

ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

BILIARY ILE: CASE REPORT

VINICIUS KANDA **MATSUO**. Médico Residente em Cirurgia Geral do HONPAR.

CYNTHIA **VASCONCELOS**. Medica cirurgiã e preceptora de Cirurgia Geral do HONPAR.

Endereço: HONPAR, Hospital Norte Paranaense, Rod PR 218, Km 01, Jardim Universitário, Arapongas-PR. E-mail: biblioteca@honpar.com.br

RESUMO

O ileo biliar (IB) é uma causa rara de obstrução do trato gastrointestinal por cálculo biliar que pode ocorrer do estômago até o reto, sendo mais comum a obstrução ao nível do intestino delgado. Paciente frequentemente apresenta quadro de abdome agudo obstrutivo e se não tratada a tempo apresenta elevados índices de morbidade e mortalidade. O diagnóstico deste caso foi feito baseado na história clínica, anamnese e exames de imagens (USG, TC). O presente artigo apresenta um relato de caso de uma paciente de 59 anos, com ileo biliar, que mostra complicações raras da doença calculosa biliar e sua repercussão na morbidade e mortalidade, caso apresente demora no seu diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Íleo biliar. Cálculo biliar. Trato gastrointestinal.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare cause of obstruction of the gastrointestinal tract by gallstones that may occur from the stomach to the rectum, and most common obstruction of the small intestine. Patient often presents obstructive acute abdomen and if not treated in time has high rates of morbidity and mortality. The diagnosis of this case was made based on clinical history, anamnesis and imaging tests (USG, TC). This article presents a case report of a 59 - year - old patient with gallstone ileus showing rare complications of gallstone disease and its repercussion on morbidity and mortality, if it presents a delay in its diagnosis.

KEYWORDS: Bile duct. Gallstone. Gastrointestinal tract.

INTRODUÇÃO

O Íleo biliar (IB), descrito pela primeira vez por Erasmus Bartolim em 1654, é uma causa rara de obstrução do trato gastrointestinal por cálculo biliar que pode ocorrer do estômago até o reto, sendo mais comum a obstrução ao nível do intestino delgado (ALENCASTRO et al., 2013).

O ileo biliar é uma causa incomum de obstrução intestinal e determina de 1 a 4% de todas as obstruções intestinais. Aproximadamente 25% das obstruções intestinais não estranguladas em maiores de 65 anos são devidas ao ileo biliar (RAVIKUMAR; WILLIAMS, 2010).

O paciente apresenta quadro de obstrução intestinal, como dor abdominal, vômitos, náuseas e constipação usualmente intermitentes,

associado ao movimento das pedras. O diagnóstico de IB é difícil, dependendo frequentemente de exames de imagem, além de apenas 50% dos pacientes apresentam alguma história de doença ou sintomas da colelitíase (FRAGA et al., 2008; RAVIKUMAR; WILLIANS, 2010).

Neste artigo apresentamos o relato de uma paciente com 59 anos portador de íleo biliar, internada por um quadro de abdome agudo obstrutivo.

O objetivo desse relato de caso é mostrar complicações raras da doença calculosa biliar e sua repercussão na morbidade e mortalidade, caso apresente demora no seu diagnóstico.

RELATO DE CASO

Paciente 59 anos, hipertensa em tratamento, apresentou-se ao serviço do pronto-socorro do Hospital Norte Paranaense com queixa de constipação intestinal, dor abdominal difusa, hipotensão e vômitos há 6 dias. Relata há 1 dia refere piora do quadro com vômitos em jato. Negava febre.

Ao exame apresentava desidratada, levemente descorada e afebril. Em segmento abdominal apresentava dor à palpação difusa, ruídos hidroaéreos reduzidos, porém sem sinais de peritonite ou distensão abdominal.

Nos exames laboratoriais de entrada, paciente apresentava um quadro de leucocitose (20600) e IRA (cr:6.2).

Suspeitado quadro de abdome agudo obstrutivo, sendo solicitado radiografia de abdome e ultrassonografia de abdome total. A radiografia de abdome evidenciou níveis hidroaéreos e na ultrassonografia de abdome evidenciou-se na loja da vesícula biliar, imagem produtora de sombra acústica posterior podendo corresponder a vesícula biliar repleta de cálculos ou vesícula biliar esclerotrótica.

Devido aos resultados de exames pouco esclarecedores solicitada tomografia computadorizada de abdome que observou achados compatíveis com oclusão intestinal por cálculos migrados da vesícula biliar, compatível com íleo biliar, com trajeto fistuloso entre vesícula e a segunda porção do duodeno associado à uma discreta aerobilia. Com o laudo optou-se pela laparotomia exploradora.

Na laparotomia identificado dois cálculos palpáveis de 6cm à 80 cm do ângulo de Treitz, realizado enterotomia longitudinal com retirada de cálculos e enterorrafia em 2 planos com poliglactina 2.0. Identificado bloqueio em topografia de vesícula biliar, porém devido as condições clínicas da paciente decidido abordar a fístula e a via biliar em segundo tempo.

Paciente foi encaminhada para UTI onde apresentou melhora importante do quadro com aceitação da dieta leve e alta para enfermaria do quinto dia do pós-operatório com completa recuperação quadro.

