

ÍLEO BILIAR: DOIS RELATOS DE CASO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR CÁLCULO BILIAR

GALLSTONE ILEUS: TWO CASE REPORTS OF INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY BILIARY CALCULUS

JÚLIA HARUMI WATANABE **PENA**¹, FLÁVIA COSTA TEIXEIRA **VIANA**¹, JÚLIA RIBEIRO VAZ DE **FARIA**¹, GUSTAVO SEITI WATANABE **PENA**², ADMALDO CARVALHO **PENA**^{3*}

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais; 2. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo 3. Médico Cirurgião Geral da Fundação Hospitalar Dr. Moisés Magalhães Freire

* Rua Antônio Nascimento, 147, centro, Pirapora, Minas Gerais, Brasil. CEP: 39270-000. admaldoc.pena@hotmail.com

Recebido em 15/05/2020. Aceito para publicação em 24/06/2020

RESUMO

O íleo biliar faz parte do elenco de diagnósticos diferenciais do abdome agudo obstrutivo, tendo como pré-requisito a existência de fístula biliodigestiva por onde ocorre a migração de cálculo biliar volumoso. Os autores descrevem dois casos de obstrução intestinal secundária à impaction de cálculo biliar no íleo, destacando as condições clínicas, os achados radiológicos e as intervenções cirúrgicas. A importância do estudo dessa condição cirúrgica se debruça nos impactos negativos que o retardo do diagnóstico e atraso na intervenção terapêutica tem sobre o prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Obstrução intestinal, Colelitíase, Doenças do íleo.

ABSTRACT

The gallstone ileus is part of the list of differential diagnoses of obstructive acute abdomen, with the prerequisite of a biliodigestive fistula through which the migration of a large gallstone occurs. The authors describe two cases of intestinal obstruction secondary to impaction of a gallstone in the ileum, highlighting its clinical conditions, radiological findings and surgical interventions. The importance of studying this surgical condition focuses on the negative impacts that delayed diagnosis and delayed therapeutic intervention have on the patient's prognosis.

KEYWORDS: Intestinal Obstruction, Cholelithiasis, Ileal Diseases.

1. INTRODUÇÃO

O íleo biliar trata-se de uma etiologia de abdome agudo obstrutivo potencialmente grave, ainda que pouco comum nos dias atuais. A condição ocorre em até 0,5% dos pacientes portadores de doença calculosa biliar e predomina em pacientes de idade acima de 65 anos, frequentemente portadores de outras comorbidades (notoriamente cardiovasculares e diabetes melito), sendo mais frequente em mulheres do que em homens (odds ratio de 4,5:1)¹⁻³.

A afecção é secundária à formação de fístula biliodigestiva, usualmente colecistoduodenal, com passagem de cálculo volumoso e impaction deste na luz intestinal^{1,3,4}. A topografia mais frequente de obstrução pelo cálculo é o íleo distal, que representa até 75% dos casos descritos de íleo biliar. São possíveis também obstrução gástrica, duodenal e jejunal mediante fístula colecistoduodenal ou, menos frequente, fístulas colecistogástrica, colecistojejunal e colecistoileal⁵. Já a obstrução colônica ocorre, predominantemente, na vigência de fístula colecistocólica⁶.

Este estudo tem como objetivo relatar dois casos clínicos de íleo biliar, discorrendo sobre suas manifestações clínicas, apresentação radiológica e implicações cirúrgicas, norteando, assim, profissionais médicos sobre o reconhecimento e manejo dessa condição.

2. CASO CLÍNICO 1

Paciente do sexo feminino, 69 anos, sabidamente portadora de colelitíase há dez anos, obesa e portadora de diabetes melito tipo II, foi admitida em pronto-atendimento com queixa de dor abdominal em regiões peri e infra-umbilical, tipo cólica, iniciada há 20 dias, evoluindo com episódios de vômitos biliosos e seguida de parada de eliminação de fezes e gases. Ao exame físico, notou-se distensão abdominal e discreto edema maleolar. Foi realizada ultrassonografia abdominal, que evidenciou colelitíase, espessamento e distensão de alças intestinais. Sua radiografia abdominal demonstrou presença de níveis hidroaéreos em intestino delgado.

