

RELATO DE CASO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ÍLEO BILIAR NA EMERGÊNCIA - RELATO DE CASO EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO EM FORTALEZA

CAMILA MARIA DE ARAÚJO **SILVEIRA**^{1*}; ARON ABIB CASTRO **DE AGUIAR**²; ARTHUR LIMEIRA LIMA **LEITE**³; RAPHAEL FELIPE BEZERRA **DE ARAGÃO**⁴; IZABELLA FURTADO **DE VASCONCELOS**⁵.

- 1 - Médica cirurgia geral graduada pelo Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, Ceará.
 2 - Residente em cirurgia geral do Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, Ceará.
 3 - Médico cirurgião graduado pelo Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, Ceará.
 4 - Médico cirurgião do Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, Ceará.
 5 - Médica residente em Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, Ceará.

Artigo submetido em: 20/09/2022

Artigo aceito em: XX/XX/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: camila_msilveira@hotmail.com.

RESUMO

O íleo biliar é uma condição médica incomum que cursa com obstrução intestinal mecânica. Causado pela impatção de um cálculo biliar no íleo, após sua passagem através de uma fístula colecisto-entérica, é uma patologia rara e de diagnóstico difícil, às vezes identificada apenas durante o ato operatório. Em todos os pacientes, a obstrução intestinal deve ser resolvida com a enterolitotomia, para, então, ser realizado o tratamento definitivo da doença biliar, por meio de colecistectomia e correção da fístula colecisto-entérica. Este artigo tem o objetivo de discorrer sobre esta patologia rara, de tratamento majoritariamente cirúrgico, através de um relato de caso de paciente que foi referenciado para um hospital de atenção secundária.

Palavras-chave: Íleo Biliar; Obstrução Intestinal; Fístula Colecisto-Entérica.

ABSTRACT

Gallstone ileus is an unusual medical condition that determines a mechanical bowel obstruction. Caused by the gallstone impaction in the ileum after its passage through a biliary-enteric fistula, it is a rare disease, difficult to diagnose, sometimes identified only during the surgical procedure. In all patients, the bowel obstruction must be resolved with the enterolithotomy so that the biliary disease can be treated through cholecystectomy and fistula closure. This article aims to discuss this rare pathology, whose treatment is mostly surgical, through a case report of a patient who was referred to a secondary care hospital.

Keywords: Gallstone Ileus; Bowel Obstruction; Biliary-Enteric Fistula.

INTRODUÇÃO

O íleo biliar é uma causa incomum de obstrução intestinal mecânica, causada pela migração de um cálculo da vesícula biliar com subsequente impatção em segmento distal do íleo, ocorrendo em menos de 0,5% dos pacientes com obstrução mecânica do intestino delgado ⁽¹⁾. O cálculo passa do trato biliar para o digestivo através de uma fístula colecisto-entérica, que complica entre 2 a 3% de todos os casos de colelitíase associada a episódios de colecistite ⁽²⁾. Sessenta por cento das vezes, as fístulas são colecisto-duodenais, mas fístulas cole-

cisto-colônicas e colecisto-gástricas também podem resultar em íleo biliar ⁽²⁾.

A formação da fístula que leva a esta condição pode resultar da inflamação peri-colecística após episódios repetidos de colecistite, levando à formação de aderências entre o trato biliar e o digestivo; ou ainda pela pressão do cálculo na parede biliar, provocando necrose e causando sua erosão⁽³⁾.

A colecistite, por sua vez, é definida como a inflamação da vesícula biliar, e pode ser classificada em aguda ou crônica. A colecistite aguda é caracte-

rizada por uma síndrome de dor em quadrante superior direito, associada à febre, leucocitose e inflamação do órgão; enquanto a crônica é a inflamação com infiltração celular crônica do órgão observada em estudo histopatológico. Essa condição é a complicação mais comum da doença biliar, desenvolvendo-se em 6 a 11% dos pacientes com colelitíase sintomática, num intervalo de seguimento de 7 a 11 anos da doença ⁽⁴⁾.

