

Íleo Biliar – Relato de Caso

Gallstone Ileus – a case report

João Baptista de Paula Fraga¹
Thiago Gonçalves Schröder e Souza²
Antônio Carlos Rodrigues do Nascimento³
Elias de Oliveira Moraes⁴
Felipe José Vieira⁵

RESUMO

palavras-chave

Cálculos Biliares/complicações

Obstrução Intestinal

Colelitíase/complicações

Íleo/cirurgia

O Íleo biliar é complicação rara da colecistite decorrente de uma comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo a qual permite a migração de um cálculo biliar volumoso para a luz entérica. É responsável por 1% a 4% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica e apresenta maior prevalência em pacientes com mais de 65 anos. Frequentemente cursa com um quadro de obstrução intestinal que, se não tratada a tempo, pode apresentar elevados índices de morbidade e mortalidade. O conhecimento prévio dessa patologia é de grande importância, principalmente em atendimentos de urgência e emergência, pois o tratamento é eminentemente cirúrgico e a incidência de diagnóstico pré-operatório é relativamente baixa. O presente artigo apresenta o caso de uma paciente de 67 anos, com Íleo biliar, que foi cirurgicamente tratada com a realização de enterotomia e retirada do cálculo. Não foram realizados os procedimentos de colecistectomia e correção de fístula colecistoduodenal em um primeiro momento em função das condições clínicas da paciente.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication of cholecystitis, occurring because an abnormal connection of the biliary tree to the gut allows for a large gallstone to reach the intestinal lumen. The condition accounts for 1 to 4% of all cases of mechanical intestinal obstruction, and is more prevalent over the age of 65 years. It frequently leads to intestinal obstruction with high morbidity and mortality rates if not relieved in time. Because treatment is surgical and preoperative diagnosis rates are low, knowledge of the condition is of the essence, especially for those working in emergency rooms. We report a 67-year-old female with gallstone ileus, treated with enterotomy and stone removal. Because of the patient's clinical status, no cholecystectomy or correction of the cholecystoduodenal fistula were performed.

keywords

Gallstones/complications

Intestinal Obstruction

Cholelithiasis/complications

Ileum/surgery

1 Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira - Juiz de Fora, MG. E-mail: joao.fraga@oi.com.br

2 Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira - Juiz de Fora, MG.

3 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina - Juiz de Fora, MG.

4 Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora, MG.

5 Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira - Juiz de Fora, MG.

INTRODUÇÃO

O Íleo Biliar (IB) é uma complicação rara e potencialmente grave da colelitíase (ABOU-SAIF; AL-KAWAS, 2002) caracterizada por uma obstrução intestinal devido à impactione de um volumoso cálculo de origem biliar em alças intestinais. Fisiopatologicamente, o mais comumente observado é a passagem de um cálculo através de uma fístula bileo-entérica originada de um episódio de colecistite aguda com necrose e perfuração da vesícula biliar para uma víscera adjacente (TOWNSEND *et al.*, 2005).

O IB é responsável por cerca de 1% a 4% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica, mas pode ocasionar mais de 25% das obstruções intestinais não estranguladas em pacientes com idade superior a 65 anos (REISNER; COHEN, 1994). Trata-se de uma emergência cirúrgica que acomete quase que exclusivamente pacientes idosos, tendo um pico de incidência entre 65 e 75 anos, com predominância do sexo feminino (BROWING *et al.*, 2007).

As taxas de mortalidade relacionadas a essa condição vêm diminuindo, entretanto ainda apresenta valores entre 15% e 18 % (REISNER; COHEN, 1994), sofrendo grandes variações em função da idade e das co-morbidades do paciente. Outro fator determinante envolvido com o aumento da morbidade e mortalidade é o diagnóstico tardio ou o não-diagnóstico desta condição (LOBO *et al.*, 2000).

As manifestações clínicas são variáveis e dependem do local de obstrução (CHOU *et al.*, 2007). Os sintomas mais comuns incluem náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal (TOWNSEND *et al.*, 2005; CHOU *et al.*, 2007) que podem ser precedidas por queixas biliares.