Sob a hipótese diagnóstica de colelitíase e semi-obstrução intestinal a esclarecer, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora, com achados de bloqueio sub-hepático pelo omento maior e por alças intestinais, bem como obstrução intestinal em nível de íleo terminal por cálculo biliar de aproximadamente 3,0cm de diâmetro. O cálculo foi ordenhado até jejuno, onde foi realizada enterotomia para sua remoção (Figura 1), não tendo sido realizada colecistectomia com correção da fístula nesse tempo operatório. A

paciente evoluiu bem e recebeu alta após sete dias de internação.

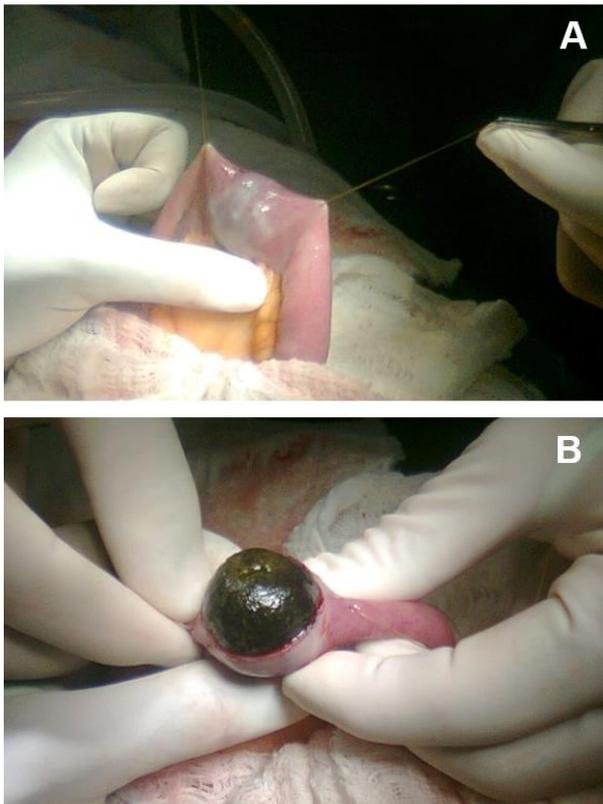


Figura 1. Imagens intraoperatórias evidenciando (A) palpação do cálculo com exposição de alça jejunal para enterolitotomia e (B) retirada do cálculo.

3. CASO CLÍNICO 2

Paciente do sexo feminino, 88 anos, acamada, portadora de diabetes melito tipo II e Alzheimer, com sequelas motoras de acidente vascular cerebral prévio e portadora de gastrostomia, foi admitida em pronto-atendimento com queixa de vômitos e de parada de eliminação de fezes e gases há 10 dias, evoluindo com febre no terceiro dia após o início dos sintomas, além de estase gástrica. Havia intermitência de estase gástrica com vômitos e esvaziamento gástrico normal. A paciente estava, na ocasião, em uso de ceftriaxona para tratamento de infecção de trato urinário. Apresentava, ao exame físico, distensão leve do abdome, de percussão timpânica, sem alterações de peristaltismo e sem massas palpáveis. Foi realizada radiografia abdominal, na qual se observaram níveis hidroaéreos em quadrante superior esquerdo do abdome. Sob suspeita de obstrução intestinal, foi programada abordagem cirúrgica para o dia seguinte.

No segundo dia de internação, a sonda de gastrostomia da paciente foi aberta, sem, no entanto, apresentar drenagem. Por esse motivo, optou-se pela suspensão do procedimento cirúrgico e manutenção da observação da paciente. No terceiro dia de observação, ocorreu nova estase gástrica.

Dessa forma, optou-se pela realização de laparotomia exploradora, durante a qual foi encontrado cálculo biliar de aproximadamente 2,0cm de diâmetro

ocasionando semi-obstrução em nível do segmento médio do íleo, com dilatação à montante, bem como vesícula biliar bloqueada pelo duodeno. O cálculo foi ordenhado até o jejuno e retirado após realização de jejunotomia longitudinal (Figura 2). A paciente não foi submetida a correção da fístula colecistoduodenal nesse tempo operatório. Após a operação, foi internada em centro de terapia intensiva, onde permaneceu por dois dias sem intercorrências e recebendo alta hospitalar no quinto dia pós-operatório.

