

Íleo biliar: relato de caso

Gallstone ileus: case report

Ana Claudia Brunelli¹, Thatiana Ambrogini Justino², Danilo Alves Andrade³, Mário Eduardo de Faria Mantovani⁴

Resumo

O íleo biliar, apesar de raro, deve ser pensado como diagnóstico diferencial nos casos de abdome agudo obstrutivo, principalmente se há histórico de litíase biliar prévia. O diagnóstico é feito pela história clínica com auxílio de exames de imagem, como radiografia, ultrassom e tomografia, embora muitas vezes o diagnóstico definitivo seja feito apenas no ato cirúrgico. Os autores descrevem um caso de íleo biliar diagnosticado e tratado cirurgicamente em um hospital universitário.

Descritores: Íleo/cirurgia, Obstrução intestinal/diagnóstico, Colelitíase/complicações

Abstract

Gallstone ileus, although rare, should be thought as a differential diagnosis in cases of acute obstructive abdomen, especially if there is a history of previous cholelithiasis. Diagnosis is made by clinical history with the aid of imaging tests, such as radiography, ultrasound and tomography, although often the definitive diagnosis is made only during surgery. The authors describe a case of gallstone ileus

diagnosed and surgically treated in a university hospital.

Keywords: Ileus/surgery, Intestinal obstruction/diagnosis, Cholelithiasis/complications

Introdução

O íleo biliar é definido como a obstrução do trato gastrointestinal devido a um cálculo biliar^(1,2). Descrito pela primeira vez em 1654, por Bartholin⁽³⁾, estima-se que 0,3 a 0,5% dos pacientes com colelitíase apresentarão o íleo biliar, e que este é responsável por 1 a 4% das obstruções intestinais^(4,5), sendo mais comum a ocorrência em pacientes idosos e do sexo feminino^(1-3,6-8).

Relato de Caso

Paciente, 65 anos, sexo feminino, hipertensa e pneumopata (portadora de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC), com antecedente de litíase biliar, apresenta-se ao Serviço de Cirurgia de Urgência e Trauma do Hospital e Maternidade Celso Pierro (Hospital Universitário da Pontifícia Universidade Católica de Campinas) com quadro de dor abdominal em mesogastro de início há 4 dias, associado a vômitos e sem evacuação há 3 dias, porém apresentava eliminação de flatos. Negava febre e emagrecimento.

Ao exame, apresentava-se desidratada, com dor à palpação profunda de epigastro e mesogastro, ruídos hidroaéreos aumentados, sem sinais de peritonite. Toque retal com fezes de consistência normal na ampola. A radiografia de abdome na entrada evidenciou distensão de alças de delgado e nível hidroaéreo.

Realizado tratamento clínico para suboclusão intestinal com clister e sonda nasogástrica, sem sucesso.

No terceiro dia de internação sem resolução com tratamento clínico, foi submetida a laparotomia exploradora, atribuindo-se o quadro a uma possível síndrome aderencial no pré-operatório (paciente relatava apendicectomia e duas cesáreas prévias). No

1. Acadêmica do 6º Ano de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

2. Residente do 2º Ano do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade Celso Pierro/Pontifícia Universidade Católica de Campinas

3. Médico Cirurgião Geral formado pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade Celso Pierro/Pontifícia Universidade Católica de Campinas

4. Professor de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Geral e Cirurgia de Urgência e Trauma do Hospital e Maternidade Celso Pierro/Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Endereço para correspondência: Mário Eduardo de Faria Mantovani. Av. John Boyd Dunlop, s/n – Jardim Ipaussurama – 13060-904 – Campinas – SP – Brasil. Fone: (19) 3343.8569 (sala dos professores)

* Bartholin (1654) APUD Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdome agudo por obstrução por íleo biliar. Rev Col Bras Cir. 2013; 40:275-80.⁽³⁾

intra-operatório foi localizado ponto de obstrução intraluminal, móvel e de consistência endurecida, em jejuno, a cerca de 120cm da válvula ileocecal. Visualizada vesícula biliar bastante aderida em sua porção posterior ao estômago e ao cólon transverso, com bloqueio local. Realizado enterolitotomia de cálculo de provável etiologia biliar de aproximadamente 3,8cm. Devido às condições clínicas da paciente, e por tratar-se de procedimento de urgência, foi optado por não abordar a via biliar neste primeiro tempo cirúrgico.



Figura 1 - Intra-operatório



Figura 2 - Enterolitotomia e o cálculo biliar

No pós-operatório, paciente evoluiu com desconforto respiratório devido a pneumotórax secundário a acesso venoso central, que foi prontamente drenado. Apresentou melhora, porém no quarto dia de

pós-operatório concorreu com nova piora do quadro pulmonar atribuído a uma exacerbação do DPOC, necessitando intubação orotraqueal. Evoluiu a óbito no sexto dia de pós-operatório, devido a quadro de sepsis de foco pulmonar.

