

# CÓLON BILIAR – RELATO DE CASO

## BILIARY COLON – CASE REPORT

LEONARDO DE LIMA MAZINI<sup>1</sup>, HÉLCIO KAZUHIRO WATANABE<sup>2</sup>, CYNTHIA NEVES DE VASCONCELOS<sup>3</sup>

1. Médico Residente da Residência Médica em Cirurgia Geral do HONPAR - Hospital Norte Paranaense; 2. Médico Cirurgião e Preceptor do Ensino de Residência Médica em Cirurgia Geral do HONPAR - Hospital Norte Paranaense. 3. Médica Cirurgiã e Preceptora do Ensino de Residência Médica em Cirurgia Geral do HONPAR - Hospital Norte Paranaense

\* HONPAR – Hospital Norte Paranaense - PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Araçongas, Paraná, Brasil. CEP 86702-670 [biblioteca@honpar.com.br](mailto:biblioteca@honpar.com.br)

Recebido em 25/08/2016. Aceito para publicação em 25/10/2016

### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente portadora de colecistopatia calculosa, apresentando dor abdominal difusa, náusea e vômito. Acredita-se que o cálculo pode ter migrado neste período, ocasionando a oclusão. Com auxílio de exames de imagem e avaliação clínica da paciente foi diagnosticada oclusão intestinal por cálculo biliar em região de sigmoide. A paciente fora submetida a laparotomia exploratória, optando-se por ordenha e retirada de cálculo pelo reto, colecistectomia com fechamento de fistula em segundo tempo. Concluímos que a presença de novas tecnologias principalmente em imagem, propicia maior qualidade de diagnóstico com menor tempo, com um tratamento mais adequado, diminuindo o índice de morbi-mortalidade com a adoção das condutas aqui expostas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Oclusão intestinal, cálculo biliar, laparotomia.

### ABSTRACT

This article aims to report the case of a patient with calculous cholecystitis patient, with diffuse abdominal pain, nausea and vomiting. It is believed that the method may have migrated in this period, causing the occlusion. With the aid of imaging and clinical evaluation of the patient was diagnosed with intestinal obstruction by gallstones in the sigmoid region. The patient was submitted to exploratory laparotomy, if opting for prospect and removal of calculating the straight, cholecystectomy with fistula closure in the second half. We conclude that the presence of new technologies mainly in image and a higher quality of diagnosis with less time, with appropriate treatment, reducing the morbidity and mortality rate with the adoption of behaviors exhibited here.

**KEYWORDS:** Intestinal occlusion, gallstones, laparotomy.

## 1. INTRODUÇÃO

A doença biliar calculosa está entre as doenças gastrointestinais mais comum que exigem hospitalização,

sua incidência aumenta com o decorrer da idade, a sua prevalência está presente de 11% a 36% na população global<sup>1</sup>. O maior risco do desenvolvimento de cálculos biliares está associado ao sexo feminino, obesidade, gravidez, alimentos gordurosos e idade. Apenas 2% dos pacientes com cálculos biliares são sintomáticos, podendo alguns pacientes apresentar complicações como: colecistite aguda, pancreatite aguda biliar e a coledocoliase, entre outras<sup>2</sup>. Uma das formas mais rara é a presença de fistula bilioentérica espontânea, na qual ocorre a passagem de um cálculo para o intestino levando a obstrução mecânica do mesmo<sup>3</sup>.

De acordo com o Tratado de Sabiston, esta doença acomete principalmente à pessoas idosas, representando 1% de todas as obstruções do intestino delgado. Em pacientes com mais de 70 anos representa 25% dos casos de obstrução intestinal<sup>4</sup>.

Geralmente, o paciente apresenta obstrução do intestino delgado, parcial ou completa e, raramente ocorre no cólon. Entretanto a fistula pode estar localizada no duodeno, cólon e raramente no estômago ou jejuno<sup>5</sup>.

