



Desafío diagnóstico en íleo biliar por comunicación colecistogástrica: reporte de un caso con resolución quirúrgica en dos tiempos

Diagnostic challenge in gallstone ileus due to cholecystogastric communication: a case report with two-stage surgical resolution

REYES, ISAAC¹; SOSA, EBERTO²; LORETO, ANIBAL¹

¹Hospital Militar Dr. Vicente Salñas Sanoja. Caracas, Venezuela

²Hospital General Dr. Tulio Carnevalli Salvatierra. Mérida, Venezuela.

Autor de correspondencia
justjoy.reyes@gmail.com

Fecha de recepción
06/04/2026

Fecha de aceptación
11/05/2026

Fecha de publicación
29/05/2026

Autores

Reyes, Isaac
Médico Cirujano. Residente asistencial del servicio de cirugía general.
Hospital Militar Dr. Vicente Salñas Sanoja, Caracas – Venezuela.
Correo-e: justjoy.reyes@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5087-5592>

Sosa, Eberto
Médico Cirujano. Residente del servicio de cirugía general. Hospital General
Dr. Tulio Carnevalli Salvatierra, Mérida – Venezuela.
Correo-e: ebertososa@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0080-5663>

Loreto, Anibal
Cirujano General. Especialista II del servicio de cirugía general. Hospital
Militar Dr. Vicente Salñas Sanoja, Caracas – Venezuela.
Correo-e: anibaljloretod@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1935-6322>

Citación:

Reyes, I.; Sosa, E.; Loreto, A. (2026). Desafío diagnóstico en íleo biliar por comunicación colecistogástrica: reporte de un caso con resolución quirúrgica en dos tiempos. *GICOS*, 11(2), 274-282

DOI:



RESUMEN

Introducción: El íleo biliar es una complicación mecánica poco frecuente de la colelitiasis (3%), resultante de la migración de litos al tracto gastrointestinal a través de una fistula colecistoentérica. **Reporte de caso:** Se reporta el caso excepcional de una paciente femenina de 68 años con antecedente de litiasis biliar, quien consultó por un cuadro obstructivo de 13 días de evolución, con injuria renal aguda prerrenal asociada. La radiografía abdominal mostró signos de oclusión mecánica sin neumobilia (Tríada de Rigler incompleta), mientras que la ecografía reportó una vesícula sin litos, sugiriendo su migración previa. Mediante laparotomía de emergencia, se halló una obstrucción en íleon distal causada por dos litos de 5 cm y 2,5 cm. El hallazgo transoperatorio reveló un síndrome adherencial severo y una fistula colecistogástrica, variante anatómica de extrema rareza (0-13.3%). Se realizó enterotomía, extracción de cálculos y enterorrafia, difiriendo la resolución de la fistula ante la complejidad inflamatoria local. La paciente evolucionó satisfactoriamente, egresando al quinto día. **Conclusión:** Este caso subraya el desafío diagnóstico del íleo biliar ante presentaciones radiológicas incompletas y resalta que el manejo quirúrgico en dos tiempos constituye una estrategia segura que minimiza la morbimortalidad frente a comunicaciones biliodigestivas atípicas.

Palabras clave: *ileo biliar*; caso clínico; *fistula colecistogástrica*; obstrucción intestinal

ABSTRACT

Introduction: Gallstone ileus is a rare mechanical complication of cholelithiasis less than 3%, resulting from the migration of gallstones into the gastrointestinal tract through a cholecystoenteric fistula. **Case Report:** We report an exceptional case of a 68-year-old female patient with a history of gallstones, who presented with a 13-day history of intestinal obstruction and associated pre-renal acute kidney injury. Abdominal radiography showed signs of mechanical occlusion without pneumobilia (incomplete Rigler's triad), while ultrasound reported a gallbladder without lithiasis, suggesting prior migration. During emergency laparotomy, a distal ileum obstruction was found, caused by two stones measuring 5 cm and 2.5 cm. Intraoperative findings revealed severe adhesion syndrome and a cholecystogastric fistula, an extremely rare anatomical variant (0-13.3%). An enterotomy, stone extraction, and enterorrhaphy were performed, deferring fistula repair due to local inflammatory complexity. The patient recovered successfully and was discharged on the fifth day. **Conclusion:** This case highlights the diagnostic challenge of gallstone ileus in the presence of incomplete radiological signs. It emphasizes that two-stage surgical management is a safe strategy that minimizes morbidity and mortality when facing atypical biliodigestive communications.

