

## DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DEL ÍLEO BILIAR MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y LA TRÍADA DE RIGLER: REPORTE DE UN CASO

### PREOPERATIVE DIAGNOSIS OF GALLSTONE ILEUS USING COMPUTED TOMOGRAPHY AND RIGLER'S TRIAD: A CASE REPORT

### DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO DO ÍLEO BILIAR POR MEIO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E DA TRÍADE DE RIGLER: RELATO DE CASO

Licia Andrea Meaurio Oviedo<sup>1</sup>  
David Alberto Oviedo González<sup>2</sup>  
Freddy Arnaldo Galeano Flor<sup>3</sup>  
Lígia Maria Oliveira de Souza<sup>4</sup>

**RESUMEN:** El íleo biliar es una complicación infrecuente de la colelitiasis, causada por el paso de cálculos biliares al tracto gastrointestinal a través de una fístula bilioentérica, lo que ocasiona obstrucción intestinal mecánica. El objetivo fue presentar un caso diagnosticado preoperatoriamente mediante tomografía computarizada y tratado con enterolitotomía aislada. Se describe el caso de una paciente de 51 años con antecedente de colelitiasis sintomática, ingresada por obstrucción intestinal de cuatro días de evolución. La tomografía computarizada evidenció dilatación de asas intestinales, neumobilia y cálculo biliar ectópico intraluminal, permitiendo el diagnóstico mediante la tríada de Rigler. En la laparotomía exploradora se identificó un cálculo de aproximadamente 5 cm impactado en el intestino delgado, realizándose enterotomía para su extracción y cierre transversal. No se efectuó colecistectomía ni reparación de la fístula debido al intenso proceso inflamatorio local. La evolución posoperatoria fue favorable, sin complicaciones. Se concluye que el diagnóstico precoz mediante tomografía computarizada y la selección individualizada del tratamiento quirúrgico son fundamentales para optimizar los resultados clínicos.

**Palabras clave:** Íleo biliar. Obstrucción intestinal. Colelitiasis. Fístula bilioentérica. Enterolitotomía.

**ABSTRACT:** Gallstone ileus is a rare complication of cholelithiasis caused by the migration of gallstones into the gastrointestinal tract through a bilioenteric fistula, resulting in mechanical bowel obstruction. This study aimed to report a case diagnosed preoperatively by computed tomography and treated with isolated enterolithotomy. A 51-year-old woman with a history of symptomatic cholelithiasis presented with a four-day history of intestinal obstruction. Abdominal computed tomography demonstrated bowel dilation, pneumobilia, and an ectopic intraluminal gallstone, allowing diagnosis based on Rigler's triad. Exploratory laparotomy revealed an approximately 5 cm gallstone impacted in the small intestine, which was removed through enterotomy followed by transverse closure. Cholecystectomy and bilioenteric fistula repair were not performed because of severe local inflammation. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged without complications. Early diagnosis using computed tomography and individualized surgical management are essential to improve outcomes in patients with gallstone ileus.

**Keywords:** Gallstone ileus. Intestinal obstruction. Cholelithiasis. Bilioenteric fistula. Enterolithotomy.

<sup>1</sup>Especialista en Cirugía General por la Universidad Nacional de Itapúa.

<sup>2</sup>Especialista en Cirugía General por la Universidad Nacional de Asunción.

<sup>3</sup>Especialista en Cirugía General por la Universidad Nacional de Itapúa.

<sup>4</sup> Médica graduada por la Universidad Politécnica y Artística.

**RESUMO:** O íleo biliar é uma complicação rara da colelitíase, causada pela migração de cálculos biliares para o trato gastrointestinal por meio de uma fístula bilioentérica, resultando em obstrução intestinal mecânica. O objetivo deste estudo foi apresentar um caso diagnosticado no pré-operatório por tomografia computadorizada e tratado por enterolitotomia isolada. Relata-se o caso de uma paciente de 51 anos, com histórico de colelitíase sintomática, admitida com quadro de obstrução intestinal de quatro dias de evolução. A tomografia computadorizada evidenciou dilatação de alças intestinais, pneumobilia e cálculo biliar ectópico intraluminal, permitindo o diagnóstico pela tríade de Rigler. Na laparotomia exploradora identificou-se cálculo de aproximadamente 5 cm impactado no intestino delgado, sendo realizada enterotomia para sua retirada, seguida de fechamento transversal. Não foram realizadas colecistectomia nem correção da fístula bilioentérica devido ao intenso processo inflamatório local. A evolução pós-operatória foi favorável, sem complicações. Conclui-se que o diagnóstico precoce por tomografia computadorizada e a individualização da abordagem cirúrgica são fundamentais para melhores desfechos clínicos.