Discussão

A fisiopatologia do íleo biliar consiste num episódio prévio de colecistite aguda, seguida de inflamação nos tecidos que circundam a vesícula biliar, formando aderências entre esta e o intestino delgado. O cálculo responsável produz erosão gradual através das paredes reunidas, formando uma fístula colecistoentérica^(5,6). Então, há migração do cálculo para a luz intestinal, até que haja impactação do mesmo e obstrução. O local mais frequente de impactação é o íleo terminal, porção mais estreita do intestino delgado; e estatisticamente, os cálculos acima de 2,5cm são os mais susceptíveis de causar obstrução^(1,2,5,8).

Os sintomas iniciais são vagos e intermitentes, até que a obstrução se torna completa. Então, surgem manifestações clínicas variáveis, dependentes do local da obstrução. O mais comum é a instalação de quadro de dor e distensão abdominal, associados a náuseas e vômitos^(1,7).

Quando presente em exames radiológicos, a clássica tríade de Riegler (obstrução do intestino delgado, cálculos biliares ectópicos e ar na via biliar) pode auxiliar o diagnóstico⁽³⁾.

A ultrassonografia e a tomografia computadorizada também podem contribuir evidenciando ou não cálculos na vesícula biliar, distensão de alças, aerobilia, presença de cálculo biliar à distância e dilatação ou cálculos na via biliar principal. Quando a obstrução é no duodeno ou no cólon os exames endoscópicos poderão ser úteis para diagnóstico e tratamento permitindo a retirada dos cálculos^(1,2).

Apesar do auxílio de exames de imagem, mais de 50% dos diagnósticos só são confirmados durante a laparotomia^(4,7).

O objetivo primário do tratamento é a resolução da obstrução intestinal, com propulsão retrógrada do cálculo e enterotomia para retirada deste da luz intestinal, com incisão na borda anti-mesentérica do intestino, retirada do cálculo e sutura primária da alça. A ressecção intestinal é indicada quando ocorre perfuração ou necrose do segmento envolvido⁽¹⁾.

Há controvérsias em diversos estudos quanto a abordagem ou não da via biliar (colecistectomia e correção da fístula) durante o mesmo tempo cirúrgico da retirada do cálculo nos pacientes de baixo risco^(2-5,8). A maioria dos estudos defende a realização de colecistectomia em um segundo tempo àqueles pacientes que persistirem com sintomatologia após a enterolitotomia

e àqueles cuja expectativa de vida é elevada⁽⁵⁾. No caso relatado, optou-se pela não abordagem no primeiro momento, devido às condições clínicas da paciente e por tratar-se de procedimento de urgência.

Estudos demonstram pós-operatório de íleo biliar geralmente prolongado e ocorrência de infecções entre 20 a 55% dos casos, por se tratar de pacientes, em sua maioria idosos, com comorbidades, e admitidos em situação de urgência. A recorrência foi reportada em 2 a 13% dos pacientes após intervenção cirúrgica nos casos em que a via biliar não foi abordada. A mortalidade variou de 5 a 25%, contudo em estudos recentes houve um decréscimo da morbimortalidade, sugerindo que o uso de antibióticos, manuseio peri-operatório e cuidados em unidades de tratamento intensivo apresentam papel preponderante^(1,6,8).

Conclusão

O íleo biliar representa uma emergência médica e seu tratamento deve ser direcionado para solucionar o quadro de obstrução intestinal, através da enterolitotomia. Há divergências na literatura quanto a enterolitotomia associada à abordagem da via biliar num mesmo tempo cirúrgico para pacientes de baixo risco, cabendo ao cirurgião o julgamento clínico para cada paciente, sempre levando em consideração o

aumento na morbimortalidade deste procedimento.

Referências Bibliográficas

1. Weiss RG, Oliveira LF, Susin VA, Oliveira M, Weiss T. Íleo biliar: relato de seis casos e revisão de literatura. Rev AMRIGS. 2001; 45:88-90.
2. Godoy AQ, Tacla Junior O, Godoy ARS. Íleo biliar: enterolitotomia videoassistida. Rev Col Bras Cir. 2000; 27:425-6.
3. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdome agudo por obstrução por íleo biliar. Rev Col Bras Cir. 2013; 40:275-80.
4. Ravikumar R, Williams JG. The operative management of gallstone ileus. Ann R Coll Surg Engl. 2010; 92:279-81.
5. Ribas LH, Crespo AAD, Waschevitz MD, Rosa Junior M, Perazzoli S, Araújo AC. Abordagens cirúrgicas no íleo biliar: revisão de literatura. In: 22º Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas [on line]; 2013; Pelotas. Anais. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2013. Disponível em: http://cti.ufpel.edu.br/cic/arquivos/2013/CS_02801.pdf [20 mai 2014].
6. Jayanthi SK, Martin MGM, Menezes MR, Barros N, Cerri GG. Qual seu diagnóstico? Radiol Bras. 2001; 34:7-8.
7. Fraga JBP, Souza TGS, Nascimento ACR, Moraes EO, Vieira FJ. Íleo biliar: relato de caso. HU Rev. 2008; 4:141-5.
8. Dai XZ, Li GQ, Zhang F, Wang XH, Zhang CY. Gallstone ileus: case report and literature review. World J Gastroenterol. 2013; 19:5586-9.

Trabalho recebido: 23/07/2014

Trabalho aprovado: 25/08/2014