Keywords: cholecystogastric fistula; case report; gallstone ileus; intestinal obstruction

El íleo biliar constituye una complicación infrecuente de la colelitiasis o colecistitis litiásica, presentándose en menos del 3% de los pacientes afectados; se define como una obstrucción intestinal mecánica secundaria a la impactación de uno o más cálculos biliares en el tracto gastrointestinal (TGI) (Bahsas-Zaky et al., 2021).

La etiología de la fistula colecistoentérica deriva de las adherencias que se establecen entre la vesícula biliar inflamada y el TGI adyacente, originadas por cálculos biliares que inducen necrosis de la pared por presión o inflamación, generando erosión entre ambos tejidos y culminando en la formación de una fistula a través de la cual los cálculos migran hacia el TGI (Pascual Pérez et al., 2024; Baute Trujillo et al., 2025). Estas fistulas pueden establecerse en cualquier segmento del TGI; el 60% se localiza en el duodeno; con menor frecuencia, el cálculo puede acceder al duodeno mediante el conducto biliar común, una papila de Vater dilatada o tras una esfinterotomía endoscópica; asimismo, puede desarrollarse una fistula con el estómago, colon transversal o intestino delgado distal. Cuando el cálculo alcanza el duodeno, la obstrucción suele producirse entre el íleon terminal y la válvula ileocecal, atribuible a la estrechez luminal y a un peristaltismo menos activo (Gundara et al., 2024; Ramírez-García & Torres-Bouscoulet, 2025). En raras ocasiones, un cálculo de tamaño considerable puede impactarse en el ángulo de Treitz, yeyuno o íleon proximal. Las localizaciones menos frecuentes comprenden el estómago, el duodeno y el colon (Salazar-Jiménez et al., 2018; Alemi et al., 2019).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso clínico de paciente femenina de 68 años, con antecedente de litiasis vesicular de 5 años de evolución, sin otras comorbilidades. Consulta a facultativo a los 7 días de iniciada la enfermedad actual, por ausencia de evacuaciones con flatos, sin dolor ni distensión abdominal; se realizan paraclínicos que no reportan alteraciones y se administra tratamiento sintomático; ante leve mejoría clínica se decide egreso con indicación de ultrasonido abdominal ambulatorio. Al día 13 persiste la ausencia de evacuaciones, asociándose distensión y dolor abdominal en mesogastrio de fuerte intensidad, acompañado de ausencia de flatos, náuseas y vómitos, por lo cual acude nuevamente a facultativo. Es evaluada en esta oportunidad por el servicio de cirugía. Presenta al examen físico signos vitales según Tabla 1.A. Signos clínicos de deshidratación leve, caracterizados por palidez y mucosa oral seca; abdomen distendido, ruidos hidroaéreos ausentes, dolor con predominio en mesogastrio sin signos de irritación peritoneal, diuresis conservada. El reporte de análisis sanguíneo se muestra en Tabla 1.B, con fórmula leucocitaria con desviación a la izquierda y elevación de amilasa menor a 3 veces el valor normal.

La radiografía simple de abdomen en bipedestación reveló múltiples niveles hidroaéreos y el signo de "la pila de monedas" con predominio en la región central, hallazgos sugerentes de obstrucción mecánica de intestino delgado (Figura 1). Complementariamente, la evaluación ecográfica reportó la ausencia de litiasis en la vesícula biliar (Figura 2). Ante la persistencia del cuadro obstructivo y la correlación clínica-radiológica, la paciente fue intervenida quirúrgicamente de emergencia.

Tabla 1.*Signos vitales y exámenes de laboratorio.*

Tabla 1.A Signos Vitales	
Tensión arterial	157/89 mmHg
Frecuencia cardíaca	103 lpm
Frecuencia respiratoria	23 rpm
Tabla 1.B Exámenes de Laboratorio	
Hematología Completa	
Hemoglobina	15g/dL
Hematocrito	44,7%
Leucocitos	9.700/ μ L
Neutrófilos	74%
Linfocitos	21%
Plaquetas	345.000/ μ L
Química Sanguínea	
Glicemia	96mg/dL
BUN	67,5 mg/dL (elevado)
Creatinina	1,53 mg/dL (ligeramente elevado)
Proteínas totales	6,4g/dL
Albumina	3,6g/dL
Globulinas	2,8g/dL
Bilirrubina total	0,45mg/dL
Bilirrubina directa	0,17mg/dL
Bilirrubina indirecta	0,28mg/dL
Amilasa (VN: 40-110U/L)	196 U/L (elevada).