**Palavras-chave:** Íleo biliar. Obstrução intestinal. Colelitíase. Fístula bilioentérica. Enterolitotomia.

## INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la enfermedad litiásica vesicular, producida por el paso de uno o más cálculos hacia el tracto gastrointestinal a través de una fístula bilioentérica adquirida, con posterior impactación en la luz intestinal y desarrollo de una obstrucción mecánica. Aunque representa aproximadamente entre el 1 % y el 4 % de las obstrucciones del intestino delgado, su importancia clínica radica en la elevada morbimortalidad asociada al retraso diagnóstico, la edad avanzada de los pacientes y la frecuente coexistencia de comorbilidades. En personas mayores de 65 años, puede representar una proporción considerable de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado, con predominio del sexo femenino, debido a la mayor prevalencia de enfermedad litiásica vesicular en este grupo poblacional (REISNER; COHEN, 1994; HALABI et al., 2014).

La fisiopatología del íleo biliar comprende una secuencia progresiva de inflamación crónica, formación de adherencias y desarrollo de una fístula bilioentérica, siendo la comunicación colecistoduodenal la más frecuente. Los cálculos de mayor tamaño, habitualmente superiores a 2-2,5 cm, presentan mayor probabilidad de impactarse, principalmente en el íleon distal, donde el menor diámetro luminal y la disminución del peristaltismo favorecen la obstrucción (CLAVIEN et al., 1990; PLONEDA-VALENCIA et al.,

2017). La presentación clínica suele ser inespecífica e incluye dolor abdominal, distensión, náuseas, vómitos y ausencia de eliminación de gases o heces, síntomas que pueden observarse en diversas causas de obstrucción intestinal y dificultan el reconocimiento temprano de la enfermedad (INUKAI, 2019).

En las últimas décadas, la tomografía computarizada se ha consolidado como una herramienta fundamental para el diagnóstico del íleo biliar. Además de confirmar la obstrucción intestinal, permite identificar el cálculo ectópico, la neumobilia, el sitio de impactación y posibles complicaciones, proporcionando información relevante para la planificación quirúrgica (LASSANDRO et al., 2004; INUKAI, 2019). La demostración de la tríada de Rigler — obstrucción intestinal, neumobilia y cálculo biliar ectópico— constituye uno de los hallazgos radiológicos más característicos de esta entidad y representa un elemento fundamental para establecer el diagnóstico preoperatorio (RIGLER; BORMAN; NOBLE, 1941).

El tratamiento del íleo biliar continúa siendo motivo de debate. Las principales estrategias quirúrgicas incluyen la enterolitotomía aislada, la cirugía en un solo tiempo, mediante enterolitotomía asociada a colecistectomía y reparación de la fístula bilioentérica, y la cirugía en dos tiempos. La elección de la técnica depende de factores como la condición clínica del paciente, la presencia de comorbilidades, el grado de inflamación local y la experiencia del equipo quirúrgico. La enterolitotomía aislada continúa siendo una de las estrategias más utilizadas, especialmente en pacientes con importante inflamación local o mayor riesgo quirúrgico, debido a su menor complejidad y a los resultados favorables descritos en diferentes series (NUÑO-GUZMÁN et al., 2010; HALABI et al., 2014).