DISCUSSÃO

O íleo biliar (IB) designa um quadro de obstrução mecânica de qualquer segmento do tubo digestivo causado por cálculo biliar, que atinge a luz visceral através de uma fístula biliar. As fístulas bileodigestivas mais frequentes são: colecistoduodenais (65-77%), depois colecistocólicas (10-25%) e colecistogástricas (5%) (BALTHAZAR; SCHECHTER, 1978; RAVIKUMAR; WILLIANS, 2010).

A fisiopatologia consiste na presença de colecistopatia crônica causada pelo cálculo, formando aderências entre a vesícula biliar e o trato gastrointestinal. O cálculo presente causa necrose por pressão em parede da vesícula biliar e migra para a luz intestinal (ALENCASTRO et al., 2013; RAVIKUMAR; WILLIANS, 2010). 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 (BRUNELLI et al., 2015).

O paciente apresenta manifestações clínicas de abdome agudo obstrutivo. Os sintomas mais comuns incluem náuseas, vômitos e distensão abdominal (FRAGA et al., 2008). Alguns pacientes podem apresentar sintomas intermitentes, sugerindo o fenômeno de rolagem, denominado "tumbling" (ALENCASTRO et al., 2013). Sintomas de colecistite que precedem o IB são comuns, porém apenas 50% dos pacientes apresentam história biliar prévia (RAVIKUMAR; WILLIANS, 2010).

A radiografia de abdome os achados mais comuns são: pneumobilia, obstrução intestinal e cálculo ectópico na luz intestinal (Tríade de Rigler). Porém a sensibilidade da radiografia é baixa variando entre 40 a 50 %. A ultrassonografia é útil para confirmar a presença de colelitíase, evidenciar imagem calculosa dentro de um segmento de alça, associada a quadro de distensão de alças. O preenchimento das alças intestinais com grande quantidade de líquido e pouco gás favorece o diagnóstico pelo US, e o dificulta pela radiografia de abdome (ALENCASTRO et al., 2013).

A tomografia computadorizada atualmente representa o exame de maior importância diagnóstica no IB. Sua sensibilidade pode chegar a 93% e mostra-se valiosa na identificação da tríade de Rigler. Entretanto este tipo de exame não é de fácil acesso e sua impossibilidade de realização não deve retardar por demais o diagnóstico ou a terapêutica. O estabelecimento do diagnóstico de IB no pré-operatório é variável na literatura e varia em uma faixa entre 31%-48%, sendo na maioria dos casos diagnosticado na laparotomia. A literatura descreve dois tipos de abordagens no IB. A primeira consiste em realizar somente a retirada do cálculo com a resolução da obstrução intestinal. Os defensores deste tratamento alegam que a diminuição do tempo cirúrgico reduz a morbidade e a mortalidade. A segunda consiste na retirada do cálculo, realização de colecistectomia e correção das fístulas. Neste caso, a justificativa é de que a não realização destes procedimentos deixaria margem para o aparecimento de novo Íleo biliar (5 a 17%), além de aumentar o risco de colangite e carcinoma de vesícula biliar (ALENCASTRO et al., 2013; DOKO et al., 2003; FRAGA et al., 2008).

Em uma revisão de 1001 casos de IB foi observado mortalidade de 16,9% nos pacientes em que foram submetidos à colecistectomia e correção da fístula, contra 11,7% em que foi realizado apenas a enterotomia. Devido à maioria dos pacientes com IB apresentar idade avançada e, geralmente, comorbidades importantes conclui-se que a enterotomia isolada é melhor opção. Cirurgias em um único tempo devem ser realizadas em pacientes que suportem tempo cirúrgico mais prolongado. O pós-operatório do IB geralmente é prolongado e as principais complicações são infecção da ferida operatória, pneumonia e evisceração. A mortalidade variou de 5 a 25%, contudo em estudos recentes houve um decréscimo da morbimortalidade mostrando a importância que o uso de antibióticos, manuseio pré-operatório e cuidados em

unidades de tratamento intensivo apresentam nesta patologia (ALENCASTRO et al., 2013; RAVIKUMAR; WILLIAMS, 2010).

CONCLUSÃO

O íleo biliar representa uma causa incomum de abdome agudo obstrutivo e se não tratada a tempo apresenta elevados índices de morbidade e mortalidade. Portanto esta causa deve ser suspeitada em pacientes idosos, mulheres e com história prévia colecistite. Apesar das divergências na literatura quanto ao tratamento, cabe ao cirurgião o papel de decidir a melhor abordagem a ser realizada no paciente, levando em consideração o estado geral e o suporte oferecido no local do atendimento.

REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, M.C. et al. Abdome agudo por obstrução por íleo biliar. **Rev Col Bras Cir.** v. (40):275-80, 2013.

BALTHAZAR, E.J.; SCHECHTER, L.S. Air in gallbladder: a frequent finding in gallstone ileus. **American journal of roentgenology.** v. (131); 219-222, 1978.

BRUNELLI, A.C. et al. Íleo biliar: relato de caso. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.** v. (60):32-4, 2015.

DOKO M. et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. **World J Surg.** v. (27):400-404, 2003.

FRAGA, J.B. et al. Íleo Biliar: Relato de Caso. **HU Revista, Juiz de Fora.** v. (34):141-145, 2008.

RAVIKUMAR, R.; WILLIAMS, J.G. The operative management of gallstone ileus. **Ann R Coll Surg Engl.** v. (92):279-81, 2010.