Nota. Elaboración propia, 2026.

VN: Valor normal.

**Figura 1.**

Radiografía de abdomen en bipedestación que muestra una marcada distensión de asas de intestino delgado con presencia de niveles hidroaéreos escalonados, sugestivos de oclusión mecánica. Nótase la ausencia de neumobilia (Tríada de Rigler incompleta). Las flechas blancas señalan el diámetro transversal de las asas distendidas (aprox. 5.5 cm), excediendo el límite normal de 3 cm.



Figura 2.

Corte ecográfico en tiempo real de hipocondrio derecho que muestra conducto colédoco, vena porta y el lecho vesicular. Se identifica la vesícula biliar (D) con marcada contracción luminal y ausencia de ecos litiásicos en su interior; hallazgo sugerente de evacuación de litos previa (migración). El colédoco se observa de calibre conservado, sin imágenes obstructivas intrínsecas. El parénquima hepático y la vena porta no presentan alteraciones ecográficas evidentes. La escala lateral derecha (puntos de calibración) representa una profundidad total de 10-12 cm. El diámetro longitudinal de la vesícula contraída se mide en 3.2 cm, con un grosor de pared de 5 mm (señalado entre calibradores '+' y 'x'), consistente con cambios inflamatorios crónicos por colelitiasis previa.

Tratamiento realizado

La paciente fue trasladada a quirófano donde, bajo anestesia general inhalatoria, se practicó una laparotomía media supra e infraumbilical. Los hallazgos intraoperatorios revelaron una obstrucción de íleon a 30 cm de la válvula ileocecal secundaria a dos litos biliares de 5 cm y 2,5 cm, con dilatación proximal de asas y abundante líquido entérico. Se halló además síndrome adherencial severo que involucraba antro gástrico y vesícula biliar con fístula colecistogástrica. Se realizó enterotomía, extracción de ambos litos y aspirado del contenido intestinal (Figura 3). Durante el acto quirúrgico, no se efectuó colangiografía intraoperatoria ni exploración formal de la vía biliar principal. Ante la complejidad inflamatoria local, se optó por realizar conducta conservadora respecto a la fístula, difiriendo su resolución definitiva para un segundo tiempo. Finalmente, se realizó enterorrafia en dos planos; el primero continuo con Vicryl 3-0 y el segundo con puntos separados de Seda 3-0, lavado de cavidad y cierre por planos de pared abdominal con puntos en polea en aponeurosis. La paciente evolucionó satisfactoriamente, egresando al quinto día con tratamiento médico ambulatorio y seguimiento por consulta externa.

