



RASSEGNA
MEDICO-CHIRURGICA

Autorizzazione del Tribunale di Benevento
n. 100 del 10-4-1980
<http://web.tiscali.it/rmc>

Scientifico Trimestrale

ISSN 1123-9166

I. FERRARA - A. ROSA

**UN CASO DI ILEO BILIARE
IN PAZIENTE PORTATORE DI CALCOLI MULTIPLI:
UN'EVENIENZA INASPETTATA**

*AORN Rummo - Benevento
UOC Chirurgia d'Urgenza*

ESTRATTO DA:
ANNO XXIV - VOL. XIX

INTRODUZIONE

La calcolosi della colecisti, seppur raramente, può complicarsi in ileo biliare(0.3% dei casi). (1)

La patogenesi di questa complicanza è da ascrivere alla formazione di una fistola colecistocolica, più raramente, coledoco-enterica, spesso su base infiammatoria, che fornisce la via d'ingresso per i calcoli biliari al lume intestinale. Tale eziologia trova concorde la quasi totalità degli autori. Per poter determinare l'occlusione è ormai accertato che il calcolo debba avere un diametro massimo superiore a 2.5 cm. Generalmente il calcolo che migra nell'intestino è unico; a volte, però, possono migrare più calcoli, verificandosi così una condizione che, se misconosciuta, può determinare a distanza di tempo la recidiva della patologia occlusiva con il quadro che più propriamente viene definito ileo "ricorrente". Calcoli multipli nell'intestino sono presenti nel 3-15% dei pazienti con ileo biliare.(1)(2)(3)

Questi calcoli provocano recidive nel 5% dei casi e più della metà di queste si verifica entro 30 giorni dal primo episodio, con sede elettiva nell'ileo.(4)

Tale evenienza impone la necessità di un'attenta valutazione prima dell'intervento chirurgico ed un'attenta revisione del tubo gastroenterico al momento della rimozione del calcolo ostruente il lume.

CASO CLINICO

Si presenta alla nostra osservazione donna di 71 anni che riferisce dolorabilità addominale diffusa da 4 giorni, accentuatasi il giorno prima del ricovero nella nostra struttura. La paziente presenta vomito, alvo chiuso a feci ma non a gas, lieve ipertermia. Alla palpazione dell'addome si riscontra un addome poco trattabile, soprattutto in fossa iliaca destra. Gli esami ematochimici non mostrano segni di particolare interesse clinico. Viene quindi eseguito un esame radiografico diretto dell'addome che mostra distensione meteorica intestinale e due formazioni radiopache ben visibili in sede ileale a destra, di cui una francamente rotondeggiante ed un'altra a margini sfaccetati. FIG.1



FIG.1

In presenza di un forte sospetto di ileo biliare si esegue un esame TC dell'addome per poter precisare la sede e l'eventuale natura delle formazioni riscontrate. Questo, in aggiunta alle due formazioni radiopache in sede ileale, mostra una terza formazione calcolosa radiotrasparente localizzata nel retto. FIG. 2

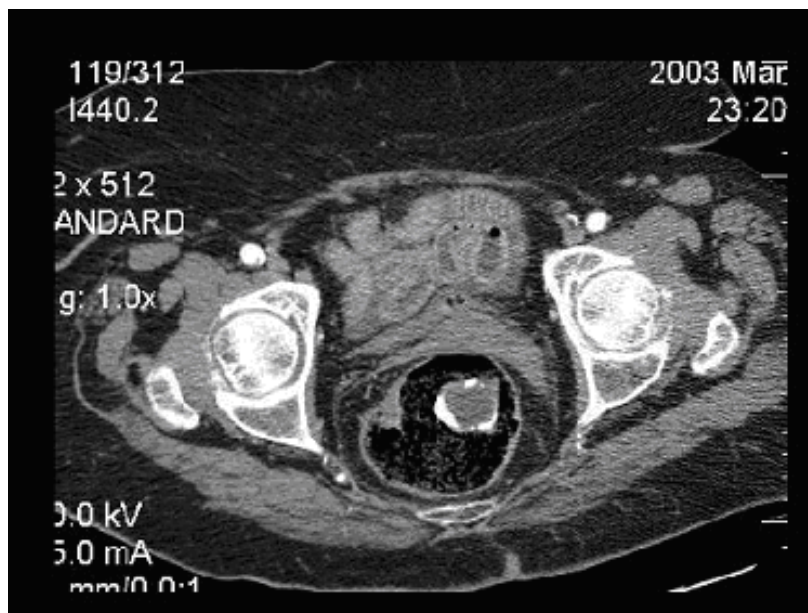


FIG.2

La paziente viene quindi inviata al tavolo operatorio dove la si sottopone ad un intervento di enterotomia per la rimozione dei calcoli ileali, colecistectomia e chiusura della fistola; a questo si associa una revisione delle anse intestinali a monte e a valle dell'ostruzione per valutare la presenza di ulteriori calcoli misconosciuti ed una asportazione per via endoscopica del calcolo localizzato nel retto.

DISCUSSIONE

L'ileo biliare rappresenta l'1-3% di tutte le cause di occlusione intestinale meccanica. (1)

Il 5% dei casi si complica con un secondo episodio occlusivo, causato nella maggior parte dei casi, da un calcolo non individuato al momento del primo episodio, che stazionando nel lume enterico ha la possibilità non solo di progredire ma anche di accrescersi attraverso l'apposizione di concrezioni di diversa natura. Quando individuati, i calcoli multipli hanno forma cilindrica o sfaccettata, proprio ad indicare l'eventualità che possano essersi distaccati da una concrezione biliare madre. In un quadro di calcolosi intestinale multipla non sempre l'esame radiografico diretto dell'addome risulta esauriente per la diagnosi, come è accaduto nel nostro caso.

Non bisogna, infatti dimenticare la possibile presenza di calcoli radiotrasparenti o misti contemporaneamente presenti a quelli radiopachi, mal visualizzabili all'esame diretto dell'addome.

E' molto utile, quindi approfondire l'iter diagnostico con un esame TC dell'addome che può svelare calcoli misconosciuti, anche se radiotrasparenti.

CONCLUSIONI

La diagnosi di ileo biliare da calcoli multipli non può essere affidata esclusivamente all'esame radiografico diretto dell'addome, non potendo questo riconoscere calcoli radiotrasparenti simultaneamente presenti al calcolo od ai calcoli radiopachi ben visibili. E' quindi indispensabile associare un esame TC che può svelare le formazioni radiotrasparenti, può evitare possibili falsi negativi con la radiologia tradizionale e può permettere diagnosi più tempestive e precise, ancor prima che si manifesti l'eventuale recidiva.

BIBLIOGRAFIA

- (1) DAY EA, MARKS C. *Gallstone ileus*. Am J Surg 1975; 129:552-8
- (2) SVARTHOLM E, ANDREN-SANDBERG A, EVANDER A et al. *Diagnosis and treatment of gallstone ileus*. Acta Chir Scand 1982; 148: 435-8
- (3) HESSELFELDT P, JESS P. *Gallstone ileus*. Acta Chir Scand 1982; 148: 431-4
- (4) BUETOW GW, GLUBITZ JP, CRAMPTON RS. *Recurrent gallstone ileus*. Surgery 1963; 54: 716-24