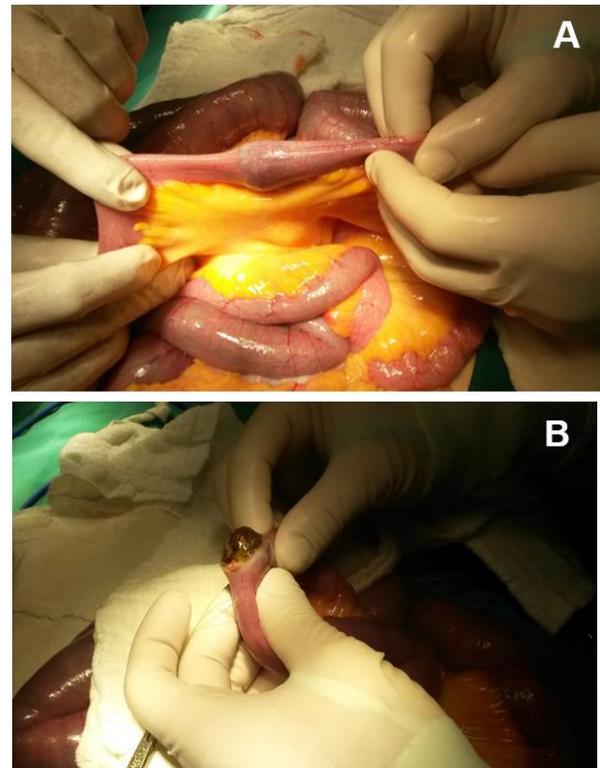


Figura 2. Suspensão da alça intestinal com palpação do cálculo (A) e realização de jejunotomia longitudinal (B) para retirada do cálculo.

4. DISCUSSÃO

O íleo biliar decorre da passagem de cálculos grandes da vesícula biliar para o trato gastrointestinal. Essa migração ocorre através de fístula biliodigestiva, cuja etiologia é pautada na insuficiência vascular e no processo inflamatório crônico locais por compressão do cálculo na parede do órgão, resultando em aderência entre paredes da vesícula biliar e do intestino. Episódios recorrentes de inflamação culminam em erosão tecidual e formação de fístula^{7,8}. A obstrução intestinal aguda observada nesses pacientes é secundária à impactação do cálculo no aparelho digestivo, mais comumente, na valva ileocecal, que representa o ponto de maior estreitamento intestinal².

Os pacientes acometidos por íleo biliar cursam com sintomas inespecíficos característicos de obstrução intestinal aguda, de acordo com o local de impactação do cálculo. Mais comumente observa-se a presença de vômitos, dor abdominal tipo cólica, distensão abdominal e inapetência. Esses sinais podem ser intermitentes na presença de um cálculo flutuante^{1,5}. Descartadas outras etiologias mais prováveis para o

quadro, o diagnóstico de íleo biliar pode ser suspeitado na ocorrência da tríade de Mordor: história progressiva de colelitíase, episódios de colecistite aguda prévios e obstrução intestinal^{7,9}. Ainda assim, o diagnóstico pré-operatório dificilmente é realizado, sendo feito em 30% a 77% dos pacientes^{3,6,10}.

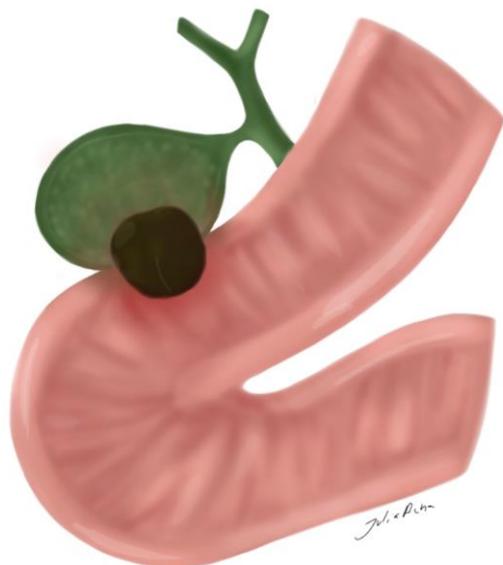


Figura 5. Ilustração de exemplo de fístula biliodigestiva. **Fonte:** os Autores

Os vômitos que ocorrem no íleo biliar provocam desidratação, hipotensão arterial, desequilíbrio hidroeletrólítico e instabilidade hemodinâmica, o que contribui para sua elevada morbimortalidade, justificada também pelo retardo diagnóstico e atraso na intervenção terapêutica^{3,5,7}. Além disso, o íleo biliar é mais prevalente entre pacientes acima de 65 anos, frequentemente portadores de comorbidades associadas, nos quais a doença pode se apresentar de maneira oligossintomática. Como resultado, esses pacientes podem evoluir com complicações como insuficiência renal, peritonite e sepse⁵.