Este relato tem por objetivo expor um caso de cólon biliar encontrado no Pronto Socorro do Hospital Regional João de Freitas. Neste contexto, a oclusão colônica representa 2% a 8% dos casos de obstrução biliar, o que torna uma doença raríssima, a qual apresenta dificuldade em seu diagnóstico e motiva discussões em seu tratamento<sup>6</sup>.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente MLC, feminina, 47 anos, dona de casa, natural e procedente de Paranavaí – PR, foi admitida no Pronto Socorro do Hospital Regional João de Freitas – Araçongas PR. Relatando náuseas, vômito e dor abdominal difusa, do tipo cólica, há quatro dias.

Ao exame físico a paciente, obesa, apresentava -se desidratada, hipocorada, eupneica, acianótica, anictérica. Abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, flatos presente, evacuação presente, doloroso a palpação

profunda em hipocôndrio direito e sinal de Murphy negativo.

História previa de cateterismo há 5 meses e 3 angioplastias, sendo a última há 8 dias; apresentou-se com hipertensão, sem mais comorbidades. Em uso de AAS, clopidogrel e captopril. A paciente apresentava ultrassonografia de três dias, de outro serviço, indicando colecistopatia calculosa com nódulo único de 4,4 cm sem evidências de colecistite ou alterações de vias biliares.

Hipótese diagnóstica inicial de colecistite aguda.

O tratamento clínico foi mantido, com jejum sintomáticos, antibiótico (ciprofloxacino) e reposição hidroeletrólítica. Exames iniciais: HB 12,1g/ dL, HT 36% leucócitos 9600/ mm<sup>3</sup>, bastonetes 0 %, plaquetas 45700/ mm<sup>3</sup>, Cr 5,6 mg/ dL, amilase 57 U/ I, BT 0.39 mg/ dL, BD 0,28mg/ dL, BL 0,11 mg/ dL, Gama Gt 84,9 U/ I, TGO 12 U/ I, TGP 16 U/ I.

Paciente apresentou melhora nos próximos três dias, com a melhora do quadro renal após a hidratação.

Ao iniciar a dieta no 4º dia a paciente relatou desconforto abdominal após ingestão de alimentos, negando presença de evacuação e flatos. Dor a palpação abdominal difusa, apresentando abdome globoso, distendido e hipertimpânico. Exames laboratoriais sem alterações expressivas. Solicitado Raio – X de abdome, observou-se distensão de alças. Realizado tomografia de abdome observou-se pequeno derrame pleural bilateral, sinais de obstrução intestinal, caracterizado por moderada dilatação com conteúdo líquido e gasosos com toda a moldura cólica e alguns segmentos ideais, destacando -se a presença de imagem de aspecto calcificado heterogênea no lúmen do cólon sigmoide, medindo 2,5 cm. Vesícula biliar contraída, com gás no seu interior. Aerobilia no ducto hepatocolédoco e ramo biliar contraída, com gás no seu interior. Aerobilia no ducto hepatocolédoco e ramo biliar esquerdo.

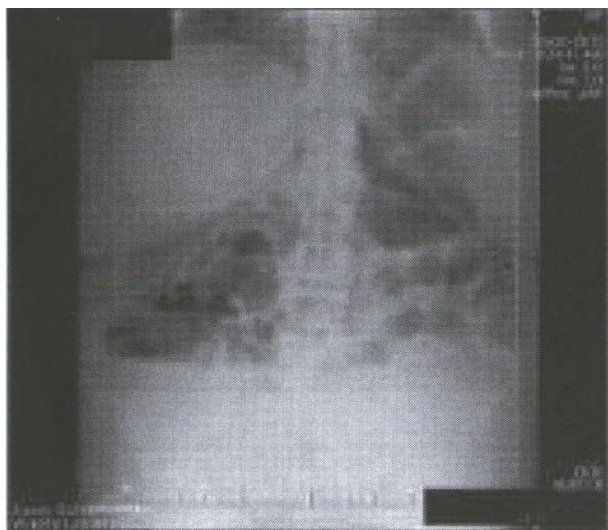


Figura 1. Raio-x: distensão de alças

A paciente foi submetida à laparotomia exploratória, identificou-se oclusão ao nível de sigmoide por massa dura palpável, realizado ordenha da massa até o reto, a qual apresentava aspecto sugestivo de cálculo biliar.

