

Ileo biliar – uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar

Gallstone ileus – a complication of biliary disease

Samuel Guimarães*
José Custódio de Moura*
Adhemar Monteiro Pacheco Jr*
Rodrigo Altenfelder Silva*

Resumo

O íleo biliar representa de 1 a 4% dos casos de obstrução intestinal mecânica e decorre da impação de cálculos biliares na luz intestinal. Relatamos o caso de uma paciente portadora de cálculo da vesícula assintomática, que apresentou este tipo de complicação e necessitou tratamento cirúrgico de urgência, discutindo a etiopatogenia, aspectos diagnósticos e terapêuticos dessa afecção. O diagnóstico baseou-se na anamnese, exame físico e exames complementares, particularmente nos exames de imagem. Foi realizada laparotomia exploradora com enterotomia e retirada do cálculo e enterorrafia, sem manipulação da vesícula ou da fístula bilio-enterica. Evoluiu no pós-operatório com complicações respiratórias, necessitando ventilação mecânica e acabou falecendo no vigésimo pós-operatório. Concluimos que a doença calculosa vesicular pode provocar o aparecimento de complicações graves e de tratamento cirúrgico de urgência, razão pela qual devemos pensar na indicação da colecistectomia eletiva, particularmente em doentes sintomáticos e com risco cirúrgico baixo, independentemente da idade.

Palavras-chave: Cálculos Biliares. Íleo. Colecistectomia. Obstrução Intestinal. Laparotomia. Colelitíase.

Abstract

Gallstone ileus is a rare complication of biliary disease (0.3-0.5%), representing 1 - 4% from the mechanical bowel obstruction, because of its impaction into bowel lumen after a biliary enteric fistula. We report a 88 year-old female patient who presented asymptomatic biliary disease with this complication and needed urgent surgery, discussing the risks and the rates of morbidity/mortality associated with this kind of treatment. The diagnosis was based on clinical features, plain abdominal X ray, abdominal TC, laboratory exams and intestinal transit. An exploratory laparoscopy was performed and the biliar stone was removed from the small bowel. Enterotomy and enterorrhaphy were made, without

* Equipe de Cirurgia de Urgência do Hospital e Maternidade São Cristóvão
São Paulo, SP, Brasil

cholecystectomy. The postoperative period had respiratory complications, sepsis, developing in to death in the 20th post-operative day. We concluded that biliary disease can have severe complications, and for this reason we agree with those who performed the elective cholecystectomy in patients with low surgical risks, independently of their ages.

Key words: Gallstones. Ileum. Cholecystectomy. Intestinal Obstruction. Laparotomy.

INTRODUÇÃO

A doença calculosa da vesícula biliar é uma das afecções de tratamento cirúrgico mais frequente. Sua incidência está relacionada à progressão da idade. Assim, a prevalência global de 9,0% chega a 21,0% na população de 60 a 69 anos e mais de 30% nos indivíduos acima de 70 anos.¹⁻⁴

Na maioria dos casos, a doença calculosa é assintomática,^{1,5,6} sendo diagnosticada acidentalmente durante exame de imagem (ultrassonografia ou tomografia abdominal). No entanto, na evolução da doença, cerca de 2% dos doentes ao ano se tornam sintomáticos ou apresentam algum tipo de complicação,⁷ dentre as quais a colecistite aguda, a pancreatite aguda biliar e a coledocolitíase são as mais comuns. Em alguns casos pode haver formação de uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, com passagem dos cálculos para o trato digestivo. Dependendo do tamanho do cálculo, poderá ocorrer obstrução intestinal, devido à impactação do mesmo num segmento intestinal (em geral na válvula íleo-cecal), condição essa denominada ílio biliar.^{4,8,9}

Relatamos um caso de uma paciente portadora de cálculo da vesícula, assintomática, que apresentou quadro de obstrução intestinal por íleo biliar e necessitou de cirurgia de urgência, discutindo os riscos e as taxas de morbi/mortalidade associados a este tipo de complicação.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 88 anos, admitida no Pronto-Socorro do Hospital e Maternidade São Cristóvão com queixa de distensão e dor abdominal tipo cólica associado a náuseas, vômitos e febre há três dias.

Ao exame físico mostrava-se desidratada, taquipneica e taquicárdica. A palpação do abdome apresentava dor difusa, com timpanismo à percussão, sem sinais de irritação peritoneal.

Com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo, foi iniciado tratamento clínico (hidratação e decompressão gástrica) e realizado raio-X de abdome (em pé e deitado), que mostrou distensão de alças de delgado com níveis hidroaéreos. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose sem desvio e alterações dos níveis de uréia e creatinina.