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con íleo biliar diagnosticado preoperatoriamente mediante tomografía computarizada, gracias a la identificación de la tríada de Rigler, describir el manejo quirúrgico realizado y revisar la evidencia disponible sobre el diagnóstico y tratamiento de esta infrecuente entidad.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo reporte de caso, en el Hospital General de Itapúa, Paraguay, correspondiente a una paciente de sexo femenino, de 51 años, con diagnóstico de íleo biliar secundario a enfermedad litiásica vesicular crónica. La información fue obtenida mediante la revisión de la historia clínica, incluyendo los antecedentes clínicos,

historia de la enfermedad actual, examen físico, resultados de estudios laboratoriales, estudios de imagen, hallazgos intraoperatorios, procedimiento quirúrgico, evolución postoperatoria y seguimiento ambulatorio. Se seleccionaron los datos considerados relevantes para el diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de la paciente. El proceso diagnóstico se basó en la evaluación clínica, estudios laboratoriales y tomografía computarizada contrastada de abdomen y pelvis. La tomografía permitió identificar la obstrucción intestinal, determinar el punto de transición, valorar la dilatación de las asas intestinales y evaluar la presencia de enfermedad biliar asociada. La identificación de neumobilia, cálculo biliar ectópico y obstrucción intestinal permitió reconocer la tríada de Rigler y establecer el diagnóstico preoperatorio de íleo biliar. Luego de la estabilización clínica, reposición hidroelectrolítica y preparación preoperatoria, la paciente fue sometida a laparotomía exploradora. Durante el procedimiento se evaluaron el grado de dilatación de las asas intestinales, la localización de la obstrucción, las características del cálculo y las condiciones del lecho vesicular. Tras identificar el cálculo biliar impactado en el intestino delgado, se realizó enterolitotomía con extracción completa del cálculo, seguida de cierre transversal de la enterotomía. Debido a la intensa reacción inflamatoria y a las adherencias perivesiculares, que dificultaban la identificación segura de los planos anatómicos y aumentaban el riesgo de lesión de la vía biliar principal, se decidió no realizar colecistectomía ni reparación de la fístula bilioentérica durante el mismo procedimiento. La evolución postoperatoria fue evaluada durante la hospitalización, considerando la recuperación del tránsito intestinal, tolerancia a la alimentación oral, evolución de los parámetros laboratoriales, aparición de complicaciones y condiciones clínicas al momento del alta. Se indicó seguimiento ambulatorio por el Servicio de Cirugía General para la evaluación de la enfermedad biliar residual y la eventual necesidad de tratamiento quirúrgico diferido. El presente reporte fue elaborado de acuerdo con los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, respetando la dignidad, privacidad y confidencialidad de la paciente. Se omitió toda información que pudiera permitir su identificación. Se obtuvo consentimiento informado por escrito para la publicación del caso clínico y de las imágenes correspondientes. Debido a que se trata de un reporte de caso único, no se realizaron intervenciones adicionales con fines exclusivamente investigativos, manteniéndose la conducta asistencial de acuerdo con las necesidades clínicas de la paciente.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 51 años, con antecedente de colelitiasis sintomática de varios años de evolución, manejada previamente de forma conservadora y sin antecedentes de colecistectomía. No refería cirugías abdominales previas, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias digestivas ni otras patologías que condicionaran obstrucción intestinal.

Consultó al Servicio de Urgencias del Hospital General de Itapúa, Paraguay, por un cuadro de cuatro días de evolución, caracterizado por dolor abdominal inicialmente localizado en mesogastrio y posteriormente difuso, de intensidad progresiva, asociado a distensión abdominal, náuseas, múltiples episodios de vómitos de contenido alimentario y bilioso, así como ausencia de eliminación de gases y materia fecal durante las 48 horas previas al ingreso.

Como antecedente de relevancia, la paciente refirió episodios recurrentes de dolor en hipocondrio derecho compatibles con cólico biliar, sin haber recibido tratamiento quirúrgico definitivo.