Os critérios radiológicos para o diagnóstico de íleo biliar são: sinais de obstrução ou semi-obstrução intestinal, aerobilia, visualização do cálculo, caso ele seja radiopaco, mudança de localização do cálculo em radiografias seriadas e presença de dois níveis hidroaéreos adjacentes ao mesmo, em quadrante superior direito do abdome. A tríade de Rigler é um conjunto de sinais radiológicos patognomônico do íleo biliar, que envolve presença de cálculos radiopacos, pneumobilia e distensão de alças intestinais, apesar de ser identificada na maioria das vezes, somente retrospectivamente^{3,6}. A literatura aponta maior acurácia para a identificação dessa tríade à tomografia computadorizada (77,78%) em comparação à radiografia abdominal (14,81%) e à ultrassonografia (11,11%)¹⁰. Porém, o difícil acesso a esse exame de imagem pode dificultar o diagnóstico do paciente e exigir maior precisão da equipe médica para a decisão operatória precoce.

O tratamento dessa afecção é cirúrgico, devendo ser realizado, preferencialmente, em dois tempos operatórios. A primeira operação objetiva a retirada do cálculo e resolução da obstrução, sendo realizada inspeção intestinal para identificação de outros cálculos. A segunda operação visa a correção da fístula, com realização de colecistectomia e sutura da lesão na alça^{5,11}.

A realização de enterolitotomia associada a colecistectomia com correção da fístula no mesmo tempo operatório aumenta a extensão do trauma cirúrgico e o tempo operatório, elevando também o número de complicações e o tempo de internação. Consequentemente, isso leva ao aumento da taxa de mortalidade. Dessa forma, a execução de único tempo operatório somente deve ser considerada para pacientes que apresentem concomitantemente colecistite aguda, gangrena da vesícula biliar ou cálculos remanescentes identificados^{5,11}.

Pode-se optar pela não realização do segundo tempo cirúrgico (colecistectomia com correção da fístula), baseando-se na rara recorrência da obstrução intestinal por doença calculosa nesses pacientes. Além disso, achados em autópsias e em reabordagens cirúrgicas demonstraram ainda, que após remoção da obstrução intestinal, a fístula biliodigestiva tende a se fechar espontaneamente, corroborando com essa abordagem cirúrgica, que foi realizada em ambos os casos relatados do presente estudo¹¹.

Por fim, anteriormente à intervenção cirúrgica, o paciente deve ter seus equilíbrios eletrolítico e metabólico, bem como instabilidade hemodinâmica, restabelecidos⁶.

5. CONCLUSÃO

A oclusão aguda de alças intestinais apresenta alta morbimortalidade e representa uma emergência cirúrgica. Assim, o cálculo biliar como causa de obstrução intestinal consiste em uma complicação relativamente grave de colelitíase, que apesar de incomum, reforça a importância da colecistectomia, a fim de prevenir a evolução do quadro para condições que podem se tornar críticas e de alto risco. Deve-se sempre considerar esse diagnóstico diante de pacientes de idade avançada com quadro de abdome agudo obstrutivo. Contudo, a infrequente suspeição do diagnóstico por profissionais médicos e o difícil acesso à TC parecem ser os principais responsáveis pelo retardo da indicação cirúrgica desses pacientes.

A realização de enterolitotomia, se associada à colecistectomia com fechamento da fístula no mesmo tempo operatório, possui altas taxa de complicações, piorando o prognóstico do paciente, sendo preterida na grande maioria dos casos.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease. *Surg Clin North Am.* 2019; 99(2):231-244.
- [2] Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone Ileus: Diagnosis

- and Management. *World J Surg* 2007; 31(6):1292-7.
- [3] Martín-Perez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, *et al.* El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cir Esp.* 2013; 91(8):485-9.
- [4] Correla MFS, Amonkar DP, Nayak SV, *et al.* Cholecystocolic fistula: a diagnostic enigma. *Saudi J Gastroenterol.* 2009; 15(1):42-44.
- [5] Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60(6):441-6.
- [6] Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, *et al.* Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* 2016; 8(1):65-76.
- [7] Glenn F, Reed C, Grafe WR. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 153(4):527-31.
- [8] Chowbey PK, Bandyopadhyay SK, Sharma A, *et al.* Laparoscopic Management of Cholecystoenteric Fistulas. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2006; 16(5):467-472.
- [9] Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, *et al.* El íleo biliar: una revisión de la literatura medica. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017; 82(3):248-254.
- [10] Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, *et al.* Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004; 50(1):23-9.
- [11] Ravikumar R, Williams JG. The operative management of gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92(4):279-281.