Na sequência da investigação, realizamos tomografia de abdome, que mostrou aerobilia, distensão da câmara gástrica e de alças de intestino delgado, com redução abrupta do calibre na região do mesogástrico (Figura 1). Posteriormente, solicitamos o trânsito intestinal, que evidenciou presença de contraste nas vias biliares e na vesícula, caracterizando a existência de uma fístula biliar com o duodeno e imagem de falha de enchimento arredondada em região da transição jejuno-ileal compatível com íleo biliar (Figura 2).

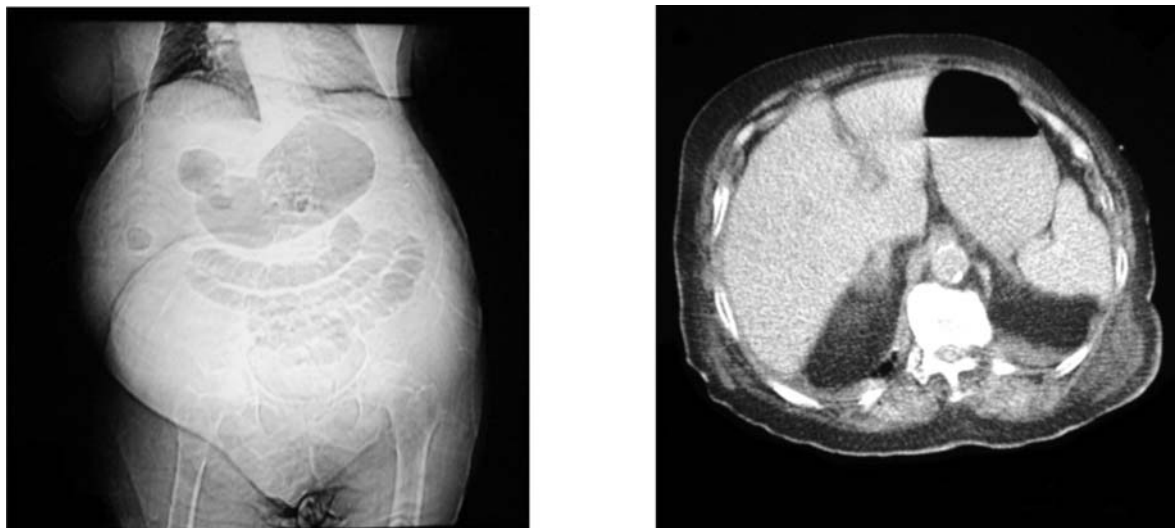


Figura 1 - Corte tomográfico evidenciando distensão gástrica e de alças de intestino delgado no escanograma (esquerda) e aerobilia (direita).

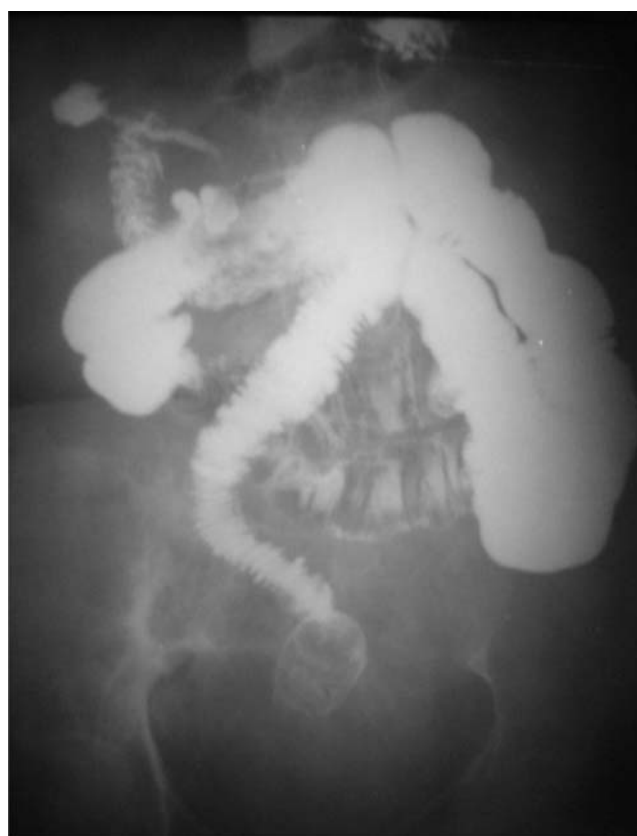


Figura 2 - Transito intestinal evidenciando distensão de alças de delgado e imagem de cálculo radiopaco (após 5 horas).

A doente foi submetida a laparotomia exploradora, que evidenciou obstrução de intestino delgado devido a cálculo biliar de cerca de 5 cm de diâmetro, a aproximadamente 1,5 metros do ângulo de Treitz, além de um bloqueio ao redor da vesícula biliar. Optou-se pela realização de enterotomia com retirada do cálculo e enterorrafia, sem manipulação da vesícula.

