

## Abdome agudo obstrutivo secundário a íleo biliar - relato de caso

### Acute abdominal obstructive secondary biliary ileum - case report

MARCELA BORASCHI MARÇAL<sup>1</sup>, LUCIANA MARIA PIRES DOS SANTOS<sup>2</sup>, ALEXANDRE VENÂNCIO DE SOUSA<sup>3</sup>

#### RESUMO

O íleo biliar (IB) 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 menos de 3% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica e apresenta maior incidência em pacientes com mais de 65 anos de idade, representando até 25% dos casos de obstrução intestinal mecânica nestes. 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 artigo abaixo apresenta o caso de uma paciente de 74 anos, com íleo biliar, que foi cirurgicamente tratada por uma laparotomia exploradora, na qual foi realizada a retirada de cálculo em jejuno (enterotomia). Não foram realizados os procedimentos de colecistectomia e correção de fístula colecistoduodenal em um primeiro momento.

**Unitermos:** Íleo Biliar, Obstrução Intestinal.

#### SUMMARY

Biliary ileus (IB) is a rare complication of cholecystitis due to an abnormal communication between the biliary tract and the digestive tract which allows the migration of a large gallstone to the enteric light. It accounts for less than 3% of all cases of intestinal obstruction and it has a higher incidence in patients over 65 years of age, representing up to 25% of the cases in this age group. IB if not treated in time, can have high rates of morbidity and mortality. Prior knowledge of this pathology is of great importance, especially in urgent and emergency care because the treatment is mainly surgical and the incidence of preoperative diagnosis is relatively low. The following article presents the case of a patient with 74 years of age with biliary ileus, which was surgically treated by performing a laparotomy, in which removal of calculus was performed in the jejunum through an enterotomy. Nor laparoscopic procedures neither correction of the colecistoduodenal fistula were performed.

**Keyword:** biliary ileus, intestinal obstruction

**1-2.** Alunas de graduação do 6º ano da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ). **3.** Professor Coordenador do Internato da Disciplina de Cirurgia Geral da FMJ. **Endereço para correspondência:** Rua Jorge Gebran, 94 - Parque do Colégio - Jundiaí - SP - Cep: 13209-140/**e-mail:** ma\_boraschi@yahoo.com.br. **Enviado em:** 07/04/2014. **Aprovado em:** 12/062014.

## INTRODUÇÃO

Apesar de incomum e de evolução favorável, a colelitíase secundária à cólica biliar é uma entidade que requer atenção visto que, quando não tratada, as complicações são frequentes e proporcionam sérios riscos à saúde do indivíduo acometido, como perfuração e consequente peritonite, fístula colecistoentérica (duodeno ou jejuno) e íleo biliar. Diante desta possibilidade é imprescindível o rápido diagnóstico e conduta adequada<sup>1</sup>.

O íleo biliar é uma entidade rara, que acomete em menos de 0,5% dos pacientes com colelitíase, afetando pacientes idosos que normalmente apresentam outras comorbidades<sup>1,2</sup>. É responsável por 1% a 4% das obstruções intestinais, no entanto pode ocasionar 25% das obstruções intestinais não estranguladas em pacientes maiores de 65 anos e são mais comuns em sujeitos com patologia biliar prévia<sup>3,4</sup>.

A patologia foi descrita primeiramente por Thomas Bartholin, em 1654, em uma autópsia. E o primeiro caso descrito de obstrução data de 1932 por Henry Humbert Turner. É causado pela impactação de um cálculo biliar volumoso no íleo, da zona pilórica ao duodeno (1 a 3%), após passagem por meio de uma fístula colecistoentérica, originada de um episódio de colecistite aguda com necrose e perfuração da vesícula biliar para uma víscera adjacente. Este quadro ocasiona a obstrução intestinal mecânica e consequente abdome agudo perforativo, geralmente no ílio terminal<sup>2,3,4</sup>.

As manifestações clínicas são variáveis e dependem do local de obstrução, incluindo sintomas de náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal que podem preceder de queixas biliares<sup>4</sup>. O diagnóstico muitas vezes é tardio e difícil, já que os sintomas podem ser intermitentes e as investigações não conseguem apontar a causa da obstrução; no entanto, a tomada de decisão é fundamental para reverter o quadro e, assim, poder diminuir a taxa de mortalidade em torno de 18 - 21%<sup>2,3</sup>.