O diagnóstico de IB é difícil, dependendo frequentemente de exames de imagem, ainda assim, mais de 50% dos diagnósticos só são firmados durante a laparotomia (REISNER; COHEN, 1994).

No presente artigo, reportamos um caso de Íleo biliar tratado cirurgicamente e destacamos os pontos principais desta rara enfermidade.

RELATO DO CASO

Mulher branca, 67 anos, procurou atendimento no serviço de emergência por apresentar história de dor abdominal difusa há sete dias, tendo esta se intensificado nas 48 horas precedentes, associada a náuseas, vômitos e distensão abdominal. Relata episódios anteriores autolimitados de dor abdominal em região epigástrica e em hipocôndrio direito. Apresenta antecedentes médicos de hipertensão arterial e acidente vascular encefálico, negando ter realizado cirurgias abdominais prévias.

Na avaliação da admissão, paciente apresentava-se desidratada, discretamente hipocorada, taquipnéica, levemente taquicárdica e normotensa. Abdomine difusamente doloroso à palpação, com redução dos ruídos hidroaéreos e descompressão brusca dolorosa presente.

A radiografia de abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado e o Rx de tórax não apresentava alterações. Os exames laboratoriais são apresentados no Quadro 1.

Com o diagnóstico inicial de abdome agudo, foi iniciada a reposição volêmica, introduzida uma sonda nasogástrica e a paciente foi encaminhada para avaliação da cirurgia.

Optou-se pela realização de laparotomia com acesso mediano. Durante a exploração cirúrgica, foi evidenciada dilatação com sofrimento de alça (Figura 1) do ângulo de Treitz até aproximadamente 30cm da válvula ileocecal, local onde podia se observar massa sólida, ovaral, intraluminal, impactada no íleo (Figura 2).

Procedeu-se à enterotomia com a retirada de um cálculo com aproximadamente 4cm de diâmetro (Figura 3). A enterorrafia foi realizada em dois planos, com posterior lavagem da cavidade abdominal e fechamento da aponeurose e pele.

A paciente foi encaminhada à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), mantendo-se o esquema antibiótico peroperatório com metronidazol e ceftriaxona. Paciente necessitou de nutrição parenteral total e, no oitavo dia de pós-operatório, foi introduzida dieta oral líquida. Recebeu alta da UCI no décimo dia de internação, com completa recuperação do quadro.

	Resultados pré-cirúrgicos	Primeiro dia pós-operatório	Segundo dia pós-operatório	Terceiro dia pós-operatório
Glicemia (mg/dL)	445	184	98	114
Uréia (mg/dL)	104	42	18	15
Creatinina (mg/dL)	1,6	0,9	0,7	0,7
Sódio (mEq/L)	126	140	133	150
Potássio (mEq/L)	4,0	3,8	3,4	3,7
Hemoglobina (g/dL)	15,5	11,4	11,9	10,9
Hematócrito (%)	47,2	35,5	36,0	32,8
Leucócitos totais (cel./mm ³)	24.200	12.600	15.500	10.700
- Bastões (%)	03	01	01	01
- Segmentados (%)	78	77	84	80

Quadro 1 – Resultados de exames laboratoriais da paciente na admissão (Resultados pré-cirúrgicos) e do primeiro ao terceiro dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

A doença calculosa biliar é uma condição com elevada prevalência, podendo atingir aproximadamente 10% dos indivíduos em algumas populações (HEATON *et al.*, 1991). As complicações mais freqüentes relacionadas a esta condição são a colecistite, colangite, coledocolitíase e pancreatite aguda. Outras complicações não tão comuns são as fístulas de vesícula biliar, a síndrome de Mirizzi e o Íleo biliar.

O Íleo biliar ocorre em apenas 0,5% dos casos de colecistite (REISNER; COHEN, 1994) e, apesar de ser uma complicação rara, devido à elevada prevalência das doenças biliares e a gravidade que essa enfermidade pode gerar, seu adequado reconhecimento é importante.