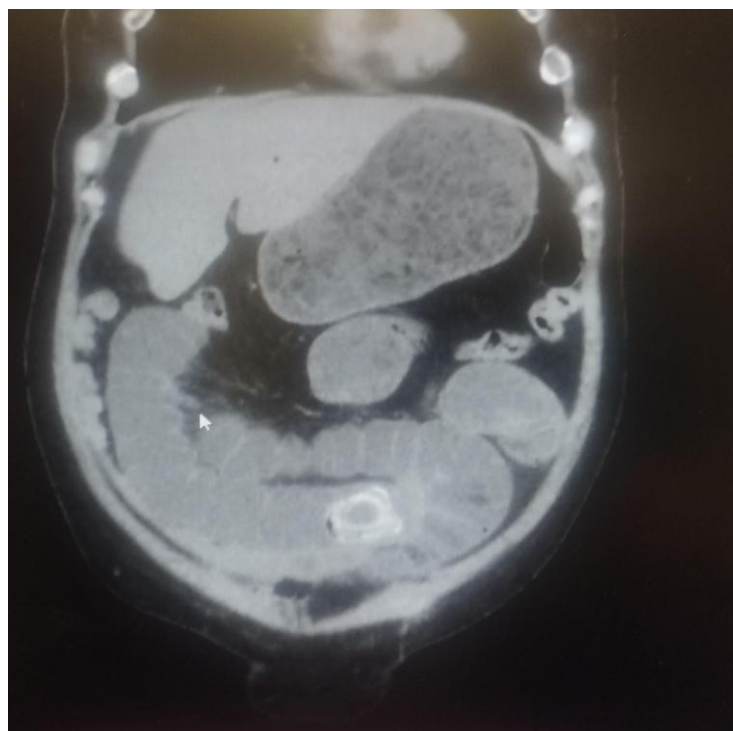
Al examen físico se encontraba consciente, orientada y hemodinámicamente estable. El abdomen se encontraba moderadamente distendido, con dolor difuso a la palpación, predominante en mesogastrio e hipogastrio, acompañado de disminución de los ruidos hidroaéreos. No presentaba signos de irritación peritoneal, masas palpables ni defectos herniarios. El tacto rectal no evidenció hallazgos patológicos.

Los estudios laboratoriales mostraron leucocitosis, compatible con un proceso inflamatorio agudo, sin alteraciones relevantes de la función hepática, pancreática o renal.

Ante la sospecha de una obstrucción intestinal mecánica, se solicitó una tomografía computarizada contrastada de abdomen y pelvis, la cual demostró dilatación de múltiples asas del intestino delgado con abundantes niveles hidroaéreos y un punto de transición claramente identificable (figura 1). Asimismo, se observó neumobilia y un cálculo biliar ectópico localizado en la luz intestinal, configurando la tríada de Rigler, lo que permitió establecer el diagnóstico preoperatorio de íleo biliar.

**Figura 1** – Tomografía computarizada simple de abdomen con hallazgos compatibles con íleo biliar.

Dilatación de asas del intestino delgado con niveles hidroaéreos, punto de transición definido, neumobilia y presencia de cálculo biliar ectópico intraluminal, configurando la tríada de Rigler.



**Fuente:** archivo del caso clínico. Imagen autorizada por la paciente.

El estudio también evidenció un importante proceso inflamatorio en el lecho vesicular, compatible con enfermedad biliar crónica complicada, que dificultaba la adecuada delimitación anatómica de la vesícula biliar y sugería la presencia de una fístula bilioentérica. No se observaron signos tomográficos de perforación intestinal, neumoperitoneo ni colecciones intraabdominales.

Tras la estabilización clínica inicial y la reposición hidroelectrolítica, la paciente fue sometida a laparotomía exploradora.

Durante la intervención quirúrgica se constató dilatación marcada de las asas del intestino delgado proximal y, mediante revisión sistemática del intestino, se identificó un cálculo biliar de aproximadamente 5 cm de diámetro (figura 2), impactado a 260 cm de la válvula ileocecal, constituyendo el sitio de la obstrucción (figura 3).

**Figura 2** – Cálculo biliar extraído durante el procedimiento quirúrgico. Litiasis de aproximadamente 5 cm de diámetro responsable de la obstrucción intestinal.



