

Elena	Nombre:
Serrano Alcalá	Apellido:
Silvia Llaverias, Iacopo Ciampa, Vicente Querol, Ángel Marín, Ana García	Otros Autores:
elena.serrano.1991@gmail.com	E-mail:
Hospital universitari Sagrat Cor	Hospital:
Barcelona	Ciudad:
ÍLEO BILIAR, UNA CAUSA NO TAN POCO COMÚN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	Título:
Varón de 93 años que consulta por vómitos y dolor abdominal difuso, mayor en hipocondrio derecho. En la analítica destaca: leucocitosis $17,9 \times 10^3/\text{mm}^3$, bilirrubina total de 1,5 mg/dL a expensas de la directa y PCR 35,57 mg/L. La radiografía simple de abdomen muestra dilatación de asas de intestino delgado en hemiabdomen izquierdo, calcificación anular en flanco derecho y probable aerobilia. En el TC se confirma la aerobilia y la presencia de una obstrucción de intestino delgado con litiasis biliar alojada en íleon proximal. Diagnóstico: Íleo biliar, confirmado por cirugía, secundario a fístula colecistoduodenal.	Presentación:
La obstrucción intestinal es una urgencia frecuente en nuestro medio. El íleo biliar es una causa poco común de oclusión intestinal, aunque puede alcanzar hasta el 25% de las obstrucciones no estranguladas, en mayores de 65 años. Aparece en pacientes con antecedentes de colecistitis crónica o como complicación tardía de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Se define como una obstrucción mecánica secundaria al impacto de litiasis en la luz intestinal debido a una fístula bilioentérica, siendo la más frecuente la colecistoduodenal y la localización más común de la obstrucción, el íleon terminal y la válvula ileocecal. Los síntomas son inespecíficos (dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal) y el retraso diagnóstico es lo habitual, de ahí su alta tasa de morbimortalidad. Por radiografía y TC se puede observar la triada de Rigler: dilatación del intestino delgado, aerobilia y cálculo biliar ectópico. El TC además puede apreciar el nivel de impactación, la fístula y las posibles complicaciones.	Discusión :
Hay que sospechar íleo biliar en pacientes ancianos con clínica de oclusión intestinal y antecedentes de colelitiasis. La radiografía de abdomen es la primera prueba a realizar, aunque es poco frecuente observar la triada de Rigler. El TC mejora la precisión diagnóstica, permitiendo identificar y localizar la litiasis.	Conclusión:
-Lassandro F, Romano S, Ragozzino A et-al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. AJR Am J Roentgenol. 2005;185 (5): 1159-65. -Yu CY, Lin CC, Shyu RY et-al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. World J. Gastroenterol. 2005;11 (14): 2142-7. -Furukawa A, Yamasaki M, Furuichi K, et al. Helical CT in the diagnosis of small bowel obstruction. RadioGraphics 2001; 21:341-355 -M. Beuran, I. Ivanov, M.D. Venter, C. Davila Gallstone ileus —clinical and therapeutic aspects J Med Life, 3 (2010), pp. 365-371 -Zinkin EB, Brammer WM, Colombo CA. Case of the day. General. Gallstone perforation of the terminal ileum with abscess formation. Radiographics. 1990;10 (6): 1108-10.	Bibliografía:

<p>-Dai XZ, et al. Gallstone ileus: case report and literature review. World J Gastroenterol 2013 Sep 7;19(33):5586-9.</p>	
<p>A. Radiografía de abdomen en decúbito supino, se evidencia dilatación de asas intestinales, calcificación anular en flanco derecho (flecha) y probable aerobilia (flecha). B- C. Corte coronal (B) y axial (C) de TC abdominal con contraste, se observa dilatación de asas de intestino delgado y coincidiendo con el punto de cambio de calibre, imagen hiperdensa con calcificaciones anulares.. D. Corte axial de TC abdominal con contraste que muestra aerobilia. Triada de Rigler: Dilatación de asas intestinales + aerobilia + litiasis ectópica.</p>	<p>Pie de foto:</p>