A síndrome de Mirizzi é a obstrução do ducto hepático comum causada pela compressão extrínseca de um cálculo impactado no ducto cístico. Foi observada, ainda, uma associação entre esta síndrome e a presença de fístula colecisto-entérica, uma vez que o mecanismo pode resultar no estreitamento do ducto hepático comum, levando à formação deste trajeto anômalo ⁽⁵⁾, permitindo a passagem do cálculo para o trato digestivo.

É necessário, então, que um cálculo de tamanho suficiente passe pela fístula formada para alcançar o íleo. Noventa por cento das vezes, o cálculo é maior do que 2 centímetros de diâmetro, com uma média de 2,5 centímetros ⁽⁶⁾.

RELATO DE CASO

Paciente H.F.R., 61 anos, sexo masculino, hipertenso, obeso e pré-diabético, buscou assistência médica em uma unidade de pronto atendimento em um bairro da periferia de Fortaleza por apresentar história de dor abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes, associada à grande distensão abdominal, náuseas e vômitos dez dias antes da admissão hospitalar. Relatava ainda internamento prévio (aproximadamente três meses antes da internação atual) por colecistite litíase, quando foi realizado tratamento clínico com antibióticos, enquanto aguardava colecistectomia eletiva.

Em atendimento inicial, foram iniciadas medidas clínicas para obstrução intestinal (dieta oral zero, passagem de sonda nasogástrica calibrosa – deixada em aspiração, além de solicitação de exames laboratoriais e de imagem), quando foi, então, referenciado para o Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura (Frotinha do Antônio Bezerra), uma vez que serviço dispunha de atendimento em cirurgia geral.

Ao chegar ao dito hospital de atenção secundária, o paciente apresentava melhora parcial da dor abdominal, mas permanecia com obstrução intestinal refratária às medidas utilizadas, com persistência da distensão abdominal e do volumoso resíduo gástrico.

Realizara tomografia de abdome com contraste endovenoso em outro serviço com o seguinte laudo (imagem indisponível no momento do atendimento): “vesícula biliar murcha, sendo observado cálculo medindo até 3,0 cm, impactado na fossa ilíaca direita, no interior do intestino delgado, que se encontra distendido à montante, achados sugestivos de íleo biliar. Ausência de dilatação de vias biliares”.

Foi então indicada laparotomia exploradora, tendo sido identificada grande distensão de alças intestinais (desde a câmara gástrica até aproximadamente vinte centímetros da válvula íleo-cecal), onde se palpava nodulação de aproximadamente quatro centímetros de diâmetro, de consistência endurecida, compatível com cálculo, em seu interior (**Figura 1**).

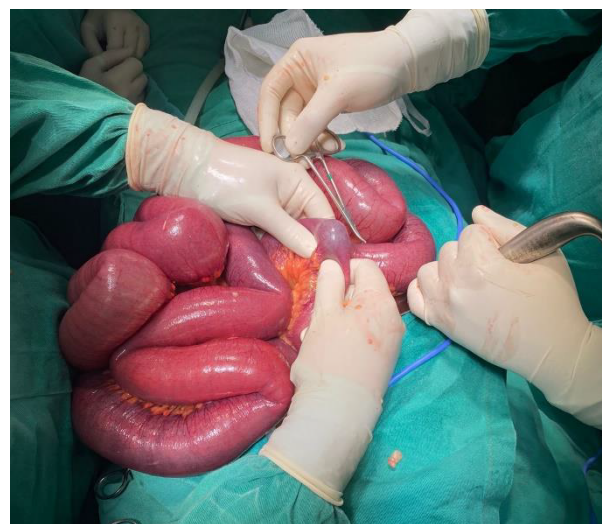


Figura 1. Foto do intra-operatório, evidenciando cálculo biliar em segment de íleo.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Realizada ordenha retrógrada de íleo distal de forma a distanciar o cálculo da válvula íleo-cecal e proceder à enterotomia longitudinal, seguida de sua extração (**Figura 2**). Foi realizada ainda palpação e inspeção de íleo e jejuno, tendo sido encontrados outros cálculos de menor tamanho com subsequente retirada. A seguir, a enterotomia foi rafiada transversalmente com fio de polipropileno 3.0 de forma a tentar evitar estenose do segmento (**Figura 3**).