O estudo da imagem é fundamental no diagnóstico e deve ser realizado precocemente quando houver suspeita. O diagnóstico é feito pela tomografia computadorizada, com a Tríade de Rigler, que envolve: presença de pneumobilia, obstrução biliar do intestino delgado e impactação do cálculo, comumente no íleo terminal. A base do tratamento envolve a remoção do cálculo<sup>5</sup>.

## OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso não muito comum de abdome agudo obstrutivo causado pela migração de um cálculo biliar. Devemos sempre lembrar desta possi-

bilidade em abdome agudo obstrutivo em pacientes que são portadores de colecistopatia calculosa.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Relato de caso raro pautado em revisão bibliográfica do tema a partir de pesquisa nas bases de dados Scielo e PubMed.

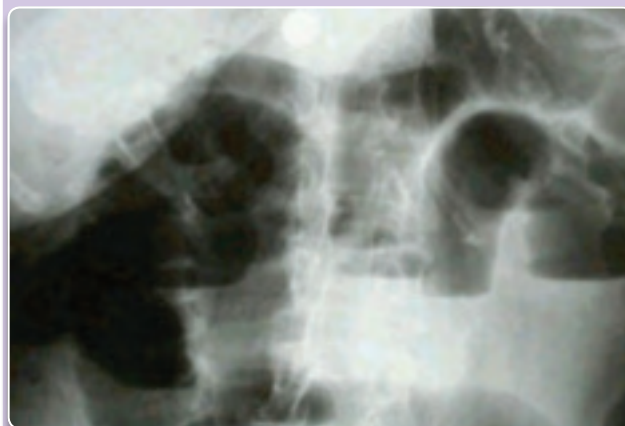
## RELATO DO CASO

Mulher branca, 74 anos, procurou atendimento no serviço de emergência por apresentar história de dor abdominal em cólica em hipocôndrio direito há dez horas, com irradiação para região epigástrica e hipocôndrio esquerdo. Refere tontura, três episódios de vômitos (de grande quantidade, amarelado, precedido por náuseas, de saber amargo), obstipação intestinal e acolia fecal. Apresenta antecedentes médicos de litíase vesicular, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* tipo 2. Refere ter realizado uma cirurgia prévia para correção de fratura de fêmur há 15 anos.

Na avaliação da admissão, paciente apresentava-se desidratada, discretamente hipocorada, ictérica +/4+ eupnéica, taicárdica e normotensa. Abdome doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, região epigástrica e hipocôndrio esquerdo, ruídos hidroaéreos presentes e normais e descompressão brusca negativa.

Nos exames complementares, a radiografia de abdome evidenciou distensão e níveis hidroaéreos em alças do intestino delgado (figura 1) e o raio - x de tórax não apresentava alterações. Na endoscopia digestiva alta, visualiza-se cálculo biliar de 2,0 cm de diâmetro em duodeno, não sendo possível a passagem para porções distais.

**Figura 1. Radiografia de abdome, evidenciando distensão de alças intestinais.**



**Figura 2. Procedimento cirúrgico com exteriorização.**

Foi realizada tomografia de abdome superior com contraste e cortes axiais de 10 mm de espessura, que evidenciou sinais sugestivos de fístula biliar caracterizado por imagem de cálculo na luz do duodeno (imagem arredondada, hipotenuante, circunscrita na luz da 1ª porção do duodeno que pode corresponder a cálculo, margeada por contraste administrado por via oral) e aerobilia.

Após avaliação dos exames teve diagnóstico de fístula vesícula-duodenal com migração de cálculo e íleo biliar, sendo realizada laparotomia exploradora (figura 2). Durante a cirurgia foi evidenciada dilatação de alça de jejuno há 35 cm do ângulo de Treitz, sem sinais de sofrimento de alça.

**Figura 3. Cálculo biliar de 2 cm de diâmetro, endurecido, de alça de delgado distendida com presença do cálculo. Esverdeado, com formato e molde de alça de delgado.**

Procedeu-se à enterotomia com a retirada de um cálculo com aproximadamente 2 cm de diâmetro, endurecido, esverdeado, com formato e molde da alça de delgado (figura 3). A enterorrafia foi realizada em dois planos, fechamento da aponeurose e da pele.

A paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mantendo-se o esquema antibiótico perioperatório com metronidazol e ceftriaxona, evoluindo com anúria e piora da função renal, necessitando de sonda vesical de demora e sonda nasogástrica. Além disso, evoluiu para hemodiálise no segundo dia pós-operatório (9º dia de internação hospitalar).

