

ÍLEO BILIAR COLÔNICO

COLONIC GALLSTONE ILEUS

João Batista Cardoso, TCBC-SP¹
Omar Féres, TCBC-SP¹
José Ivan de Andrade, TCBC-SP²

INTRODUÇÃO

O íleo biliar foi descrito pela primeira vez por Bartholin, em 1654, como um achado de necrópsia,¹ estimando-se que seja responsável por 2% a 3% dos casos de obstrução intestinal.² Nesse contexto, a oclusão colônica representaria 2% a 8% dos casos de íleo biliar,² o que a torna uma entidade raríssima, que apresenta dificuldades em seu diagnóstico e motiva discussões a respeito de seu tratamento.

O objetivo deste artigo é relatar dois casos de íleo biliar colônico atendidos em nosso serviço.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 64 anos, com litíase vesicular diagnosticada há dois anos e atendida por dor abdominal tipo cólica com três dias de duração, associada a náuseas, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes e distensão abdominal. Operada por abdome agudo obstrutivo, durante a cirurgia verificou-se a presença de cálculo de 5,5cm x 4,0cm, impactado no sigmóide, o qual foi mobilizado até o ceco e retirado por enterotomia. Havia um bloqueio envolvendo o ângulo hepático do cólon e a vesícula, que não foi abordado, sendo aventada a hipótese de uma fístula colecistocolônica. Evoluiu com sepse, insuficiência renal e óbito.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 80 anos, atendida com história de diarreia há três dias, com várias evacuações ao dia, sendo as fezes semilíquidas, sem sangue, muco ou pus. Tratada com o diagnóstico de infecção intestinal com jejum e hidratação parenteral, apresentou no terceiro dia de tratamento dor abdominal tipo cólica, em mesogástrio, acompanhada de distensão abdominal, e duvidosa dor à descom-

pressão súbita. A rotina radiológica para abdome agudo mostrou imagens radiopacas em projeção de vesícula biliar e cólon sigmóide (Figura 1-A), e a incidência em decúbito lateral esquerdo com raios horizontais evidenciou pneumoperitônio (Figura 1-B).

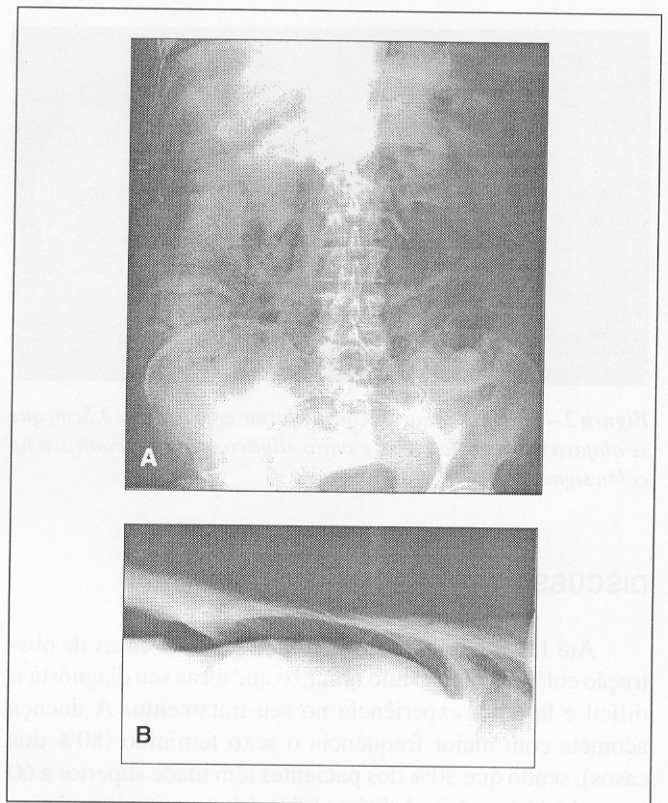


Figura 1-A: RX simples de abdome evidenciando cálculos em projeção de vesícula biliar. **1-B:** RX simples de abdome em decúbito lateral esquerdo e raios horizontais evidenciando pneumoperitônio

1. Médico Assistente do Serviço de Cirurgia da Unidade de Emergência do HC – FMRPUSP.

2. Professor Doutor do Departamento de Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia da FMRPUSP. Coordenador do Serviço de Cirurgia da Unidade de Emergência do HC – FMRPUSP.

Recebido em 28/10/98

Aceito para publicação em 14/6/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HC – FMRPUSP.

Operada com o diagnóstico de abdome agudo por perfuração de víscera oca, no ato operatório constatou-se perfuração cecal decorrente de isquemia por obstrução do sigmóide por cálculo biliar com cerca de 3,0cm x 2,0cm de diâmetro (Figura 2) e peritonite generalizada.

A paciente foi submetida a colectomia subtotal com ileostomia e fístula mucosa. Durante a mobilização do cólon desfez-se inadvertidamente a fístula colecistoduodenal, o que determinou a realização da colecistectomia e rafia duodenal. A vesícula albergava cálculo único medindo cerca de 6,0cm x 3,5cm de diâmetro, que praticamente ocupava toda sua luz (Figura 2).

A paciente evoluiu com sepse, instabilidade hemodinâmica e óbito.