A radiografia de abdome é diagnóstica em menos da metade dos casos (CLAVIEN *et al.*, 1990) e pode demonstrar obstrução intestinal mecânica, pneumobilia e cálculo ectópico na luz intestinal, caracterizando a clássica Tríade de Rigler (RIGLER *et al.*, 1941). Balthazar e Schechter, em 1978, descreveram o achado de níveis hidroaéreos no quadrante superior direito secundário a ar na vesícula biliar. Entretanto, as radiografias usualmente mostram achados inespecíficos, uma vez que apenas 10% dos cálculos são suficientemente calcificados para serem visualizados radiologicamente. Assim, é descrita na literatura a falsa interpretação de um cálculo insuficientemente calcificado como material fecal (CHOU *et al.*, 2007).

Atualmente, o exame de imagem com maior importância diagnóstica para o IB é a Tomografia Computadorizada (TC), levando em conta sua melhor resolução e seu tempo de realização relativamente rápido. Em casos de IB, a TC consegue identificar os elementos da Tríade de Rigler em aproximadamente 77% dos casos em contraposição aos 15% da radiografia de abdome (LASSANDRO *et al.*, 2004). Ainda assim, é importante observar que a TC ainda não é facilmente acessível em todos os serviços 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. Doko *et al.* (2003) citam uma faixa entre 31%-48%, sendo que, na maioria dos casos, o diagnóstico foi estabelecido durante a cirurgia. A paciente descrita neste trabalho não teve o Íleo biliar diagnosticado no pré-cirúrgico, visto que não apresentava a tríade de Rigler ou outros dados específicos.

Nos casos de obstrução intestinal, o local onde o cálculo se encontra mais freqüentemente impac-

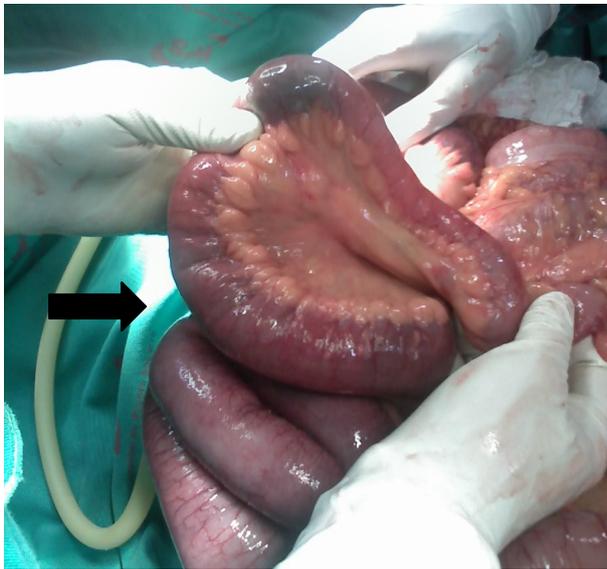


Figura 1 – Imagem obtida durante o ato cirúrgico. Observar a dilatação das alças próximas (seta) quando comparadas com as distais.



Figura 2 – Imagem obtida durante o ato cirúrgico onde se observa cálculo impactado na porção terminal do íleo.



Figura 3 – Cálculo de aproximadamente 4cm retirado após enterotomia.

tado é no íleo terminal, região do delgado, a qual apresenta estreitamento anatômico. Das obstruções intestinais por cálculo biliar, 63,3% ocorrem no íleo, 13,3% no jejuno e 3,3% no duodeno (DOKO *et al.*, 2003). A Síndrome de Bouveret é um quadro em que o cálculo se instala no estômago ou duodeno. É consenso para a maioria dos autores que os cálculos devam possuir pelo menos 2 - 2,5cm para causar obstrução (MASANNAT *et al.*, 2006).

A literatura descreve dois tipos de condutas em relação à cirurgia do 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, além de aumentar o risco de colangite e carcinoma de vesícula biliar.

Estudos relatam uma mortalidade de 16,9% em pacientes que foram submetidos à colecistectomia e correção da fístula num primeiro momento em comparação com 11,7% nos pacientes que foram submetidos somente a enterolitotomia (DOKO *et al.*, 2003). No caso relatado, optou-se por realizar apenas a enterolitotomia, visto que o objetivo principal era promover a desobstrução intestinal e restabelecer o quadro da paciente, procurando evitar um estresse cirúrgico prolongado que pudesse agravar as condições clínicas da paciente.