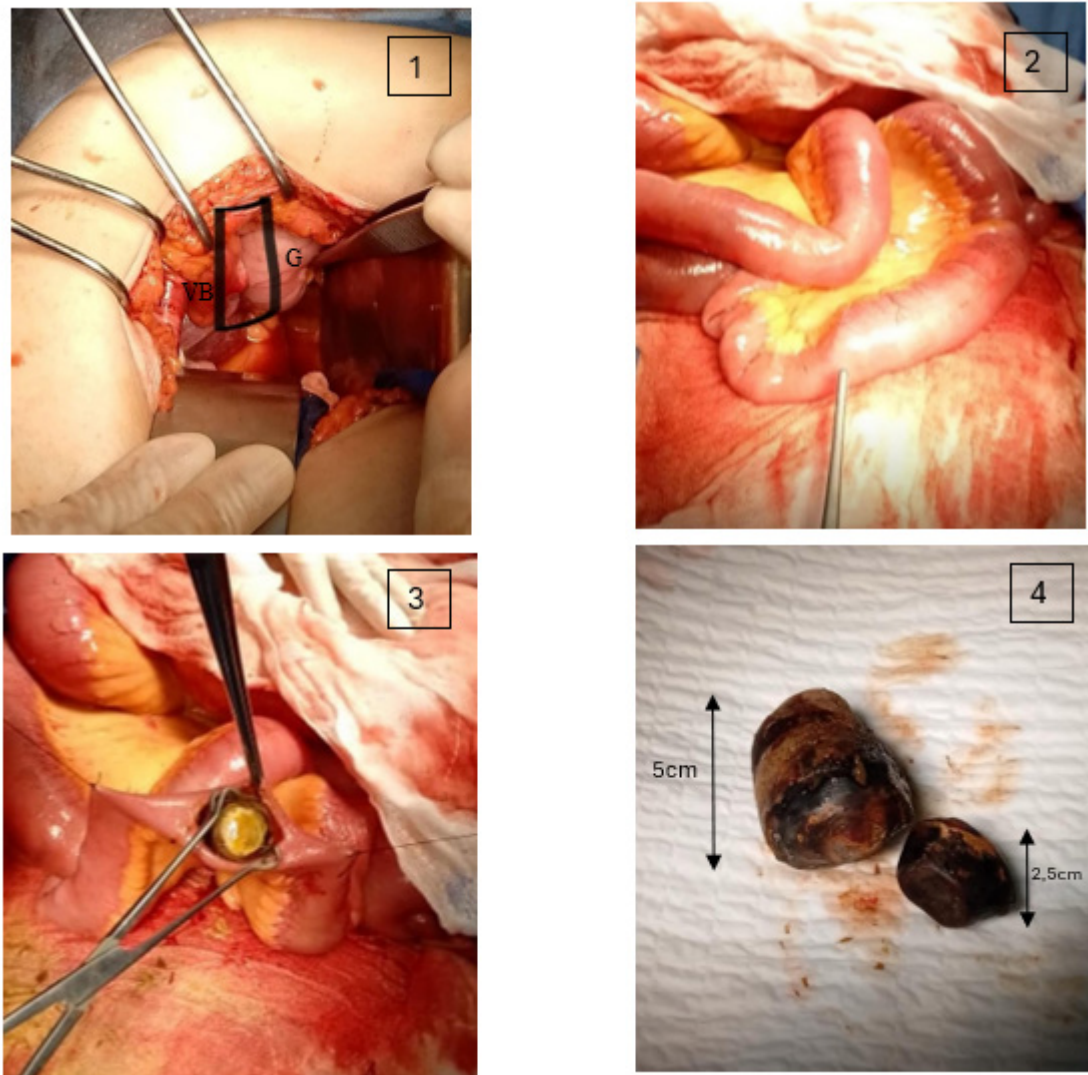


Figura 3. Hallazgos y pasos de la intervención quirúrgica

1. Hallazgo intraoperatorio de fístula colecistogástrica. El cuadrado señala el trayecto comunicante entre la vesícula biliar (VB) y el antro gástrico (G). Se observa una intensa respuesta inflamatoria perilesional y pérdida de los planos anatómicos habituales en la región supracólica. - 2. Segmento de íleon distal con marcada dilatación proximal y presencia de un lito biliar impactado intraluminalmente. Se evidencia compromiso vascular focal manifestado por cambios de coloración de la serosa (de rosado a cianótico), sugerentes de sufrimiento intestinal por compresión extrínseca y congestión venosa.- 3. Extracción de lito
4. Medición de litos.

Durante el postoperatorio inmediato, la paciente cursó con evolución favorable, sin evidencia clínica ni ecográfica de fuga biliar o colecciones intraabdominales. Al tercer día se inició tolerancia de vía oral con dieta líquida, siendo satisfactoria lo que permitió la progresión a dieta completa al cuarto día. Se otorgó el egreso hospitalario al quinto día del postoperatorio. En su control ambulatorio por el servicio de Cirugía General, tanto el examen físico como los paraclínicos (laboratorio y ecosonograma abdominal) se mantuvieron dentro de la normalidad. Actualmente, se encuentra en programación para un segundo tiempo quirúrgico electivo con el fin de realizar la colecistectomía definitiva y el cierre de la fístula. Dada la relevancia clínico-quirúrgica del caso, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para su publicación académica,

incluyendo paraclínicos e imágenes bajo estricto anonimato.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una entidad de baja incidencia que afecta predominantemente a mujeres mayores de 50 años con colelitiasis crónica no resuelta. Por ello, diversos autores (Varela et al., 2023; González y Torres, 2021) enfatizan la vigilancia de esta patología como causa de obstrucción intestinal en dicho grupo etario.

La mortalidad reportada oscila entre el 7% y 27% en series recientes (Vadher et al., 2024), reduciéndose en centros con protocolos optimizados (8.3%) (Abdullah et al., 2025) y elevándose significativamente en pacientes con clasificación ASA III-IV (50%) (Kumar et al., 2024). Las comorbilidades prevalentes son la cardiopatía y la hipertensión arterial (HTA), presentes en el 40% de los casos. A diferencia de este perfil, la paciente del caso reportado carecía de antecedentes cardiovasculares, destacando únicamente la colelitiasis como factor etiopatogénico primario, tal como se describe en la literatura revisada.

