

ÍLEO BILIAR: ENTEROLITOTOMIA VIDEOASSISTIDA

GALLSTONE ILEUS: VIDEOASSISTED ENTEROLITHOTOMY

Álvaro Queiroz de Godoy, TCBC-PR¹

Oscar Tacla Junior²

André Reichert da Silva Godoy³

INTRODUÇÃO

O íleo biliar, descrito pela primeira vez por Bartholin em 1654, representa de 1 a 4 % de todos os casos de obstrução intestinal mecânica. Ocorre em consequência de uma fístula interna entre algum ponto do sistema biliar (geralmente vesícula) com o tubo digestivo (geralmente o duodeno) ¹.

O íleo biliar se desenvolve em 0,3 a 0,5 % dos portadores de cálculos. Como habitualmente acontece em pacientes idosos a mortalidade é elevada (até 17 %) ¹ que pode ser atenuada através de um diagnóstico precoce e conduta adequada. Este artigo tem o objetivo de apresentar uma opção terapêutica pouco agressiva, adotada pelos autores em um paciente.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 81 anos, já com diagnóstico prévio de colecistopatia litíase, atendido em caráter de urgência com cólicas, distensão e vômitos.

O padrão radiológico abdominal era de obstrução e a ultra-sonografia demonstrou vesícula biliar pequena sem cálculos estando a via biliar principal normal. Foi submetido à videolaparoscopia que evidenciou bloqueio no hipocôndrio direito, distensão de alças e obstrução de jejuno por cálculo de aproximadamente 3,5 x 2,5cm. O método empregado permitiu a orientação para minilaparotomia no flanco esquerdo, exteriorização da alça e enterotomia para retirada do cálculo. A evolução pós-operatória foi boa tendo ocorrido a alta hospitalar no quinto dia.

DISCUSSÃO

O mecanismo de formação das fistulas internas é decorrente de processos inflamatórios, geralmente da vesícula, provocados por cálculos impactados no infundíbulo². A obstrução mais freqüente é no nível do delgado

(jejuno ou íleo) e, raramente, do colon ³. É rara a obstrução do bulbo duodenal (síndrome de Bouveret) ⁴. O tamanho dos cálculos varia de 1,9 a 3,5cm. O diagnóstico pré-operatório é feito em apenas 50 a 60 % dos casos ¹. Clinicamente há sinais de obstrução intestinal ⁵. Radiologicamente a clássica tríade de Riegler (obstrução do intestino delgado, cálculos biliares ectópicos e ar na árvore biliar) auxilia muito no diagnóstico. A ultra-sonografia e a tomografia computadorizada também podem contribuir evidenciando ou não cálculos na vesícula biliar, distensão de alças com líquido no interior, ar nas vias biliares, presença de cálculo biliar à distância e dilatação ou cálculos na via biliar principal. Quando a obstrução é no nível do duodeno ou do cólon os exames endoscópicos poderão ser úteis para diagnóstico e tratamento permitindo a retirada dos cálculos. Exames radiológicos contrastados poderão ser utilizados com ressalvas ³. Em relação ao tratamento há controvérsias sobre a melhor conduta. O tratamento pode ser feito de três maneiras ²: enterolitotomia exclusiva ou deslocamento do cálculo para o cólon com ou sem fragmentação, cirurgia em duas etapas realizando-se inicialmente a enterolitotomia seguida de colecistectomia e fechamento da fístula três a quatro semanas depois e, finalmente, tratamento completo em etapa única. Considerando que a enterolitotomia isolada pode permitir consequências negativas a médio e longo prazos, como repetição do quadro obstrutivo, colecistite, colangite, carcinoma da vesícula biliar ou má absorção associada à fístula biliodigestiva, somente deve ser realizada em pacientes com risco operatório elevado. A cirurgia completa em etapa única tem mortalidade mais elevada. A cirurgia em duas etapas implica os transtornos de duas operações. A enterolitotomia isolada videoassistida permitiu, neste caso, a resolução do quadro, o que, eventualmente, pode representar mais uma vantagem da videolaparoscopia, especialmente nos doentes de alto risco cirúrgico. No entanto deve-se ressaltar que trata-se de um procedimento que não é isento de riscos e deve estar reservado a casos

1. Cirurgião do Aparelho Digestivo do Hospital Evangélico, Santa Casa de Misericórdia e Gastrocentro de Londrina - PR
2. Gastroenterologista do Hospital Evangélico, Santa Casa de Misericórdia e Gastrocentro de Londrina - PR
3. Acadêmico da Faculdade de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos - Teresópolis - RJ

Recebido em 7/12/1999

Aceito para publicação em 29/5/2000

Trabalho realizado no Gastrocentro de Londrina-PR

rigorosamente selecionados. Há que se considerar também que em situações semelhantes onde a distensão de alças for muito acentuada é mais seguro realizar o pneumoperitônio por via aberta. Também é possível que em alguns casos a identificação do cálculo possa oferecer maior dificuldade exigindo exploração de segmentos mais longos do

intestino delgado. Outro aspecto importante é que o procedimento poderá ser realizado exclusivamente por videolaparoscopia com sutura da alça e apenas abertura adicional da parede para retirada do cálculo. Sem a videolaparoscopia tanto o diagnóstico de certeza como o tratamento certamente exigiriam uma laparotomia mais extensa com seus possíveis inconvenientes.

ABSTRACT

Treatment, morbidity and mortality of patients with gallstone ileus depend on an accurate diagnosis made in time, and also on a more adequate therapeutic option. A detailed clinical evaluation is fundamental for such diagnosis. Complementary exams like a simple radiological study of the abdomen, high and low endoscopies, an ultrasonography, and a tomography can also be performed. The therapeutic options include the removal of the obstructive factor separately, the performance of a treatment in two separate stages, or the performance of a complete treatment (removal of the calculus, cholecystectomy, and the closing of the fistula). This study aims to present a case report of an elderly man of high surgical risk, presenting gallstone ileus. He was submitted to an isolated videoassisted enterolithotomy through a minilaparotomy. Taking into consideration the patient's advanced age and the lack of evidence as to other biliary associated pathologies, the chosen treatment seemed to be a good alternative. The evolution was good, and after an 8 month follow-up the patient was found well and with no biliary symptoms whatsoever.

Key Words: *Gallstone Ileus; Biliary enteric fistula; Diagnosis; Therapy.*

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez-Sanjuan JC, Casado F, Fernandez MJ et al. — *Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus.* Br J Surg 1997 ; 84 (5) : 634 - 637.
2. Schumacher G, Keck H, Neuhaus P. — *Die cholecystoduodenale Fistel mit nachfolgendem Gallensteinileus: Fallbeschreibung eines ungewöhnlichen Verlaufs.* Zentralbl Chir Leipzig 1996; 121 (5) : 408-411.
3. Pérez-Morera A, Pérez-Díaz D, Calvo Serrano M, et al. — *Obstrucción aguda de colon secundaria a litiasis biliar.* Rev Esp Enf Digest 1996; 88 (11): 805-808.
4. Kosorok P — *Bouveret's Syndrome (Gallstone ileus) — a minefield.* Br J Clin Pract 1996; 50 (1): 59-60.
5. Oikarinen H, Päivänsalo M, Tikkakoski T, Saarela A — *Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus.* Acta Radiologica 1996; 37 (6) : 917-922.

Endereço para Correspondência:
Dr. Álvaro Queiroz de Godoy
Av. Bandeirantes, 324
86010-010 - Londrina – PR