

Abdome Agudo obstrutivo por Íleo Biliar: Relato de caso

Obstructive Acute Abdomen by Gallstone Ileus: Case report

Jéssica de Souza Fontes^{†*}, Ingrid de Oliveira Farias[†], Humberto José Portella Garcia[‡], Maria Cristina Almeida de Souza[‡], Lucineide Martins de Oliveira Maia[‡]

Como citar esse artigo. Fontes, J.S.; Farias, I.O.; Garcia, H.J.P.; de Souza, M.C.A.; Maia, L.M.O. Abdome Agudo obstrutivo por Íleo Biliar: Relato de caso. Revista de Saúde. 2019 Jan./Jun.; 10 (1): 32-37.

Resumo

O íleo biliar é uma complicação atípica e rara da colelitíase, responsável por 1-4% dos casos de obstrução abdominal mecânica. É decorrente da impação de um cálculo litisiáco no trato gastrointestinal, resultando em um quadro de obstrução intestinal, que, se não tratada a tempo, pode apresentar elevados índices de morbimortalidade. A taxa de óbito por íleo biliar é de 20%. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de uma paciente de 64 anos que apresentou quadro de abdome agudo obstrutivo, que após tratamento cirúrgico com realização de enterolitotomia, foi diagnosticado como íleo biliar. O trabalho visa, ainda, evidenciar a importância do conhecimento prévio dessa rara patologia, visto que a taxa de diagnóstico pré-operatório é moderadamente baixa e o tratamento é eminentemente cirúrgico. Desta forma, pode-se concluir que o íleo biliar é um dos diagnósticos diferenciais em quadros de abdome agudo obstrutivo, que se não tratado adequadamente em tempo hábil, pode levar a alta morbimortalidade, em função das comorbidades associadas.

Palavras-chave: Colelitíase; Enterectomia; Lapatoromia exploratória; Obstrução intestinal.

Abstract

Biliary ileus is an atypical and rare complication of biliary lithiasis, responsible for 1-4% of mechanical intestinal obstruction cases. It is caused by the impaction of a gallstone in the gastrointestinal tract, resulting in obstruction which, if not treated in time, may cause high morbidity and mortality. The mortality rate of biliary ileus is 20%. The aim of the author is reports the case of a 64-year-old female with bowel obstruction which, after surgical treatment with enterolithotomy, was diagnosed as biliary ileus. The purpose of this paper is to assert the importance of prior knowledge of this rare pathology, considering that the rate of preoperative diagnosis is moderately low and the treatment is eminently surgical. In conclusion, biliary ileus should be considered as one of the main differential diagnosis in acute obstructive abdomen in view of the high morbidity and mortality rate associated with its comorbidities when not properly treated.

Keywords: Cholelithiasis; Enterectomy; Intestinal obstruction; Laparotomy.

Introdução

O íleo biliar é uma complicação atípica e rara da colelitíase, que representa de 1-4% dos quadros de obstrução intestinal mecânica. Apresenta-se predominantemente no sexo feminino, com pico de incidência entre 65 a 75 anos, sendo que nos pacientes acima de 65 anos, é responsável por 25% das obstruções não estranguladas do intestino¹⁻³. A taxa de óbito de íleo biliar corresponde a aproximadamente 20% dos casos, principalmente nos pacientes idosos, por apresentarem complicações cardíacas ou pulmonares durante avaliação pré-operatória, ou em decorrência das más condições gerais desses pacientes na ocasião

da laparotomia exploratória de emergência⁴.

É decorrente de uma obstrução mecânica provocada por um cálculo originado na vesícula biliar, que através de uma fístula colecistoentérica migra para o duodeno, gerando uma posterior obstrução do íleo. Essas fístulas podem ser formadas devido ao processo inflamatório da vesícula ou devido à necrose por pressão, e são mais comumente encontradas em pacientes idosos, acima de 65 anos^{1,5}.