Paciente necessitou de nutrição parenteral total e no sexto dia pós-operatório (13º dia de internação hospitalar), foi introduzida dieta oral líquida. Recebeu alta da UTI no 15º dia de internação hospitalar, com completa recuperação do quadro.

## DISCUSSÃO

A doença calculosa biliar é uma condição com elevada prevalência, podendo atingir aproximadamente 10% dos indivíduos em algumas populações<sup>6</sup>. As complicações mais frequentes 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<sup>7</sup>. Apesar de ser uma complicação rara e devido à elevada prevalência das doenças biliares e à gravidade que essa enfermidade pode gerar, seu adequado reconhecimento é importante.

A radiografia de abdome é diagnosticada em menos da metade dos casos<sup>8</sup> e pode demonstrar obstrução intestinal mecânica, pneumobilia e cálculo ectópico na luz intestinal, caracterizando a clássica Tríade de Rigler<sup>9</sup>. 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<sup>10</sup>.

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 radio-

grafia de abdome<sup>11</sup>. 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*<sup>12</sup> 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 frequentemente impactado é no íleo terminal, região do delgado, a qual apresenta estreitamento anatômico. Das obstruções intestinais por cálculo biliar, 84% ocorrem no íleo, 9% no jejuno e 3,3% no duodeno<sup>12</sup>.

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 - 2,5 cm para causar obstrução<sup>13</sup>. 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 à enterolitotomia<sup>12</sup>.

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<sup>13</sup>, 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<sup>14</sup>.

## 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 diagnóstico no pré-operatório é relativamente pequena. O tratamento consiste na correção dos desequilíbrios hidroeletrólíticos ou nos distúrbios associados, antibioticoterapia e cirurgia. Há controvérsia entre os que advogam a simples enterolitotomia (com abordagem da doença biliar em um segundo tempo) e os que defendem a enterolitotomia associada à correção da fístula e da doença biliar (cirurgia em um tempo). A conduta deve adaptar-se às circunstâncias de cada caso.

## REFERÊNCIAS

1. Zakko SF, Afdha NH. Acute cholecystitis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. UpToDate; Sep. 2013; Acessado em : 7/01/14; Disponível em: [http://fmj.br/aluno/verifica\\_UpToDate.asp](http://fmj.br/aluno/verifica_UpToDate.asp).
2. Keaveny AP, Afdhal NH, Bowers S. Gallstone ileus. UpToDate, Jul.2013; Acessado em: 7/01/14; Disponível em: [http://fmj.br/aluno/verifica\\_UpToDate.asp](http://fmj.br/aluno/verifica_UpToDate.asp).
3. Maldonado ON, Mendoza LMB, Nava JCR, Torres LG. Íleo biliar. Cir Ciruj 2005;73:443-448.
4. Fraga JBP, Schröder e Souza TG, Nascimento ACR, Moraes EO, Vieira FJ. Íleo Biliar - Relato de Caso. HU Revista, Juiz de Fora, abr./jun. 2008; 34(2); 141-145.
5. Loizides S, Reese GE. Gallstone ileus. International Medicine Journal; March 2010; Acessado em:05/09/2013. Disponível em: [www.researchgate.net/.../9fcfd4fae1e55a2f2b.pdf](http://www.researchgate.net/.../9fcfd4fae1e55a2f2b.pdf); doi:10.1111/j.1445-5994.2011.02552.x.
6. Heaton, K. W., et al. Symptomatic and silent gall stones in the community. Gut, London, v. 32, n. 3, p. 316-320,1991.
7. 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.
8. Clavien, P. A.; Richon, J.; Burgan, S.; Rohner, A. Gallstone ileus. British journal of surgery, Bristol, v.77, p. 737-742, 1990.
9. Rigler, L.; Borman, C.; Noble, J. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. JAMA, Chicago, v. 117, p. 1753, 1941.
10. Chou, J. W.; et al.. Gallstone ileus: Report of two cases and review the literature. World journal of gastroenterology, Beijing, v. 13, n. 8, p. 1295-1198, 2007.
11. Lassandro, F.; et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. European journal of radiology, Stuttgart, v. 50, p. 23-29, 2004.
12. Doko, M.; et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: Preliminary report. World Journal of Surgery, Portland, v. 27, p. 400-404, 2003.
13. Masannat, Y.; Wei, A. S. Gallstone Ileus: A Review. Mount Sinai journal of medicine, New York, v. 73, n. 8, p. 1132- 1134, 2006.
14. Syme, R. G. Management of gallstone ileus. Canadian journal of surgery, Ottawa, v. 32, p. 61-64, 1989.