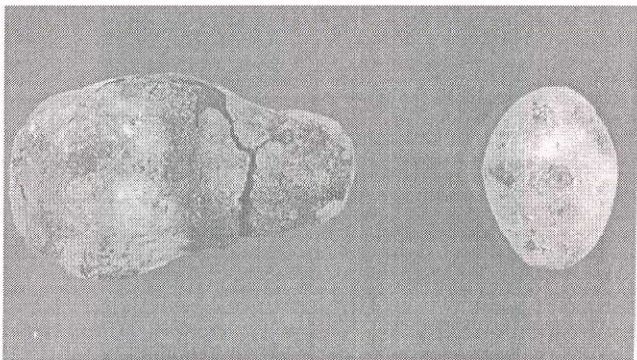


Figura 2 – Cálculos biliares. Um piriforme com 6,0cm x 3,5cm, que se alojava na vesícula biliar; e outro elíptico, que se encontrava no cólon sigmóide

DISCUSSÃO

Até 1986, haviam sido descritos sessenta casos de obstrução colônica por cálculo biliar,³ o que torna seu diagnóstico difícil e limita a experiência no seu tratamento. A doença acomete com maior frequência o sexo feminino (80% dos casos), sendo que 50% dos pacientes têm idade superior a 60 anos e história prévia de litíase biliar.² A suspeita diagnóstica deve ser levantada em pacientes obesas, portadoras de litíase vesicular e quadro de oclusão intestinal.⁴ A obstrução habitualmente é determinada pela impactação do cálculo em local

de subestenose colônica secundária a doença diverticular dos cólons.³

Nos casos apresentados, as pacientes eram do sexo feminino, maiores de 60 anos e uma delas sabia ser portadora de litíase vesicular, mas não há referência a doença diverticular.

O diagnóstico radiológico baseia-se nos critérios clássicos estabelecidos por Borman e Riegler, subsidiado nos seguintes achados:

- Presença de ar ou contraste nas vias biliares;
- Identificação direta ou indireta do cálculo no intestino;
- Alteração na posição de um cálculo previamente identificado;
- Sinais radiológicos de oclusão parcial ou total da luz intestinal.

O diagnóstico, em ambos os casos, só foi feito durante o ato operatório embora uma das pacientes apresentasse ao exame radiológico imagem de cálculo no sigmóide. Destacava-se em seu quadro clínico a peritonite associada a pneumoperitônio, uma vez que o cálculo, além da obstrução, havia determinado isquemia e perfuração do ceco, impondo a ressecção colônica.

Os cálculos vesiculares migram para o cólon através de fístulas colecistoduodenais ou colecistocólicas, o que ocorreu em cada uma das pacientes.

Essas lesões formam-se quando um surto de colecistite aguda determina a formação de aderências entre a vesícula e as vísceras adjacentes seguida de perfuração.²

O tratamento ideal tem suscitado discussões e ainda não está definido. Alguns autores recomendam apenas a enterolitotomia, ponderando que habitualmente se trata de pacientes idosos, em mau estado geral e com doenças associadas. Nessa situação, a colecistectomia e rafia duodenal prolongariam o tempo cirúrgico, aumentando conseqüentemente a morbidez.³

Os que advogam a correção da fístula no mesmo ato operatório argumentam que essa conduta evitaria recidiva da obstrução por cálculo (que ocorre em 5% dos casos), surtos de colangite e degeneração maligna da vesícula biliar.²

Nos casos apresentados, em um a fístula foi abordada e no outro, não. Essa pequena casuística não permite preconizarmos a conduta ideal. Acreditamos que o tratamento concomitante da fístula deva ser ponderado no momento operatório considerando-se a situação clínica do paciente, a experiência do cirurgião e a disponibilidade de recursos em seu ambiente de trabalho.

ABSTRACT

Colonic obstruction is a very rare complication of gallstone disease. We describe two cases of colonic obstruction by gallstone in old age women, in which the final diagnosis was made on surgery. In one it was found a cholecystocolic fistula and a stone impacted in the sigmoid colon which was milked until the cecum, where it was removed through a cecolithotomy. In the other there was a cholecystoduodenal fistula, the stone was impacted in the sigmoid colon and in association there

was a colonic necrosis, treated by colectomy, ileostomy and mucous fistula. During colonic mobilization a colecystoduodenal fistula was exposed, making necessary to perform a cholecystectomy and fistula repair. Both patients died in sepsis.

Key Words: Colonic gallstone ileus; Gallstone; Biliary enteric fistula; Diagnosis; Therapy; Case report.

REFERÊNCIAS

1. Rayford TS – Intestinal obstruction caused by gallstones. *Am J Surg* 1962;102:383-394.
2. Fisher WE, Holden Cr, Salt WB – Gallstone obstruction of the colon. Through treatment prevents serious complications. *Postgrad Med* 1992;249-251.
3. Phillips DE, Doran J – Obstruction of the colon by a giant gallstone. *Br J Hosp Med* 1986;36:444.
4. Day EA, Marks C – Gallstone ileus. Review of the literature and presentation of thirty-four new cases. *Am J Surg* 1975;129:552-558.
5. Borman CN, Riegler LG – Spontaneous internal biliary fistula and gallstone obstruction with particular reference to the roentgenologic diagnosis. *Surgery* 1937;1:349

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. João Batista Cardoso
 Rua dos Trabalhadores, 926
 14870-000 – Jaboticabal – SP
 E-mail: jobaca.jal@netsite.com.br