Os sinais e sintomas iniciais podem ser vagos, podendo apresentar dor constante ou simples desconforto episódico, nos casos em que a obstrução do trato intestinal pelo cálculo se faz de forma intermitentemente. Com a evolução do quadro, os pacientes irão apresentar evidências clínicas de abdome agudo obstrutivo, com

Afiliação dos autores: † Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Discente do curso de Medicina

‡ Universidade de Vassouras, Pró-Reitoria de Ciências Médicas, Docente do curso de Medicina

* Email de correspondência: jessicasfontes16@hotmail.com

dor e distensão abdominal, associados a náuseas, vômitos e constipação^{3,5,6}.

Abdome agudo é um quadro definido por sinais e sintomas de dor e sensibilidade abdominal, que embora possa apresentar causa não cirúrgica, em geral, requer intervenção cirúrgica de emergência, por isso é necessário uma avaliação completa e rápida para determinar se há necessidade de tratamento cirúrgico⁷. Apesar da dor ser a principal característica do quadro de abdome agudo, ela pode se manifesta de formas variadas, caracterizando diferentes síndromes dentro do abdome agudo, que pode ser inflamatório, obstrutivo, perfurativo, isquêmico ou vascular. Sendo assim, deve ser realizada uma cuidadosa avaliação acerca da localização, modo de início, progressão e característica do processo algico a fim de propor uma lista preliminar de diagnósticos diferenciais^{8,9}.

O íleo biliar possui um difícil diagnóstico, sendo normalmente definido apenas o diagnóstico sindrômico de abdome obstrução intestinal, tendo a confirmação do diagnóstico de íleo biliar em 50% dos casos somente durante a laparotomia exploratória¹⁻³. Na avaliação dos diagnósticos diferenciais, é importante descartar história prévia de cirurgia ou presença de hérnia, que são causas comuns de obstrução intestinal^{3,5}.

O tratamento indicado consiste na realização de laparotomia ou laparoscopia de emergência e enterolitotomia na região em que se encontra a obstrução. Deve ser feita a inspeção do intestinal proximal à

procura de outros cálculos que possam levar a uma recidiva, pois em aproximadamente 10% dos pacientes os cálculos são múltiplos. O tratamento cirúrgico da fístula bilioentérica só deve ser realizado em pacientes saudáveis^{4,5}.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de íleo biliar e evidenciar a importância do conhecimento prévio dessa rara patologia, visto que a realização de diagnóstico pré-operatório é moderadamente baixa e o tratamento é eminentemente cirúrgico.

Relato de caso

Mulher, parda, 64 anos de idade, do lar, hipertensa e portadora de injúria renal aguda, procurou atendimento de emergência no Hospital Universitário de Vassouras (HUV) no dia 22 de outubro de 2017. Como queixa, relatou quadro de dor abdominal difusa iniciado há cinco dias da consulta inicial, após ter feito alimentação rica em gordura, associado a náusea, vômito e parada da eliminação de fezes e flatos. Relata ter feito uso de bromoprida e dipirona em casa, porém sem melhora dos sintomas.

Na avaliação da admissão, a paciente apresentava-se hidratada, discretamente hipocorada, normotensa (110 x 80mmHg), eucárdica (78 bpm), eupneica (16 irpm) e afebril (36 °C), queixando-se de astenia, cólica difusa, queimação em orofaringe e eructação. Ao exame

Tabela 1. Resultados dos exames laboratoriais da paciente

	Resultados pré-cirúrgicos	Primeiro dia de pós-operatório	Terceiro dia de pós-operatório	Quinto dia de pós-operatório	Sétimo dia de pós-operatório
Glicose (mg/dL)	80	67	191	110	93
Ureia (mg/dL)	200	183	81	24	19
Creatinina (mg/dL)	4,4	3,4	1,3	0,8	0,7
Sódio (mEq/L)	135	140	153	155	136
Potássio (mEq/L)	3,3	3,1	3,6	3,5	3,3
Hemoglobina (g/dL)	14,8	11,0	11,5	10,1	9,6
Hematócrito (%)	40	34	35	32	29
Leucócitos totais (cel./mm ³)	5160	5340	13740	14360	12860
- Bastões (%)	64	64	28	17	8
- Segmentados (%)	20	19	53	72	77

físico foi constatado abdome globoso, distendido, difusamente doloroso a palpação, timpânico, com redução da peristalse, sem visceromegalias e sem sinais de irritação peritoneal.