**Fuente:** archivo del caso clínico. Imagen autorizada por la paciente.

**Figura 3** – Hallazgo intraoperatorio del sitio de obstrucción intestinal. Identificación de cálculo biliar impactado en intestino delgado distal, aproximadamente a 260 cm de la válvula ileocecal, como causa mecánica del cuadro obstructivo. Fuente: archivo del caso clínico. Imagen autorizada por la

7



**Fuente:** archivo del caso clínico. Imagen autorizada por la paciente.

Se realizó una enterotomía longitudinal sobre el segmento comprometido con extracción completa del cálculo (figura 4), seguida de cierre transversal de la enterotomía para disminuir el riesgo de estenosis luminal (figura 5).

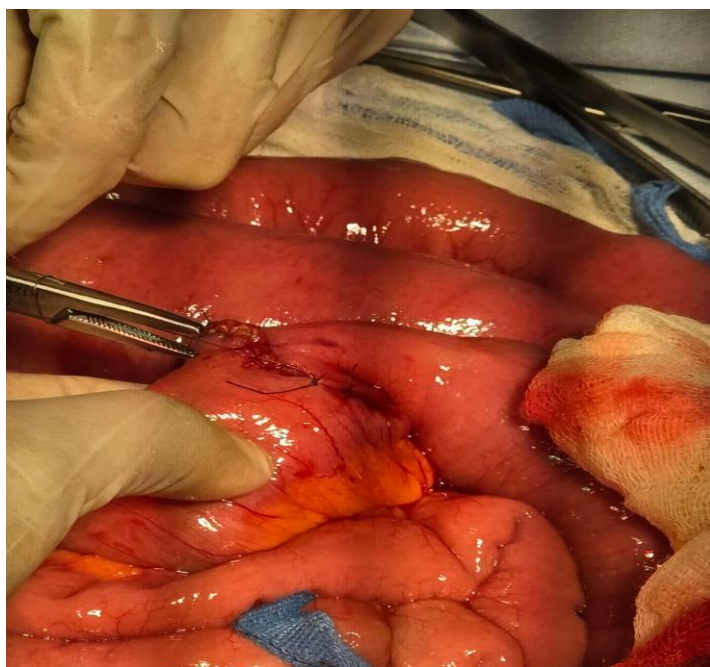
**Figura 4** – Enterotomía longitudinal para extracción del cálculo biliar. Aspecto intraoperatorio del segmento intestinal comprometido posterior a la apertura de la luz intestinal y extracción de la litiasis responsable de la obstrucción.



**Fuente:** archivo del caso clínico. Imagen autorizada por la paciente.

**Figura 5** – Cierre transversal de la enterotomía posterior a la extracción del cálculo biliar.

Aspecto final de la reparación intestinal realizada tras la enterolitotomía, con cierre transversal del defecto para disminuir el riesgo de estenosis luminal.



**Fuente:** archivo del caso clínico. Imagen autorizada por la paciente.

La exploración del hipocondrio derecho reveló intensa reacción inflamatoria y múltiples adherencias perivesiculares que impedían identificar con seguridad los planos anatómicos. Considerando el elevado riesgo de lesión de la vía biliar principal y que la obstrucción intestinal ya había sido resuelta, se decidió no realizar colecistectomía ni reparación de la fístula bilioentérica durante el mismo procedimiento, optándose por una enterolitotomía aislada.

La decisión de limitar el procedimiento a la resolución de la obstrucción intestinal permitió reducir el tiempo quirúrgico y evitar una disección extensa en un campo anatómico de difícil identificación. De esta manera, se priorizó la seguridad de la paciente y se disminuyó el riesgo de lesión de la vía biliar principal, sin comprometer el objetivo fundamental de la intervención, que era resolver la obstrucción intestinal.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria. La paciente permaneció hemodinámicamente estable, presentó recuperación progresiva del tránsito intestinal y toleró adecuadamente la progresión de la alimentación oral. Se observó disminución de la distensión abdominal y mejoría del dolor, sin presentar nuevos episodios de vómitos ni signos clínicos de recurrencia de la obstrucción.

Durante la hospitalización no se evidenciaron complicaciones infecciosas, fuga intestinal, peritonitis, colecciones intraabdominales ni necesidad de reintervención quirúrgica. Los controles laboratoriales mostraron disminución progresiva de los parámetros inflamatorios, acompañada de una evolución clínica favorable.