Em inventário da cavidade, uma vez que o paciente estava hemodinamicamente estável e não teria acesso à colecistectomia eletiva em um futuro próximo, foi optado por exploração da fístula colecistoduodenal para resolução da doença biliar. Durante dissecação local, foi observada vesícula biliar

escleroatrófica e desbloqueio da fístula com subseqüente laceração em transição da primeira para a segunda porção do duodeno (**Figura 4**).



Figura 2. Foto do intra-operatório evidenciando enterotomia na borda antimesentérica, seguida de extração de cálculo impactado.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



Figura 3. Foto do intra-operatório, mostrando fechamento de enterotomia.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Durante a cirurgia, foi discutida a conduta entre os cirurgiões que optaram pela realização de exclusão pilórica: cerclagem gástrica com fechamento do piloro com fio de polipropileno 3.0, seguida de gastroenteroanastomose a aproximadamente sessenta centímetros do ângulo de Treitz (**Figura 5**). A região foi drenada com dreno túbulo-laminar, confeccionado com uma sonda de Foley número 18Fr revestida por dreno penrose nº 3.

Uma vez que o hospital não dispunha de sonda nasoenteral, foi orientado jejum oral para o paciente, mas início precoce de dieta parenteral após punção de acesso venoso central.

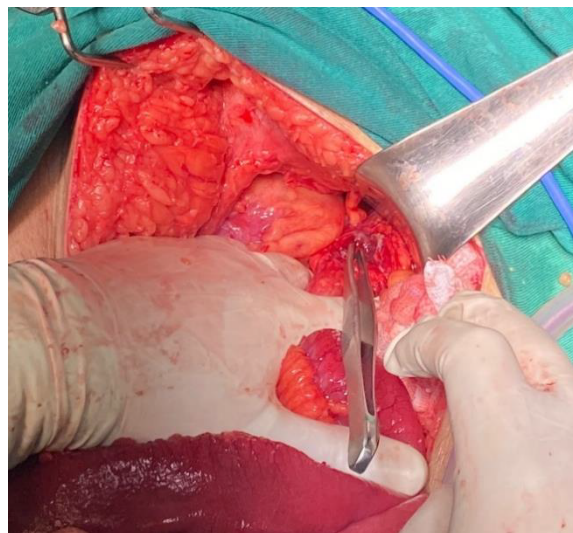


Figura 4. Foto do intra-operatório mostrando desbloqueio da fístula colecisto-duodenal, na transição entre a 1ª e a 2ª porções.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



Figura 5. Foto da confecção da gastroenteroanastomose após cerclagem pilórica.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

DISCUSSÃO

O paciente portador de obstrução intestinal por íleo biliar apresenta-se no serviço de emergência com os sintomas clássicos de abdome agudo obstrutivo, caracterizado por distensão e dor abdominal associada à parada de eliminação de flatos e fezes e vômitos, no entanto, o diagnóstico etiológico apenas após exames de imagem ou mesmo no momento da abordagem cirúrgica.

Nos pacientes em que se suspeita de íleo biliar, o exame radiológico abdominal é necessário para confirmar o diagnóstico, identificar o local de obstrução e possíveis complicações relacionadas.

A tomografia computadorizada de abdome é o exame de escolha para o diagnóstico, uma vez que pode identificar afilamento da parede da vesícula

biliar, pneumobilia, obstrução intestinal com cálculos no interior de uma alça ⁽⁷⁻⁹⁾. Na sua indisponibilidade, a radiografia simples de abdome pode sugerir o diagnóstico quando identifica a tríade de Rigler (pneumobilia, obstrução do intestino delgado e cálculo biliar localizado na fossa ilíaca direita). Outros exames como ultrassonografia de abdome e colecistografia (HIDA scan) também podem ser utilizados para avaliação da doença biliar.