Foram solicitados exames de rotina de abdome agudo e exames laboratoriais, que estão apresentados na Tabela 1. Com diagnóstico inicial de abdome agudo,

a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico, após reposição volêmica e introdução de sonda nasogástrica (SNG) e sonda vesical de demora (SVD), para realização de laparotomia exploratória com acesso mediano xifopúbiano, sob anestesia geral e antibioticoprofilaxia com ceftriaxona 1g intra venoso (IV) e metronidazol 500 mg IV.



Figura 1. Cálculo obstruindo a luz do íleo. Fonte: Arquivo pessoal, 2017.



Figura 2. Enterectomia. Fonte: Arquivo pessoal, 2017.



Figura 3. Cálculo medindo 4,8 x 3,4 cm. Fonte: Arquivo pessoal, 2017.

Durante a exploração cirúrgica foi evidenciado presença de cálculo obstruindo o íleo a dois metros da válvula ileocecal (Figura 1) e processo aderencial envolvendo a vesícula biliar, o fígado e a primeira porção do duodeno. Foi realizado enterectomia (Figura 2), com retirada do cálculo de aproximadamente 4 cm (Figura 3), e anastomose íleo-íleal termino-terminal. Não tendo sido realizado correção cirúrgica da fístula bilioentérica.

A paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), acoplada à ventilação mecânica e necessitando de fisioterapia respiratória, sendo extubada no terceiro dia de pós-operatório. Foi realizada nutrição parenteral e SNG em sifonagem até o oitavo dia de pós-operatório, quando recebeu alta para enfermaria. Durante esse período foi mantida antibioticoterapia com ceftriaxona 2g IV uma vez ao dia e metronidazol 500 mg IV de oito em oito horas.

Na enfermaria, paciente evoluiu com melhora do quadro, recebendo alta no décimo terceiro dia de pós-operatório, seguindo com acompanhamento ambulatorial. Dez dias após a alta hospitalar, foi feita a retirada por pontos da ferida operatória, e solicitado retorno com histopatológico, que apresentou como resultado: ileíte aguda com necrose transmural.

Discussão

A dor abdominal é o principal sintoma do abdome agudo e pode ser dividida em componentes viscerais e parietais. Nas paredes das vísceras ocas e nas cápsulas dos órgãos maciços estão presentes fibras C aferentes, responsáveis pela sensibilidade visceral, que diferente da dor cutânea, são desencadeadas pela inflamação,

distensão e isquemia. Em contrapartida, a dor parietal é mediada por fibras nervosas delta C e A, sendo esta responsável por uma dor de caráter mais agudo e mais bem localizada^{7,8}. No caso relatado, a paciente apresentou abdome distendido e queixa de dor abdominal difusa há cinco dias, sinais indicativos de dor abdominal de tipo visceral.

O abdome agudo apresenta outros sintomas associados à dor, que quando presentes são importantes para o diagnóstico diferencial, tais como náuseas, vômitos, constipação, diarreia, prurido, melena, hematoquezia ou hematúria. Por exemplo, vômitos podem ocorrer na vigência de obstrução intestinal mecânica, contudo são encontrados associados à dor abdominal grave. A constipação também pode ocorrer como resultado de obstrução mecânica, ou na vigência de redução do peristaltismo. Já a diarreia, é encontrada em diversas causas de abdome agudo, como enterite infecciosa, contaminação parasitária e doença intestinal inflamatória⁷. Dentro dos sintomas associados sugestivos de abdome agudo obstrutivo, identifica-se na paciente principalmente a presença de náusea, vômitos e constipação há cinco dias.