La recuperación adecuada del tránsito intestinal y la tolerancia a la alimentación permitieron considerar satisfactorio el resultado de la enterolitotomía. La paciente fue dada de alta hospitalaria en buenas condiciones generales, con indicación de seguimiento ambulatorio por el Servicio de Cirugía General.

Se indicó reevaluación de la enfermedad biliar residual una vez resuelto el proceso inflamatorio local, con el objetivo de determinar la necesidad y el momento oportuno para un tratamiento definitivo de la vesícula biliar y de la probable fístula bilioentérica.

## DISCUSIÓN

El íleo biliar representa una causa poco frecuente de obstrucción mecánica del intestino delgado; sin embargo, continúa siendo un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su

presentación clínica inespecífica y al riesgo de morbimortalidad asociado al diagnóstico tardío. Aunque se trata de una entidad poco frecuente en la población general, su incidencia aumenta considerablemente en pacientes de edad avanzada, con predominio del sexo femenino, debido a la mayor prevalencia de enfermedad litiásica vesicular en este grupo poblacional (REISNER; COHEN, 1994; HALABI et al., 2014).

Un aspecto particularmente relevante del presente caso es la edad de la paciente. Con 51 años, se encuentra por debajo del rango etario habitualmente descrito para el íleo biliar, que afecta predominantemente a pacientes de edad avanzada. A pesar de ello, la presencia de una historia prolongada de colelitiasis sintomática constituye un factor relevante para el desarrollo de esta complicación. Por lo tanto, aunque el íleo biliar debe considerarse principalmente en pacientes adultos mayores, la edad por sí sola no debe excluir el diagnóstico ante un cuadro de obstrucción intestinal asociado a antecedentes de enfermedad biliar (REISNER; COHEN, 1994; INUKAI, 2019).

Desde el punto de vista fisiopatológico, el íleo biliar generalmente representa la consecuencia de un proceso inflamatorio crónico de la vesícula biliar. Los episodios recurrentes de colecistitis favorecen la formación de adherencias entre la vesícula y las estructuras anatómicas vecinas, principalmente el duodeno. La presión ejercida por cálculos de gran tamaño sobre una pared vesicular inflamada puede producir necrosis por presión y erosión progresiva, culminando en la formación de una fístula bilioentérica. A través de esta comunicación, los cálculos pueden migrar hacia el tracto gastrointestinal y, cuando presentan un tamaño suficiente, impactarse en segmentos de menor calibre, especialmente en el íleon distal, provocando una obstrucción mecánica (CLAVIEN et al., 1990; PLONEDA-VALENCIA et al., 2017).

En el presente caso, la intensa reacción inflamatoria observada en el lecho vesicular y la presencia de múltiples adherencias perivesiculares, que dificultaban la identificación de los planos anatómicos, constituyen hallazgos compatibles con este mecanismo fisiopatológico. Aunque la fístula bilioentérica no fue identificada directamente durante el procedimiento quirúrgico, los hallazgos tomográficos e intraoperatorios fueron altamente sugestivos de su presencia.

Uno de los principales aspectos del caso fue la posibilidad de establecer el diagnóstico preoperatorio mediante tomografía computarizada. Históricamente, el íleo biliar era

diagnosticado con frecuencia durante la exploración quirúrgica, debido a la inespecificidad de los síntomas y a la baja incidencia de la enfermedad. Actualmente, la tomografía computarizada desempeña un papel fundamental en la evaluación de estos pacientes, ya que permite identificar la obstrucción intestinal, el punto de transición, la localización y las características del cálculo, además de las alteraciones asociadas a la enfermedad biliar (INUKAI, 2019).

En la paciente presentada, la identificación de la tríada de Rigler —obstrucción intestinal, neumobilia y cálculo biliar ectópico— permitió establecer el diagnóstico antes de la intervención quirúrgica. Esta tríada fue descrita originalmente por Rigler, Borman y Noble en 1941 y continúa siendo considerada un conjunto clásico de hallazgos radiológicos del íleo biliar. Sin embargo, la tomografía computarizada presenta una mayor capacidad diagnóstica, especialmente en aquellos casos en los que el cálculo presenta escasa o ninguna calcificación. Además, permite identificar hallazgos asociados, como inflamación perivesicular, líquido libre, isquemia intestinal o perforación (RIGLER; BORMAN; NOBLE, 1941; LASSANDRO et al., 2004; INUKAI, 2019).