Observou-se a presença de fistula entre a vesícula biliar e o duodeno, com bloqueio sem sinais de inflamação. Optou-se por colecistectomia e fechamento de fistula em segundo tempo.

A paciente encaminhada para enfermaria pós-cirúrgica com boa evolução, não apresentando mais queixas, liberado dieta no segundo dia pós-operatório. Alta no quinto dia pós cirurgia em bom estado geral, sem queixas.

Programado colecistectomia em segundo plano.



Figura 2. TC de abdome: Aerobilia no ducto.



Figura 3. TC de abdome: Vesícula biliar contraída).

### 3. DISCUSSÃO

O primeiro relato de íleo biliar foi em 1654, por Bartholin. Até 1986, haviam sido descritos sessenta casos de obstrução colônica por cálculo biliar. Sendo uma complicação rara e observada geralmente em pacientes com mais de 70 anos, sexo feminino e obeso. Tornando o diagnóstico difícil até o advento dos novos exames de imagem (TC, RNM)<sup>7</sup>.

No caso apresentado a paciente de 47 anos em pós-operatório recente de revascularização do miocárdio, juntamente com sinais inespecíficos e exames radiológicos de outros serviços que não elucidaram o caso.

O diagnóstico deve ser pensado em paciente com história previa de litíase biliar associado com sinais de obstrução intestinal com náuseas, vômitos, dor abdominal e aerobia<sup>8</sup>. Em Geral não apresenta qualquer sinal relacionado a patologia biliar como por exemplo a icterícia. Assim sendo confundido com o quadro de patologias inflamatórias ou isquêmias intestinais<sup>9</sup>. O diagnóstico nem sempre é possível no pré-operatório dependendo dos recursos disponíveis. Parte retirada!!!

Exames de imagem tem fundamental importância para concluir o diagnóstico sendo encontrado obstrução de alças, aerobilia e cálculo biliar ectópico (Tríade de Rigler). Em caráter de um quadro de urgência de abdome aguda, não se deve aguardar tais exames para abordar cirurgicamente o paciente e sim embasado na clínica do paciente e experiência do cirurgião<sup>10</sup>.

Optou-se por não realizar colecistectomia com correção da fistula nesse primeiro tempo por aumentar a morbi-mortalidade.

### 4. CONCLUSÃO

Conclui-se que a pouca experiência em casos de cólon biliar pode implicar a um atraso na abordagem cirúrgica do paciente, na tentativa de fechar o diagnóstico.

### REFERÊNCIAS

- [1] Courtney M, Beauchamp R, Marrk B. Sabiston tratado de cirurgia. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010; 2:1452-1490.
- [2] Coelho J. Manual de clínica cirúrgica. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009; 1:1321-22.
- [3] Lawrence W. Cirurgia – Diagnóstico e tratamento. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1933; 395-396
- [4] Cardoso J; Féres O; Andrade J. Íleo biliar colônico. Rev Col Bras Cir. 2009.
- [5] Melo E, Martins F, Siqueira R, Ribeiro S. Cólon biliar: um caso incomum de obstrução intestinal. Rev Bras Radiol. 2015
- [6] Krishna J, Marais M, Menezes M, Barros N, Cerri G. Qual o seu diagnóstico? Ver Bras Radiol. 2001
- [7] Morais I. Tratado de clínica cirúrgica. 1. ed. São Paulo: Roca, 2005; 2:1286.

- [8] Ivan C. Artivos de gastroenterologia. São Paulo: Federação brasileira do aparelho digestivo, 2013; 50.
- [9] Tanara W; Íleo Biliar: relato de seis casos. Revista Amirgs 2001.
- [10] Coelho J, Contieri F, Matias J, Parolin M, Godoy. Prevalência e fisiopatologia da litíase biliar em pacientes submetidos a transplante órgãos. Arq Bras Cir Dig. 2009