Baseado no raciocínio clínico, o abdome agudo pode ser dividido em inflamatório, perfurativo, vascular, hemorrágico e obstrutivo. No inflamatório, a dor apresenta início insidioso e se agrava com tempo, nele ocorre manifestação sistêmica, como febre e taquicardia. No perfurativo, a dor é súbita e intensa, apresentando defesa abdominal e irritação peritoneal, pois há derrame do conteúdo de víscera oca no peritônio. No vascular a dor é difusa e mal definida, sendo as causas mais comuns a embolia e trombose mesentérica, com isquemia intestinal. No hemorrágico, a dor é intensa, apresentando rigidez abdominal e dor à descompressão, associado a sinais de hipovolemia, como hipotensão,

taquicardia, palidez e sudorese fria⁹.

Por sua vez, o abdome agudo obstrutivo apresenta dor em cólica, associada a náuseas, vômitos, distensão abdominal e parada da eliminação de gases e fezes. Normalmente é decorrente de oclusão mecânica, que pode ocorrer devido a presença de aderências, hérnias, neoplasias, corpos estranhos e cálculos, entre outros⁹. Através desse conhecimento prévio e de uma adequada análise dos sinais e sintomas apresentados pela paciente, é possível classificar o tipo de abdome agudo e dessa forma, definir os possíveis diagnósticos diferenciais, a fim de realizar a melhor conduta.

A obstrução mecânica pode ser total ou parcial, simples ou com estrangulamento, e gera uma barreira física que impede a progressão do conteúdo intestinal. A obstrução simples oclui apenas a luz, enquanto a obstrução com estrangulamento gera uma alteração no suprimento sanguíneo, podendo levar a necrose da parede intestinal¹⁰. Quando não identificada e tratada em tempo hábil, uma obstrução simples ou parcial pode progredir para uma obstrução total com estrangulamento, levando à injúria da parede intestinal e sua consequente necrose, o que leva a um pior prognóstico, elevando as taxas de mortalidade¹⁰.

As causas de uma obstrução do intestino delgado podem ser divididas em três categorias: Obstrução decorrente de causas extraluminais, como as aderências, hérnias, carcinomas e abscessos; Obstruções intrínsecas à parede intestinal, causadas por tumores primários; Obstrução obturadora intraluminal, devido a oclusão da luz intestinal por cálculos biliares, enterólitos, corpos estranhos e bezoares¹¹. O caso apresentado nesse trabalho apresenta então uma obstrução do tipo obturadora intraluminal, uma vez que foi causado pela impactação de um cálculo de origem litíase.

Litíase biliar está presente em até 10% da população ocidental, contudo somente 20% a 30% dos pacientes são sintomáticos, e complicações são raras nos assintomáticos. As complicações mais comuns são colecistite, pancreatite e colangite, no entanto, complicações como, fistulas biliares (internas e externas), síndrome de Mirizzi e íleo biliar são achados incomuns na prática clínica, graças ao tratamento precoce da litíase sintomática. A literatura mostra que em apenas 0,5% dos casos de colecistite irá ocorrer íleo biliar^{1,12}.

A vesícula biliar pode sofrer uma inflamação substancial, quando na presença de um volumoso cálculo, e, eventualmente, fistulizar para a luz do duodeno¹. Após sua passagem por essa fistula bilioentérica cerca de 50-70% dos cálculos impactam no íleo, uma vez que este é o segmento intestinal mais estreito. As fistulas são em 60% a 80% dos casos do tipo colecistoduodenal, mas também pode ser colecistocolônica, colecistogástrica, colecistocoledociana ou coledocoduodenal^{3,12,13}. Durante o ato cirúrgico foi evidenciado processo aderencial

envolvendo a vesícula biliar, o fígado e a primeira porção do duodeno, o que indica a provável presença de uma fistula colecistoduodenal.