Clínicamente, los pacientes suelen referir síntomas abdominales vagos e intermitentes (conocido como fenómeno de “tumbling”) durante los días previos a su ingreso, debido a la migración intermitente del lito hasta la oclusión completa, con una media reportada de 5 a 7 días. En este reporte, la paciente consultó por una obstrucción establecida de 13 días de evolución, lo cual supera el promedio habitual y agrava el pronóstico metabólico. Estudios recientes indican que el tiempo desde el ingreso hospitalario hasta la intervención quirúrgica oscila entre las 18 y 24 horas, un intervalo que refleja la persistente complejidad diagnóstica y la necesidad de estabilización preoperatoria en pacientes con comorbilidades (Gundara et al., 2024). En este caso, transcurrieron 18 horas desde la evaluación inicial y paraclínicos hasta el traslado a quirófano.

La paciente presentó deshidratación con AKI etapa 1 (creatinina 1.53 mg/dL, BUN 67.5 mg/dL, ratio ≈ 44), compatible con etiología prerrenal. Esto contrasta con reportes donde el 100% de los casos presentan deshidratación asociada a AKI score 2 (creatinina >1.6 mg/dL) (Azevedo et al., 2024). En nuestro reporte, la injuria fue leve y reversible, sugiriendo una reserva renal preservada o rehidratación precoz, demostrando que la deshidratación en el íleo biliar no siempre progresa a daño estructural.

Los criterios radiográficos clásicos incluyen neumobilia, signos de obstrucción intestinal y visualización del cálculo calcificado (tríada de Rigler). En este caso, los hallazgos se limitaron a signos de obstrucción mecánica, sin neumobilia ni imagen radiopaca del lito. Esto concuerda con la literatura actual, donde se reporta que la tríada completa se observa únicamente en el 15-50% de los casos, subrayando la baja sensibilidad de la radiografía simple frente a la tomografía computarizada (TAC), la cual se mantiene como el estándar de oro con una sensibilidad y especificidad superiores al 90%. La tasa de diagnóstico preoperatorio preciso, históricamente baja, ha mejorado sustancialmente con el uso sistemático de la TAC en cuadros oclusivos de etiología incierta.

La fistula colecistoduodenal es la más frecuente (60%), siendo la colecistogástrica excepcional (0-13.3%) (Turner et al., 2024). Nuestro caso documenta esta rareza: comunicación vesícula-antra gástrico con

impactación en íleon terminal, evitando la obstrucción pilórica del síndrome de Bouveret (Rodríguez et al., 2021). Esta variante anatómica resalta que el sitio de obstrucción depende de factores dinámicos (Arian et al., 2024) y obliga a considerar el íleo biliar incluso ante fistulas no duodenales.

El tratamiento quirúrgico consiste en la enterotomía aislada (cirugía en dos tiempos) o asociada a colecistectomía y cierre de fistula (un tiempo). Dado que la mayoría son pacientes de alto riesgo con procesos inflamatorios severos, la evidencia actual defiende la primera opción por su menor tasa de complicaciones perioperatorias y menor tiempo quirúrgico. En este caso, ante el hallazgo de un síndrome adherencial severo y la estabilidad hemodinámica comprometida por la injuria renal, se realizó enterotomía exclusiva, difiriendo la resolución de la fistula para un segundo tiempo electivo.