A doente permaneceu no pós-operatório em UTI sob ventilação mecânica e por permanência prolongada no respirador, e também necessitou traqueostomia. Foram realizadas sessões de hemodiálise devido à insuficiência renal, e por complicações respiratórias acabou desenvolvendo sepse, falecendo no vigésimo pós-operatório.

DISCUSSÃO

O íleo biliar foi descrito pela primeira vez por Bartholin em 1654,¹⁰ e ocorre em 0,3% a 0,5% dos portadores de cálculos na vesícula. É a causa de 1% a 4% das obstruções intestinais. Em aproximadamente 25% dos casos, acomete pacientes acima de 65 anos⁸ e a maioria dos doentes é portadora de doença calculosa biliar assintomática.

A passagem do cálculo para a luz intestinal decorre de uma fístula entre a vesícula biliar e um segmento do trato digestório,⁹ com posterior impactação. A fístula se faz, em mais de 70% dos casos, com o duodeno, porém pode estar localizada no estômago, jejuno ou colon.¹¹ O local mais freqüente de impactação do cálculo é o íleo terminal (válvula íleo-cecal), por ser a porção mais estreita do intestino delgado.^{8,11,12}

O diagnóstico etiológico do íleo biliar raramente é feito no pré-operatório. Em geral é feito o diagnóstico de obstrução intestinal (completa ou sub-oclusão), só sendo suscitado do íleo biliar na presença de aerobilia e da imagem sugestiva de cálculo de grandes proporções aos exames de imagem.

O raio-X de abdome pode mostrar ar na topografia da vesícula e via biliar (aerobilia), sinais de obstrução intestinal parcial ou completa e a localização de um cálculo radio-opaco em local aberrante.^{8,13,14}

A tomografia abdominal pode orientar o diagnóstico se caracterizar aerobilia (sensibilidade de 50%) e cálculo impactado (20%), e o estudo contrastado do tubo digestivo pode mostrar fístula bilio-digestiva e localizar o cálculo no segmento do delgado.¹⁴

O tratamento cirúrgico envolve a enterotomia e remoção do cálculo.^{4,8} Quando existe processo inflamatório intenso na topografia da vesícula biliar, é mais prudente não se abordar a região, devido ao risco de lesões iatrogênicas graves. Se houver processo inflamatório agudo importante, deve ser realizado colecistectomia e correção da fístula.⁹

Concluimos que a doença calculosa vesicular pode provocar o aparecimento de complicações graves, razão pela qual devemos pensar na indicação da colecistectomia eletiva, particularmente em doentes sintomáticos e com risco cirúrgico baixo, independentemente da idade.

REFERÊNCIAS

1. Rêgo REC, et al. Tratamento cirúrgico da litíase vesicular no idoso: análise dos resultados imediatos da colecistectomia por via aberta e videolaparoscópica. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3): 293-9.
2. Behrman SW, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population. *Am Surg* 1996; 62: 386-90.
3. Magnuson TH, et al. Laparoscopic cholecystectomy: applicability in the geriatric population. *Am Surg* 1997; 63(1): 91-6.
4. Osvaldt AB, et al, organizadores. Rotinas em cirurgia digestiva. Porto Alegre: Artmed; 2005. 519 p.
5. Filho IJ. Tratamento cirúrgico da colecistite crônica. In: Petroianu A. *Terapêutica cirúrgica*. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001: 321-47.
6. González González JJ, et al. Litiasis biliar en pacientes mayores de 80 años: cirugía o tratamiento conservador? *Rev Esp Enferm Dig* 1997; 89: 196-200.
7. Franco D, Roudie J. Gallstones and their complications. *Rev Prat* 2000 dec; 50(19): 2117-22.
8. Weiss RG, et al. Íleo biliar: relato de seis casos e revisão da literatura. *Ver Assoc Med Rio Grande do Sul* 2001 jan./jun; 45(1,2): 88-90.
9. Godoy AQ, Tacla Jr O, Godoy ARS. Íleo biliar: enterolitotomia videoassistida. *Rev Col Bras Cir* 2000; 27(6): 425-6.
10. Martin F. Intestinal obstruction due to gallstones: with report of three successful cases. *Ann Surg* 1912 may; 55(5): 725-43.
11. Rodriguez-Sanjuan JC, et al. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg* 1997 may; 84(5): 634-7.
12. Kosorok P. Bouveret's Syndrome (Gallstone ileus): a minefield. *Br J Clin Pract* 1996 jan./feb; 50(1): 59-60.
13. Oikarinen H, et al. Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus. *Acta radiol* 1996; 37(6): 917-22.
14. Schutte H, et al. Gallstone ileus. *Hepatogastroenterology* 1992; 39: 562-5.

Recebido: 18/9/2008

Revisado: 21/9/2009

Aprovado: 29/9/2009