As radiografias auxiliam no diagnóstico pré-operatório. Evidências de níveis hidroaéreos e dilatação das alças intestinais, são sinais sugestivos de obstrução do intestino delgado. Embora o cálculo possa não ser identificado em aproximadamente 40% dos casos, uma cuidadosa avaliação da radiografia poderá mostrar sinais de gás na árvore biliar (pneumobilia), o que sugere a presença de fistula colecistoentérica³⁻⁵. A literatura relata que para causar obstrução, os cálculos devem apresentar pelo menos 2,0 a 2,5cm¹, sendo que no presente caso o cálculo possuía 4,8x3,4cm (Figura 3).

O íleo biliar é caracterizado pela tríade de Rigler, composta por obstrução intestinal mecânica, pneumobilia e imagem de cálculo ectópico na luz do intestino. A tomografia computadorizada possibilita a identificação do cálculo ectópico e da pneumobilia em 77% dos casos, enquanto a radiográfica de abdome o faz em apenas 15%. Contudo, raramente é feito diagnóstico etiológico de íleo biliar no pré-operatório, sendo 50% dos casos confirmados somente durante a laparotomia exploratória, assim como ocorreu neste caso relatado^{1-3,6}.

Seu tratamento é cirúrgico e pode ser conduzido de duas formas: 1) tratamento da obstrução intestinal através de enterolitotomia, sem realização de colecistectomia ou correção da fistula bilioentérica, visando retirar o paciente do quadro agudo no menor tempo cirúrgico possível; 2) tratamento da obstrução intestinal, através de enterolitotomia, associado à colecistectomia e correção da fistula bilioentérica em um mesmo procedimento cirúrgico, visando evitar recidivas do íleo biliar e outras complicações da litíase biliar¹⁴⁻¹⁶.

Os defensores da segunda opção afirmam que, embora a enterolitotomia resolva a obstrução intestinal, o paciente permanece susceptível a colelitíase e as suas complicações, apresentando risco de uma nova obstrução devido aos cálculos remanescentes e aumento do risco de desenvolver câncer na vesícula biliar.¹⁵ Por outro lado, há aqueles que afirmam que diante de uma severa inflamação da vesícula, associado à elevada presença de aderências e principalmente ao quadro clínico comprometido de pacientes idosos, deve-se realizar apenas a enterolitotomia, deixando a abordagem da fistula e a colecistectomia para um segundo momento, pois a redução do tempo cirúrgico diminui a taxa de morbimortalidade¹⁴⁻¹⁶.

A literatura apresenta o manejo do íleo biliar de forma controversa. Embora a principal conduta seja a cirurgia convencional, novas abordagens têm sido implemetadas, tais como a correção da obstrução por videolaparoscopia e por litotripsia. Contudo, ainda há poucos casos dessas novas abordagens relatados

para que se chegue a uma conclusão. O principal questionamento ainda consiste no tempo cirúrgico e na correção ou não da fístula bilioentérica diante do quadro agudo de obstrução¹⁴⁻¹⁶

Estudos relatam uma taxa mortalidade de 11,7% nos pacientes que foram submetidos somente à enterolitotomia, em comparação com 16,9% naqueles que realizaram a colecistectomia e correção da fístula num primeiro momento. Cerca de 10% dos pacientes submetidos apenas a enterolitotomia precisaram de nova intervenção cirúrgica devido aos sintomas das vias biliares identificado no acompanhamento pós-operatório^{1,14,15,17}. Estudos recentes apresentaram um decréscimo na morbimortalidade do íleo biliar, principalmente em decorrência do uso de antibioticoprofilaxia e aos avanços do manuseio perioperatório nas unidades de tratamento intensivo³

Portanto, a base do tratamento do íleo biliar é a remoção do cálculo para reversão do quadro agudo de obstrução intestinal, associado à correção dos desequilíbrios hidroeletrólíticos e demais distúrbios. A decisão em realizar de colecistectomia e correção da fístula na mesma cirurgia deve ser baseada no risco e benefício do procedimento diante do quadro de cada paciente, sendo reservada para aqueles com maior expectativa de vida e sem comorbidades^{14,17}. Devido à idade e as comorbidades apresentadas pela paciente relatada, o caso foi conduzido com enterolitotomia sem a realização de colecistectomia ou abordagem da fístula.