El tratamiento quirúrgico del íleo biliar continúa siendo motivo de controversia. Las principales estrategias incluyen la enterolitotomía aislada, la cirugía en un solo tiempo, constituida por enterolitotomía asociada a colecistectomía y reparación de la fístula, y la cirugía en dos tiempos, en la cual el tratamiento de la obstrucción intestinal es seguido posteriormente por el tratamiento de la enfermedad biliar residual en pacientes seleccionados (NUÑO-GUZMÁN et al., 2010).

La enterolitotomía aislada constituye una de las estrategias quirúrgicas más utilizadas, especialmente en pacientes de edad avanzada o en aquellos que presentan un importante proceso inflamatorio local. Diversos estudios han demostrado que este procedimiento puede presentar menor agresión quirúrgica y resultados favorables en comparación con intervenciones más extensas en pacientes seleccionados (REISNER; COHEN, 1994; HALABI et al., 2014). Halabi et al. (2014), en un estudio nacional estadounidense, observaron que la enterolitotomía aislada fue el procedimiento realizado con mayor frecuencia y presentó resultados favorables frente a estrategias quirúrgicas más extensas.

Aunque la enterolitotomía aislada no trata directamente la enfermedad biliar residual ni la fístula bilioentérica, la recurrencia del íleo biliar es relativamente infrecuente. Por ello, la

realización de procedimientos adicionales debe individualizarse de acuerdo con la edad, las condiciones clínicas del paciente, el grado de inflamación local, el riesgo quirúrgico y la posibilidad de identificar de forma segura las estructuras anatómicas (REISNER; COHEN, 1994; HALABI et al., 2014).

La conducta adoptada en el presente caso se encuentra en concordancia con este enfoque individualizado. La intensa inflamación del lecho vesicular y las adherencias perivesiculares impedían una adecuada identificación anatómica, aumentando considerablemente el riesgo de lesión de la vía biliar principal. En este contexto, una disección agresiva podría haber incrementado la morbilidad quirúrgica sin proporcionar un beneficio inmediato para la resolución de la obstrucción intestinal. Por este motivo, la realización de una enterolitotomía aislada permitió resolver la causa inmediata del cuadro obstructivo, priorizando la seguridad de la paciente.

Otro aspecto relevante fue la evolución postoperatoria satisfactoria. La paciente presentó recuperación progresiva del tránsito intestinal, adecuada tolerancia a la alimentación oral y ausencia de complicaciones infecciosas o de fuga intestinal, lo que permitió el alta hospitalaria en buenas condiciones clínicas. Este resultado refuerza la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos, particularmente antes del desarrollo de isquemia, necrosis o perforación intestinal.

12

Desde el punto de vista académico, el presente caso presenta relevancia debido a que documenta una manifestación de íleo biliar en una paciente relativamente joven, demuestra la importancia de la tomografía computarizada en el diagnóstico preoperatorio e ilustra la necesidad de individualizar la estrategia quirúrgica. La identificación de la tríada de Rigler permitió reconocer la enfermedad antes de la cirugía, mientras que los hallazgos intraoperatorios determinaron la elección de una estrategia menos agresiva (RIGLER; BORMAN; NOBLE, 1941; INUKAI, 2019).

Entre las limitaciones de este reporte se encuentra el hecho de tratarse de un caso único, lo que impide extrapolar directamente sus resultados a la población general. Asimismo, la fístula bilioentérica no pudo demostrarse anatómicamente durante la cirugía debido a la intensa inflamación local. No obstante, la correlación entre los antecedentes clínicos, los hallazgos tomográficos y los hallazgos intraoperatorios presenta suficiente consistencia para sustentar el diagnóstico de íleo biliar secundario a una probable fístula bilioentérica.

