Rev Chil Cir 2018;70(4):311-312

Íleo Biliar. Hallazgos tomográficos de la triada de Rigler

Gallstone Ileus. Tomographic findings of Rigler's triad

Juan Francisco Serna S.[1], Estefanía Gutiérrez I.[2], Juan Carlos Juárez D.[3] y Carlos David Castañeda P.[1]

Paciente de sexo masculino de 53 años, previamente sano. Presenta dolor abdominal de 5 días de evolución; 24 h previas de su ingreso a urgencias el dolor migra a la fosa iliaca derecha, agregándose malestar general, náuseas y vómitos de contenido intestinal en múltiples ocasiones, imposibilidad para canalizar gases y evacuar. La TC de abdomen (Figura 1) reveló dilatación de asas intestinales secundaria a obstrucción intestinal (Flecha), lito vesicular aberrante (Cabeza de flecha) y neumobilia (*). En el transoperatorio se encuentra lito de 4 x 3,5 cm (Figura 2) a 150 cm del Treitz requiriendo resección y anastomosis, el paciente fue egresado el 4º día asintomático.

El íleo biliar es una obstrucción por el paso de uno o más litos desde el árbol biliar hacia la luz intestinal a través de una fístula[1]. Bartholin en 1654 fue el primero en describir una fístula colecistoentérica[2]. Se describe clásicamente como la impactación

Figura 1. TC de abdomen.

[1]Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours", Secretaria de Salud, Hermosillo, Sonora, México.
[2]Hospital General de Zona N° 2, Instituto Mexicano del Seguro Social. Hermosillo, Sonora, México.
[3]Hospital General de Iztapalapa, Secretaria de Salud, Ciudad de México, México.

Recibido el 8 de septiembre de 2017 y aceptado para publicación el 2 de octubre de 2017.

Correspondencia a:
Dr. Juan Francisco Serna S.
drsernajuan@gmail.com

Figura 2. Lito de 4 x 3,5 cm.

de un lito en la luz intestinal, siendo una entidad rara en la población general, encontrándola en 1-3% de todas las obstrucciones mecánicas[3]. En 1941 Rigler, Borman y Noble describieron los signos radiológicos clásicos del íleo biliar, conocidos como "Triada de Rigler" caracterizada por oclusión intestinal, calculo biliar en alguna porción del intestino y neumobilia[4].

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses que declarar.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Agradecimientos

Al Departamento de Cirugía General del Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours", Hermosillo, Sonora, México.

Bibliografía

1. Stagnitti F, Tudisco A, Ceci F, Nicodemi S, Orsini S, Avallone M, et al. Biliodigestive fistulae and gallstone ileus: diagnsotic and therapeutic considerations. Our experience. G Chir 2014;35:235-38.
2. Muthukumarasamy G, Venkata SP, Shaikh IA, Somani BK, Ravindran R. Gallstone ileus: Surgical strategie and clinical outcome. Journal of digestive diseases 2008;9:156-61.
3. Luu MB, Deziel DJ. Unusual complications of gallstones. Surg Clin N Am. 2014;94:377-94.
4. Zaliekas J, Munson JL. Complicaciones de los cálculos biliares: síndrome de Mirizzi, Ileo biliar, pancreatitis biliar, complicaciones por cálculos perdidos. Surg Clin N Am. 2008;88: 1345-68.