poco frecuente (1-4% del total de la población adulta) de obstrucción mecánica de intestino delgado. Es una entidad más frecuente en mujeres de edad avanzada al igual que la colelitiasis. Normalmente los pacientes presentan historia de largo tiempo de evolución de dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, de acuerdo con una colecistitis crónica con episodios inflamatorios de repetición. El íleo biliar puede presentarse de forma aguda como dolor cólico abdominal y distensión en el curso de una obstrucción de intestino delgado.</p> <p>Episodios repetidos de colecistitis favorecen la adhesión de las paredes vesicular y de asa de intestino delgado (usualmente con el duodeno) con formación de fístula colecistoentérica y paso de litiasis biliar a la luz intestinal. Las litiasis pequeñas suelen pasar sin incidencias, no obstante, los grandes cálculos de colesterol pueden impactarse típicamente a nivel de la válvula ileocecal, es por ello una causa mecánica de obstrucción de intestino delgado.</p> <p>Localizaciones más frecuentes de importación de los cálculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Íleon distal (más frecuente) -Íleon proximal. -Yeyuno. -Colon. -Cavidad gástrica /duodeno (obstrucción de la salida gástrica). En este caso, presenta nombre propio : Sd Bouveret. <p>Hallazgos radiológicos:</p> <p>En ocasiones, un Rx de abdomen puede ser suficiente para su diagnóstico. Clásicamente puede aportarnos información acerca de la obstrucción de intestino delgado y presencia de neumbilia (gas en vesícula y árbol biliar), si ésta es marcada. La TAC abdominal es la técnica de elección, en la que podremos identificar la triada de Rigler:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Neumbilia (gas en vesícula), obstrucción intestinal y litiasis ectópica en zona de transición. <p>Una minoría de cálculos biliares están calcificados (12,5%) y su densidad es similar al contenido normal intestinal, por lo que es fácil pasarlo por alto.</p> <p>Es muy importante una búsqueda sistemática de líquido libre, gas extraluminal, gas en vena porta ó neumotosis intestinal. son signos de proceso avanzado y peor pronóstico.</p> <p>Diagnóstico diferencial:</p> <p>El D/D debemos realizarlo con las siguientes entidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calcificación pélvica/abdominal baja. 	Discusión :

<p>-Otras causas de obstrucción de intestino delgado. -Aerobilia. Pronóstico y tratamiento: Debido a la edad avanzada de la población afecta, dicha patología presenta tasas elevadas de mortalidad. El tratamiento es quirúrgico, mediante la eliminación del cálculo (enterolitotomía) y reparación de la fístula bilioentérica más colecistectomía.</p>	
<p>En los casos de obstrucción intestinal en pacientes ancianos (especialmente en el sexo femenino), debemos atender de forma sistemática a otros datos referidos en la historia clínica del paciente (AP de colelitiasis y colecistitis de repetición), así como al resto de hallazgos radiológicos que nos permitan orientar la causa de la misma. Es de gran interés la búsqueda sistemática en una TAC abdominal, especialmente en casos como el referido, de neumobilia, presencia de gas portal, gas extraluminal, neumatosis intestinal y líquido libre abdominal, ya que en la mayoría de los casos, nos aportarán claves diagnósticas. En el caso presentado, la triada de Rigler, nos permite realizar el diagnóstico certero de íleo biliar.</p>	<p>Conclusión:</p>
<p>-Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, Rossi G, Valente T, Ferrara I, Romano L, Grassi R. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. AJR Am J Roentgenol. 2005 Nov;185(5):1159-65 -Hanbidge AE, Buckler PM, O'Malley ME et-al. From the RSNA refresher courses: imaging evaluation for acute pain in the right upper quadrant. Radiographics. 2004;24(4): 1117-35. -Summerton SL, Hollander AC, Stassi J et-al. US case of the day. Gallstone ileus. Radiographics. 1995;15 (2): 493-5.</p>	<p>Bibliografía:</p>
<p>-Dilatación de asas de intestino delgado proximal desde el duodeno hasta un asa localizada en FID -En esta localización se visualiza asa de intestino delgado con varias litiasis en su interior. El Intestino delgado distal es de calibre normal (flechas rojas) - Vesícula biliar colapsada de pequeño tamaño de paredes irregulares y con gas en su interior (flechas amarillas)</p>	<p>Pie de foto:</p>