Íleo biliar: um relato de caso

Gallstone ileus: a case report

Mara Regina de Oliveira Campelo[1], Jennyfer Paulla Galdino Chaves[2], Vinícius Matos Menegola[3]

RESUMO

O presente trabalho relata o caso de uma paciente feminina, de 75 anos, que internou por um quadro de dor em hipocôndrio direito, vômitos e distensão abdominal com 5 dias de evolução. Secundariamente, apresentou rebaixamento do sensório, acidose metabólica, oligoanúria e hipotensão, necessitando de cuidados em unidade de terapia intensiva, com intubação orotraqueal (IOT), vasopressor e hemodiálise. A tomografia de abdome evidenciou presença de aerobilia e um cálculo misto na topografia do segmento ileal do intestino.

UNITERMOS: Íleo, Cálculo, Cirurgia geral

ABSTRACT

This paper reports the case of a 75 y.o. female patient who was admitted for a painful condition in the right hypochondrium, vomiting and abdominal distension with 5 days of evolution. Secondly she presented sensorial loss, metabolic acidosis, oliguria and hypotension, requiring care in intensive care unit, with tracheal intubation (TI), vasopressor and hemodialysis. Abdominal CT scan revealed the presence of aerobilia and a mixed gallstone in the topography of the ileal segment of the intestine.

KEYWORDS: Ileum, Calculi, General surgery

INTRODUÇÃO

O íleo biliar é uma causa incomum de obstrução intestinal e determina de 1 a 4% de todas as obstruções intestinais (1). Aproximadamente 25% das obstruções intestinais não estranguladas em maiores de 65 anos são devidas ao íleo biliar (1). O íleo biliar é uma complicação da colelitíase e se comporta como uma oclusão intestinal mecânica devido à impactação de um ou mais cálculos na luz do intestino, como resultado de uma comunicação anômala entre o trato gastrointestinal e o sistema biliar (2,3).

A fístula surge quando o cálculo causa uma erosão na parede biliar e no tubo digestivo, seguindo-se processo inflamatório associado à diminuição de aporte sanguíneo e aumento de pressão intraluminal, seguida de perfuração com fistulização e saída do cálculo biliar para o trato gastrointestinal (3).

As opções cirúrgicas incluem enterotomia com exérese do cálculo somente ou em combinação com colecistectomia e reparo de fístula. Em virtude da idade avançada da maioria desses pacientes e das concomitantes comorbidades, são questionáveis os benefícios de uma cirurgia extensa, que seria mais prolongada e geraria mais trauma (1).

As fístulas bileodigestivas mais frequentes são: colecistoduodenais (65-77%), depois colecistocólicas (10-25%) e colecistogástricas (5%) (1).

A proposta deste estudo é apresentar um relato de caso de íleo biliar de uma paciente de 75 anos com quadro de dor em hipocôndrio direito, vômitos e distensão abdominal com 5 dias de evolução.

[1] Cirurgia do Aparelho Digestivo Preceptora. Residência de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.
[2] Graduanda em Medicina.
[3] Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

RELATO DO CASO

NM, feminino, 75 anos, interna por quadro de dor em hipocôndrio direito, em peso, constante, acompanhada de náusea e vômitos com evolução de 5 dias. Também relatava anorexia, distensão abdominal e obstipação.

Evoluiu com quadro de hipotensão, anúria, acidose metabólica e rebaixamento do nível de consciência, necessitando de IOT mais vasopressor e hemodiálise, recebendo cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI). Apresentava como exames laboratoriais: Hematócrito 34,3%; Hemoglobina 11,5; Eritrócitos 3,98; Leucócitos 21350; Bastões 17; Segmentados 74; Linfócitos 6; Monócitos 2; Eosinófilos 1; Plaquetas 381000; TP 68%; RNI 1,3; KTTP 36,6s; Ureia 199; Creatinina 6,6; Sódio 137; Potássio 5,2; Amilase 140; Lipase 168; Fosfatase alcalina 62; Bilirrubinas totais 0,33; Bilirrubina direta 0,16; Bilirrubina indireta 0,17; TGO 21; TGP 19; Albumina 2,6; Cálcio 7,9; GGT 21 e Magnésio 1,6.

Realizado raio X de abdome, que evidenciou presença de níveis hidroaéreos (Figura A), sendo submetida após duas horas à Tomografia de abdome, que confirmou presença de aerobilia e cálculo misto na topografia do segmento ileal intestinal, medindo 3 cm de diâmetro (Figuras B, C).

No transoperatório, foi visualizada fístula com terço distal do duodeno, sendo realizado enterolitotomia e enterorrafia (Figuras D, E). Foi de preferência dos autores não optar pela colecistoduodenoanastomose.