Após o diagnóstico, deve-se decidir pelo tratamento cirúrgico: a resolução do quadro obstrutivo se interpõe nesse momento a qualquer outro procedimento biliar. Dessa forma, a enterolitotomia (enterotomia com remoção do cálculo) deve ser priorizada em todos os pacientes diagnosticados com íleo biliar. Pacientes de baixo risco podem ser submetidos à correção da doença biliar em um mesmo momento, ao contrário de pacientes de alto risco (ASA III ou IV, que apresentam instabilidade hemodinâmica ou com processo inflamatório intenso associado a múltiplas aderências).

Em uma primeira etapa, após a identificação do ponto de obstrução ileal, é realizada a dissecação longitudinal da alça junto à borda antimesentérica para que o cálculo seja extraído, realizando em seguida seu fechamento transversal, a fim de evitar estenose residual.

A seguir, deve-se prosseguir com a avaliação da doença biliar. Paciente de risco elevado como os citados anteriormente podem ser submetidos apenas à resolução do quadro obstrutivo e seguidos clinicamente para acompanhamento da resolução ou persistência ou recorrência dos sintomas ^(10,11), uma vez que as fístulas podem fechar espontaneamente ⁽¹¹⁾. Já o paciente com risco baixo (ASA I ou II) pode ser submetido à correção da doença biliar no mesmo tempo cirúrgico da laparotomia para resolução da obstrução intestinal. Dessa forma, após a enterolitotomia, pode-se prosseguir com colecistectomia e fechamento da fístula biliar ^(12,13).

No caso do paciente atendido em serviço secundário ao qual se refere esse artigo, foi optada pela cirurgia em tempo único, uma vez que ele se enquadrava na classificação ASA II e estava hemodinamicamente estável, sem previsão de abordagem cirúrgica da doença biliar em um segundo momento, haja vista a dificuldade de acesso a serviço de cirurgia com a brevidade que ele necessitaria.

CONCLUSÃO

O íleo biliar é uma causa incomum de obstrução intestinal e de difícil diagnóstico, uma vez

que é pouco conhecido ou mesmo lembrado. Para tratá-lo, é preciso conhecer suas características clínicas e métodos para diagnosticá-lo.

Ao definir o perfil hemodinâmico e a classificação ASA na qual o paciente se enquadra, podemos realizar a cirurgia mais apropriada, seja ela apenas a resolução da urgência (abdome agudo obstrutivo), ou a associação com o procedimento biliar definitivo.

REFERÊNCIAS

1. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg* 2014; 259:329.
2. Van Hillo M, van der Vliet JA, Wiggers T, et al. Gallstone obstruction of the intestine: an analysis of ten patients and a review of the literature. *Surgery* 1987; 101:273.
3. Despland M, Clavien PA, Mentha G, Rohner A. Gallstone ileus and bowel perforation after endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:886.
4. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg* 1993; 165:399.
5. Mirizzi PL. Syndrome del conducto hepatico. *J Int Chir* 1948; 8:7315.
6. Deitz DM, Standage BA, Pinson CW, et al. Improving the outcome in gallstone ileus. *Am J Surg* 1986; 151:572.
7. Seal EC, Creagh MF, Finch PJ. Gallstone ileus: a new role for abdominal computed tomography. *Postgrad Med J* 1995; 71:313.
8. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004; 50:23.
9. Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 185:1159.
10. Tan YM, Wong WK, Ooi LL. A comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J* 2004; 45:69.
11. Doko M, Zovak M, Kopljarić M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27:400.
12. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007; 31:1292.
13. Rodríguez-Sanjuán JC, Casado F, Fernández MJ, et al. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg* 1997; 84:634.