En síntesis, el presente caso reafirma que el íleo biliar debe mantenerse entre los diagnósticos diferenciales de la obstrucción intestinal mecánica, incluso en pacientes con una edad inferior a la habitualmente descrita en la literatura. La utilización temprana de la tomografía computarizada contribuye al diagnóstico preoperatorio y facilita la planificación terapéutica. En situaciones de intensa inflamación perivesicular, la enterolitotomía aislada constituye una alternativa quirúrgica racional y segura, permitiendo resolver la obstrucción intestinal con menor manipulación del lecho biliar y reduciendo el riesgo potencial de lesión de la vía biliar principal (HALABI et al., 2014; INUKAI, 2019).

## CONCLUSIONES

El íleo biliar constituye una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica, pero debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes de enfermedad litiásica vesicular y signos compatibles con abdomen agudo obstructivo. La baja frecuencia de esta entidad y la presentación clínica inespecífica pueden favorecer el retraso diagnóstico, aumentando el riesgo de complicaciones.

En el presente caso, la realización de tomografía computarizada permitió establecer el diagnóstico preoperatorio mediante la identificación de la tríada de Rigler, facilitando la planificación del tratamiento quirúrgico. La enterolitotomía aislada fue una alternativa adecuada en el contexto de inflamación local avanzada, permitiendo resolver la obstrucción intestinal y reducir el riesgo asociado a una disección compleja del área biliar.

Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno y de la individualización de la estrategia quirúrgica según las condiciones clínicas y los hallazgos intraoperatorios, favoreciendo un manejo seguro del paciente con íleo biliar.

## REFERENCIAS

CAPPELL, Mitchell S.; DAVIS, Mark. Characterization of Bouveret's syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, v. 12, n. 22, p. 3559-3567, 2006.

CLAVIEN, Pierre A.; RICHON, Jacques; BURGAN, Susan; ROHNER, Andreas. Gallstone ileus. *British Journal of Surgery*, v. 77, p. 737-742, 1990.

DAY, E. A.; MARKS, C. Gallstone ileus: review of the literature and presentation of thirty-four new cases. *The American Journal of Surgery*, v. 129, n. 5, p. 552-558, 1975. DOI: 10.1016/0002-9610(75)90315-3.

GLENN, F.; REED, C.; GRAFE, W. R. Biliary enteric fistula. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, v. 153, n. 4, p. 527-531, 1981.

HALABI, Wissam J.; KANG, Christopher Y.; KETANA, Nader et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Annals of Surgery*, v. 259, n. 2, p. 329-335, 2014.

INUKAI, Koichi. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *BMJ Open Gastroenterology*, v. 6, n. 1, e000344, 2019.

LASSANDRO, Francesco; GAGLIARDI, Nicola; SCUDERI, Marco et al. Gallstone ileus: analysis of radiological findings in 27 patients. *European Journal of Radiology*, v. 50, n. 1, p. 23-29, 2004.

NUÑO-GUZMÁN, Carlos M.; MARÍN-CONTRERAS, María E.; FIGUEROA-SÁNCHEZ, M.; CORONA, José L. Gallstone ileus: one-stage surgery versus enterolithotomy. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, v. 2, n. 5, p. 172-176, 2010.

PLONEDA-VALENCIA, Carlos F. et al. Gallstone ileus: an overview of the literature. *Revista de Gastroenterología de México*, v. 82, n. 3, p. 248-254, 2017.

QUESHI, Haseeb; SABALA, Mona. Noncalcified gallstone ileus in computed tomography (CT) abdomen and pelvis with contrast. *Cureus*, v. 16, n. 9, e70524, 2024. DOI: 10.7759/cureus.70524.

RAVIKUMAR, Reena; WILLIAMS, J. Graham. The operative management of gallstone ileus. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, v. 92, n. 4, p. 279-281, 2010. DOI: 10.1308/003588410X12664192076377.

REISNER, Ronald M.; COHEN, Jonathan R. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *The American Surgeon*, v. 60, p. 441-446, 1994.

RIGLER, Leo G.; BORMAN, Chester N.; NOBLE, J. F. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA*, v. 117, p. 1753-1759, 1941.