No pós-operatório, utilizou-se esquema antibiótico com imipenem e metronidazol, ajustados para função renal (DCE= 14), sendo mantida em UTI com tratamento



Figura A – Raio X de abdome pré-operatório mostrando níveis hidroaéreos

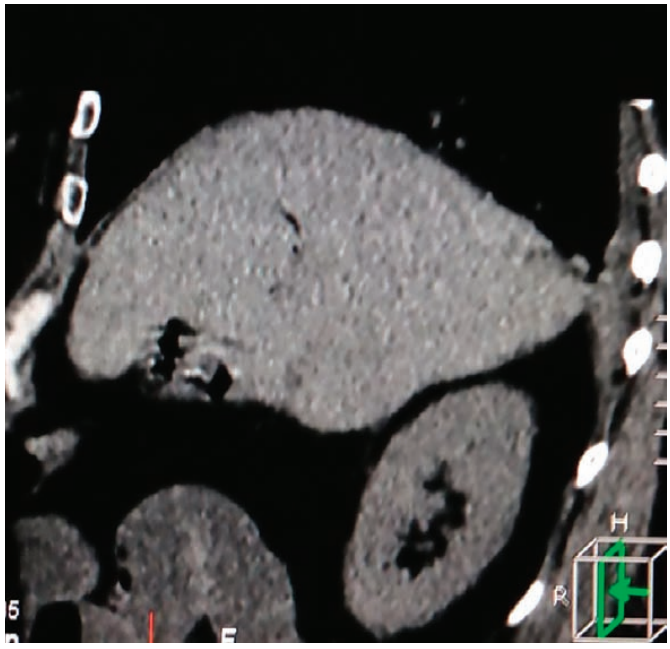


Figura B – Tomografia de abdome mostrando aerobilia

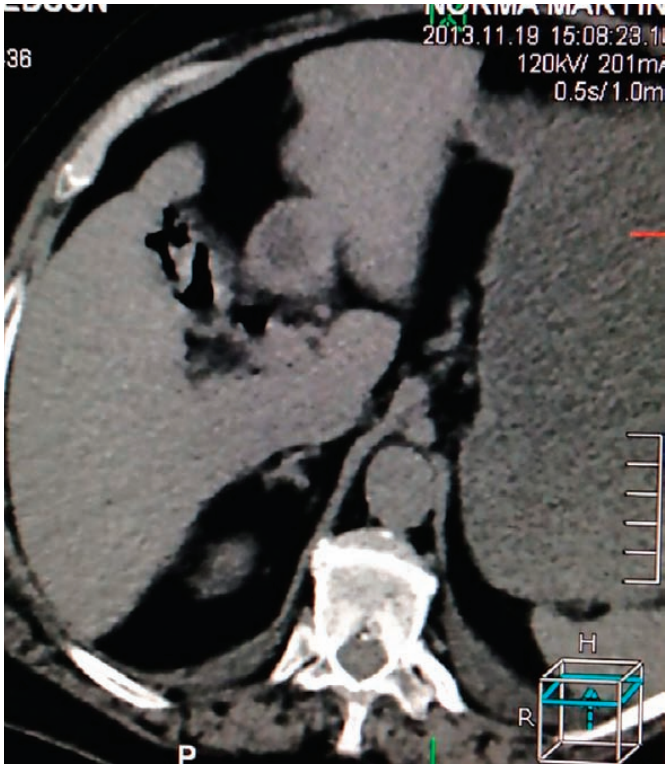


Figura C – Corte transversal da tomografia abdominal demonstrando aerobilia



Figura D – Transoperatório mostrando cálculo de 3 cm em íleo distal

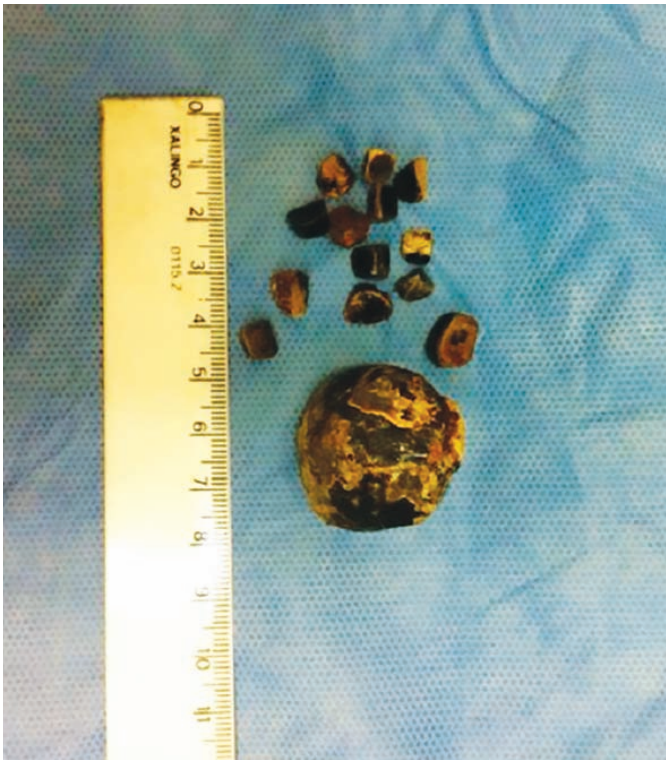


Figura E - Após retirada de cálculo

de suporte com PVC, PAM, vasopressor (noradrenalina), hidratação, ajuste hidroeletrolítico e diálise diária. Evoluiu com quadro de fibrilação atrial (FA) com alta resposta ventricular, necessitando de cardioversão elétrica (CVE) - 100 + 200J - com reversão hemodinâmica, mas sem reversão da FA, iniciando-se amiodarona. Posteriormente, foi associado Neostigmina devido ao uso de drogas bradicardizantes.

Apresentou evolução satisfatória, tendo alta hospitalar no 43º dia pós-operatório, em condições favoráveis.

DISCUSSÃO

A apresentação clínica mais comum do íleo biliar é a dor abdominal acompanhada de distensão e vômitos, tendo uma evolução mais insidiosa pelo efeito de válvula do cálculo (3).

O sítio mais frequente de obstrução é o íleo terminal, por seu calibre reduzido e peristaltismo deficiente (3). Mas existem outros sítios de obstrução descritos, tais como jejuno, cólon e, até mesmo, divertículo de Meckel (3).

A síndrome de Bouveret é a obstrução do trato gastrointestinal por um cálculo biliar em nível do piloro ou do duodeno, que se manifesta com sintomatologia de obstrução alta. Essa pode ser visualizada e tratada por endoscopia digestiva alta, podendo não necessitar de laparotomia (1).

Os sinais radiológicos foram descritos por Rigler, em 1941, como distensão de alças delgadas associado à aerobilia, níveis hidroaéreos e imagem litiásica radiopaca, que se modifica com a movimentação do paciente (3). Na maioria dos pacientes, o diagnóstico correto não é estabelecido antes da cirurgia (1).

O cálculo biliar entra no trato gastrointestinal através de uma fístula com o duodeno, estômago ou cólon, sendo a mais comum a colecistoduodenal (1).