Considerações finais

Deste modo, conclui-se que o íleo biliar é uma rara complicação da colelitíase em que uma fístula bilioentérica permite a passagem do cálculo litiásico para a luz do intestino, que irá impactar no íleo levando a um quadro agudo de obstrução intestinal. Conhecer esta complicação torna-se importante, portanto, principalmente, no atendimento de emergência, para realização de diagnósticos diferenciais nos casos de abdome agudo obstrutivo, sobretudo nos pacientes idosos e do sexo feminino, pois se não tratado adequadamente em tempo hábil, pode levar a alta morbimortalidade, em função das comorbidades associadas. O tratamento consiste principalmente na cirurgia para correção da obstrução, através da enterolitotomia, associado a antibioticoprofilaxia e a medidas de suporte clínico. Há controvérsias quanto à realização da correção da fístula e da colecistectomia em um único tempo cirúrgico, contudo a conduta deve ser sempre baseada no risco benefício para o paciente.

Referências

1. Fraga JBP et al. Íleo Biliar – Relato de Caso. HU Revista. 2008 abr./jun.; 34(2):141-5.
2. Guimarães S et al. Íleo biliar – uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2010; 13(1):159-63.
3. Weiss T et al. Íleo Biliar: relato de seis casos e revisão da literatura. Revista AMRIGS, 2001 jan.-jun.; 45 (1,2):88-90.
4. Doherty GM. Vias Biliares. In Cirurgia Diagnóstico & Tratamento. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.508-32.
5. Jackson PG, Evans SRT. Sistema Biliar. In: Townsend C et al. Sabiston Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. v.2, p.1476-514.
6. Brunelli AC et al. Íleo Biliar: relato de caso. Arquivos Médicos dos Hospitais e Faculdades de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo. 2015; 60:32-4.
7. Squires RA, Postier RG. Abdome Agudo. In: Townsend C et al. Sabiston Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Rio de Janeiro. Saunders. Elsevier. 2014. Vol. 2, p. 1141-59.
8. Doherty GM. Abdome Agudo. In: Cirurgia Diagnóstico & Tratamento. 13.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. P422-33.
9. Feres O, Parra RS. Abdômen agudo. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP. 2008; 41(4):430-6.
10. Shelton AA, Chang GJ, Welton ML. Intestino Delgado. In: Doherty GM. Cirurgia Diagnóstico & Tratamento. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.578-601.
11. McKenzie S, Evers BM. Intestino Delgado. In: Townsend C et al. Sabiston Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Rio de Janeiro. Saunders. Elsevier. 2014. Vol. 2, p. 1227-78.
12. Kalil AN, Vizzotto MD, Castria TB. Cirurgia das Afecções Benignas da Vesícula e das Vias Biliares. In: Petriouan Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. São Paulo: Atheneu; 2010. p.509-23.
13. Santos LRA, Oliveira KDR, Mascarenhas BB. Íleo Biliar: Relato de Caso. Revista Médica Minas Gerais. 2016; 26:e-1809.
14. Marçal MB, Santos LMP, Souza AV. Abdome agudo obstrutivo secundário a íleo biliar - relato de caso. GED Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva. 2014; 33(4):141-4.
15. Ravikumar R, Williams JG. The operative management of gallstone ileus. The Royal College of Surgeons of England. 2010; 92:279-81.
16. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA et al. Abdome agudo por obstrução por ileobiliar. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2013; 40(4):275-80.
17. Ramos DM et al. Gallstone ileus: management options and resultson a series of 40 patients. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2009; 101(2):117-24.