CONCLUSIÓN

El íleo biliar afecta predominantemente a mujeres mayores de 50 años con antecedentes de litiasis vesicular no tratada; la presencia de comorbilidades asociadas eleva significativamente su mortalidad. La literatura describe la fistula colecistoduodenal como la comunicación más común, siendo el íleon terminal el sitio de obstrucción más frecuente. El abordaje es quirúrgico (enterotomía y extracción del lito) con o sin colecistectomía y cierre fistuloso; esta última opción combinada es la menos recomendada por la mayoría de los autores debido al incremento demostrado en la morbimortalidad. Se sugiere una rigurosa evaluación clínica que correlacione el antecedente litiásico con la ausencia del cálculo ante un cuadro obstructivo. Asimismo, se recomienda el uso sistemático de la tomografía abdominal con contraste oral, especialmente en oclusiones de etiología incierta o con escasa respuesta al manejo conservador con sonda nasogástrica, con el fin de establecer un diagnóstico preoperatorio preciso y oportuno de íleo biliar.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Abdullah, S., Özkaya, G., Gündoğdu, A., Turgut, B. C., & Ergün, S. (2025). Surgical management of gallstone ileus: Laparoscopic and open approaches in a single-center experience. *Medicina (Kaunas)*, *61*(12), 2174. <https://doi.org/10.3390/medicina61122174>
- Alemi, F., Seiser, N., & Ayloo, S. (2019). Gallstone disease: Cholecystitis, Mirizzi syndrome, Bouveret syndrome, gallstone ileus. *Surgical Clinics*, *99*(2), 231-244. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2018.12.006>
- Arian, R., Farwati, R., Toutounji, Z., Farho, M. A., & Assi, B. E. (2024). Intestinal obstruction induced by gallstone migration through unusual location of a cholecystogastric fistula: A rare case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, *122*, 110149. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110149>
- Azevedo, F. B., Samaan, F., Zanetta, D. M. T., Yu, L., Velasco, I. T., & Burdmann, E. A. (2024). Epidemiology of acute kidney injury in the clinical emergency: A prospective cohort study at a high-complexity public university hospital in São Paulo, Brazil. *PLoS One*, *19*(9), e0309949. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309949>
- Bahsas-Zaky, O., Guillén-Nieto, J. R., Dugarte-Quintero, L. Y., Carrero, B. K., Vergara, R., & Ramírez, A. (2021). Síndrome de Bouveret, una forma infrecuente de íleo biliar: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Revista Venezolana de Cirugía*, *74*(2), 51–54. <https://doi.org/10.48104/rvc.2021.74.2.8>

- Baute Trujillo, E. A., Libroero Jiménez, M., Martínez Tirado, P., & Moreno Barrueco, M. (2025). Fístula colecistoduodenal: una extraña causa de obstrucción intestinal, una extraordinaria causa de hematemesis. *RAPD Online*, 48(4), 166-169. <https://doi.org/10.37352/2025484.6>
- Gonzalez, J. E., & Torres, L. (2021). Íleo biliar: una causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico. *MediSur*, 19(6), 1028-1032. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000601028
- Gundara, J. S., Chen, J. W., & Gill, P. G. (2024). Gallstone ileus: An updated review and management algorithm. *ANZ Journal of Surgery*, 94(1-2), 42-48. <https://doi.org/10.1111/ans.18742>
- Kumar, S., Qavi, Q., Bashir, N., Alkistawi, F., Lesi, O., Sekaran, P., Hamdani, J., Al-Zawi, A. (2024). Gallstone ileus as an infrequent cause of bowel obstruction: A review of small cohort. *Cureus*, 16(4), e58438. <https://doi.org/10.7759/cureus.58438>
- Pascual Pérez, E., Escobar Narro, S. T., Gracia García, J. I., Roldán Miñana, S., Rozas Quesada, M., Riera Martí, M., Sierra Beltrán, E., & Fernández Lago, M. B. (2024). Fístulas coleentéricas como complicación de la colecistitis aguda: revisión de dos casos clínicos. *Seram*, 1(1). <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10060>
- Ramírez-García, A., & Torres-Bouscoulet, L. (2025). Biliary-enteric fistulas: A five-year retrospective analysis of anatomical variants. *Journal of Hepatobiliary Surgery*.
- Rodríguez, J. E. R., Grossi, A. E. L. M. T., Siqueira, V. R., de Siqueira Filho, J. T., Pereira, M. A. S., & da Cunha, D. G. C. (2021). Gallstone ileus associated with cholecystogastric fistula: Case report, diagnosis and surgical treatment. *International Journal of Surgery Case Reports*, 86, 106328. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106328>
- Salazar-Jiménez, M. I., Alvarado-Durán, J., Fermín-Contreras, M. R., Rivero-Yáñez, F., Lupian-Angulo, A. I., & Herrera-González, A. (2018). Gallstone ileus, surgical management review. *Cirugía y Cirujanos*, 86(2), 182-186. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M18000022>
- Turner, A. R., Sharma, B., & Mukherjee, S. (2024). Gallstone ileus. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430834/>
- Vadher, D., Zacken, A., Shah, V., Silmi, M., Aguilar, L. S., Patel, K., Calcuttawala, M. A., & Rajagopal, P. (2024). The rolling stones: A systematic review and meta-analysis of the management of gallstone ileus. *Chirurgia (Bucur)*, 119(5), 483-514. <https://doi.org/10.21614/chirurgia.3046>
- Varela, J. R., Petracchi, E., Quesada, M. B., Muthular, M., Coiz, L., Posada, H., Canullan, C., & Yazzi, F. (2023). Íleo biliar: análisis de 21 casos. *Revista Argentina de Cirugía*, 115(3), 233-242. <https://doi.org/10.25132/raac.v115.n3.1725>