O tratamento é cirúrgico. Há controvérsias quanto à resolução do quadro em um ou dois tempos, se faria a enterolitotomia, colecistectomia e reparação da fístula ou se somente resolveria a oclusão intestinal com enterolitotomia e, em um segundo tempo, realizaria a reparação da fístula (3).

Em função da idade avançada da maioria desses pacientes e das presentes comorbidades, são questionáveis os benefícios da cirurgia em tempo único, a qual seria mais prolongada, aumentando o risco de complicações no pós-operatório (1).

As principais justificativas para a realização de tratamento cirúrgico em um tempo são: a recorrência de íleo biliar devido a cálculos biliares residuais, o risco de colangite e o aumento da incidência de carcinoma de vesícula biliar (1).

Por outro lado, existem evidências de aumento da mortalidade quando se realiza o reparo da fístula juntamente à enterolitotomia, devido à anastomose e sutura em área de inflamação (1).

Doko M. *et al* registraram 16,9% de mortalidade para a correção em um tempo cirúrgico e 11,7% para enterotomia isolada (1). Uma meta-análise de 1001 casos também sugere que não há necessidade de reparo de fístula de urgência (5).

Os achados intraoperatórios são essenciais para a conduta cirúrgica, sendo justificado o reparo da fístula quando existe inflamação aguda e presença de gangrena vesicular (1).

COMENTÁRIOS FINAIS

Apesar dos achados na literatura terem significância estatística quanto ao tratamento ideal em dois tempos cirúrgicos, especialmente em pacientes que chegam desidratados, em choque e/ou com peritonite, ainda são necessários mais estudos para avaliar com precisão a melhor alternativa para esses casos.

REFERÊNCIAS

1. Doko M, Zovak M, Kopljar M, Glavan E, *et al*. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. World J Surg 2003; 27:400-404.
2. Lozano CS, Guevara ERR, Gismondi AV, *et al*. Íleo biliar y fístula colecistoduodenal. Informe de un caso. Cir Ciruj 2006;74:199-203.
3. Sosa GG, Mesa JD, Rodríguez SC, *et al*. Íleo biliar: complicación poco frecuente de la litiasis vesicular. Rev Cubana Cir 2010;49(2).
4. Guimarães S, Moura JC, Pacheco Jr AM, Silva RA. Íleo biliar - uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13(1):159-163.
5. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg 1994; 60: 441-446.

✉ Endereço para correspondência
Jennyfer Paulla Galdino Chaves
Rua Marechal Floriano, 492 - 808
96.200-380 – Rio Grande, RS – Brasil
☎ (53) 8128-3023
jennyfergaldino@hotmail.com

Recebido: 15/9/2014 – Aprovado: 25/11/2014