Por fim, enfatizamos que o pilar do tratamento do IB é a remoção do cálculo para reversão da obstrução intestinal. Não existe, porém, procedimento cirúrgico uniforme em função da baixa incidência desta enfermidade (MASANNAT *et al.*, 2006), tendo já sido descrita a cirurgia aberta, laparoscópica, remoção endoscópica e litotripsia. A ressecção intestinal somente está indicada se houver perfuração ou isquemia de alça (SYME, 1989).

CONCLUSÃO

O Íleo biliar é uma complicação rara da colecistite, que pode cursar com um quadro de obstrução intestinal mecânica que, se não tratada a tempo, pode cursar com altos índices de morbidade e mortalidade. Assim, essa condição deve ser lembrada especialmente em caso de pacientes idosos e do sexo feminino, com quadro de obstrução intestinal.

O conhecimento prévio deste quadro é de grande importância, principalmente em atendimentos de urgência e emergência, pois o tratamento é eminentemente cirúrgico e a incidência de diag-

nóstico no pré-operatório é relativamente pequena. O tipo de tratamento cirúrgico e sua abordagem com colecistectomia e correção das fístulas ou não dependerão de vários fatores, entre eles da experiência do cirurgião, do tipo de suporte oferecido no local de atendimento e, principalmente, do estado geral do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABOU-SAIF, A.; AL-KAWAS, F. H. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. **American journal of gastroenterology**, New York, v. 97, p. 249-254, 2002.
- BALTHAZAR, E. J.; SCHECHTER, L. S. Air in gallbladder: a frequent finding in gallstone ileus. **American journal of roentgenology**, Leesburg, v. 131, p. 219-222, 1978.
- BROWNING, L. E.; TAYLOR, J. D.; CLARK, S. K.; KARANJIA, N. D. Jejunal perforation in gallstone ileus - a case series. **Journal of Medical Case Reports**, London, v. 1, p. 157, 2007.
- CHOU, J. W.; HSU, C. H.; LIAO, K. F.; LAI, H. C.; CHENG, K. S.; PENG, C. Y.; YANG, M. D.; CHEN, Y. F. Gallstone ileus: Report of two cases and review the literature. **World journal of gastroenterology**, Beijing, v. 13, n. 8, p. 1295-1198, 2007.
- CLAVIEN, P. A.; RICHON, J.; BURGAN, S.; ROHNER, A. Gallstone ileus. **British journal of surgery**, Bristol, v.77, p. 737-742, 1990.
- DOKO, M.; ZOVAK, M.; KOPLIJAR, M.; GLAVAN, E.; LJUBICIC, N.; HOCHSTADTER, H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: Preliminary report. **World Journal of Surgery**, Portland, v. 27, p. 400-404, 2003.
- HEATON, K. W.; BRADDON, F. E.; MOUNTFORD, R. A.; HUGHES, A. O.; EMMETT, P. M. Symptomatic and silent gall stones in the community. **Gut**, London, v. 32, n. 3, p. 316-320, 1991.
- LASSANDRO, F.; GAGLIARDI, N.; SCUDERI, M.; PINTO, A.; GATTA, G.; MAZZEO, R. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. **European journal of radiology**, Stuttgart, v. 50, p. 23-29, 2004.
- LOBO, D. N.; JOBLING, J. C.; BALFOUR, T. W. Gallstone ileus: diagnostic pitfalls and therapeutic successes. **Journal of clinical gastroenterology**, New York, v. 30, p. 72-76, 2000.
- MASANNAT, Y.; MASANNAT, Y.; WEI, A. S. Gallstone Ileus: A Review. **Mount Sinai journal of medicine**, New York, v. 73, n. 8, p. 1132- 1134, 2006.
- REISNER, R. M.; COHEN, J. R. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. **American surgeon**, Atlanta, v. 60, n. 6, p. 441-446, 1994.

RIGLER, L.; BORMAN, C.; NOBLE, J. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. **JAMA**, Chicago, v. 117, p. 1753, 1941.

SYME, R. G. Management of gallstone ileus. **Canadian journal of surgery**, Ottawa, v. 32, p. 61-64, 1989.

TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. **Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da moderna prática cirúrgica**. 17 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1621p.

Enviado em 21/05/2008

Aprovado em 26/06/2008