

Íleo Biliar - uma rara complicação da colecistolitíase

Euller Cristian Pinto¹, Júlia Paes da Rosa¹, Diego Fernandes Martinez Palma¹, Maíra do Patrocínio Padilha¹, Felipe David Mendonça Chaim², Maija Fabiana Ramos Pereira³, Eduardo Iwanaga Leão⁴

¹ Discentes – Escola Paulista de Medicina (EPM/UNIFESP); ² Médico Assistente Cirurgião Geral – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); ³ Médica Assistente Cirurgiã Geral - Escola Paulista de Medicina (EPM/UNIFESP); ⁴ Médico Assistente do Departamento de Cirurgia do Tórax – Escola Paulista de Medicina (EPM/UNIFESP)

INTRODUÇÃO

A colecistolitíase é uma das enfermidades mais comuns para o cirurgião geral, com prevalência de 5-25% na população¹. Grande parte dos casos é assintomática², com diagnóstico acidental em exame de imagem. Entretanto, 2% dos portadores tornam-se sintomáticos ao ano³, de modo que a colecistite aguda, pancreatite aguda biliar e coledocolitíase são as complicações mais frequentes. Cerca de 0,5% dos portadores de colecistolitíase desenvolvem fístula entre a vesícula e o trato gastrointestinal, com consequente obstrução, sendo consagrado o termo íleo biliar, pelo fato do local mais frequente de obstrução ser o íleo terminal (60-85% dos casos), mas podendo impactar no sigmóide (4%)⁴ ou duodeno, levando à síndrome de Bouveret⁵.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 67 anos, hipertensa e com história três angioplastias por doença coronariana. Procurou o pronto socorro por quadro de abdome agudo obstrutivo. Realizada tomografia computadorizada de abdome, constatando-se imagem radiopaca de aproximadamente 12 centímetros (cm) na topografia das alças jejunais, distensão de alças de delgado a montante.

TRATAMENTO

Submetida à laparotomia exploratória, identificando intensa aderência em hipocôndrio direito. Ponto de obstrução a cerca de 150 cm do ângulo de Treitz, sendo realizado enterotomia e extração de cálculo de aproximadamente 12 cm, seguido de enterorrafia. Optou-se pela abordagem da vesícula biliar no mesmo tempo cirúrgico com correção da fístula entre o infundíbulo e duodeno e drenagem da cavidade. Paciente evoluiu no pós-operatório com necessidade de suporte em terapia intensiva por 10 dias, necessidade de nutrição parenteral e apresentando fístula biliar, resolvida após a realização de papilotomia por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Apresenta-se em seguimento ambulatorial.

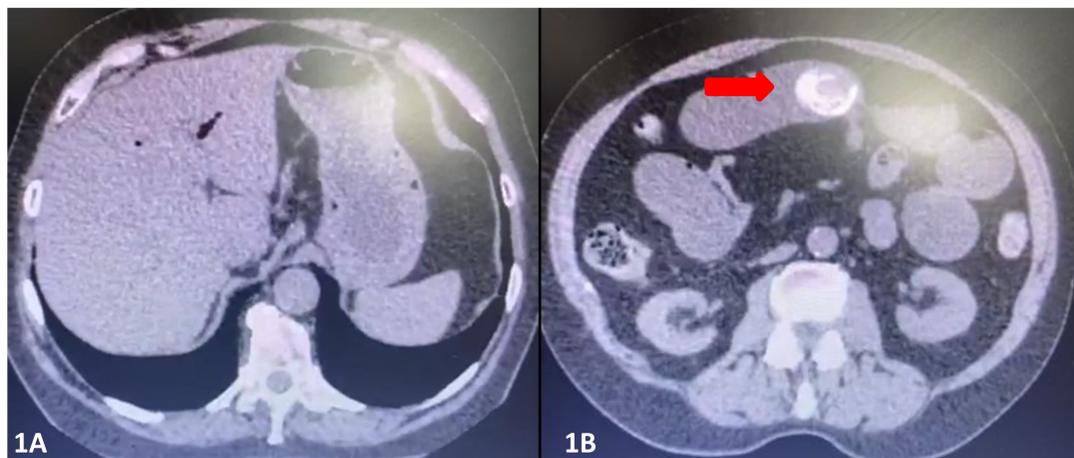


Figura 1A - Tomografia computadorizada de abdome com aerobilia

Figura 1B - Tomografia computadorizada de abdome com achado radiopaco de 12 cm (seta)

DISCUSSÃO

Por acometer em até 25% dos casos pacientes idosos, com comorbidades, associado ao diagnóstico tardio, a mortalidade do íleo biliar é de 12-27%⁴. Além de ser uma complicação incomum da colecistolitíase, o íleo biliar também é infrequente no abdome agudo obstrutivo, respondendo por 1-4% das obstruções intestinais. Assim, sua hipótese não costuma ser aventada precocemente e o diagnóstico é tardio. Contribui para o difícil diagnóstico o fato de que 50% dos pacientes desconhecem antecedente de colelitíase⁶. A eliminação do cálculo naturalmente é rara (1,3%)⁷, sendo a cirurgia mandatória. A depender das condições do paciente, três táticas cirúrgicas são possíveis: apenas enterolitotomia para remoção do cálculo, colecistectomia e enterolitotomia ou enterolitotomia e posterior colecistectomia e fechamento da fístula⁸.



Figura 2. Cálculo biliar impactado em jejuno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Friedman GD, Kannel WB, Dawber TR. The epidemiology of gallbladder disease: observations in the Framingham Study. *J Chronic Dis.* 1966 Mar;19(3):273–292
2. Filho, I.J. Tratamento cirúrgico da colecistite crônica. In: Petroianu A. *Terapêutica cirúrgica.* 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001: 321- 347.
3. Franco, D; Roudie, J. Gallstones and their complications. *Rev Prat* 2000 dec; 50(19): 2117–22.
4. Alexiou, K; Ioannidis, A; Sikalias, N; et al. Gallstone ileus: A case report and our clinic's experience. *Surgical Science.*2014 (5):10-4
5. Rodrigues, I.L.M. Bouveret syndrome and its imaging diagnosis. *Radiol Bras vol.51 no.4 São Paulo July/Aug.* 2018
6. Beuran, M; Venter, M.D; Ivanov, I; et al. Gallstone ileus - Still a problem with heart. *Ann Acad Rom Sci Ser Med Sci.* 2012;3:5-28.
7. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastro* 2019;6:e000344. doi:10.1136/bmjgast-2019-000344
8. Ploneda-Valencia, C. F., Gallo-Morales, M., Rinchon, C., Navarro-Muñiz, E., Bautista-López, C. A., de la Cerda-Trujillo, L. F., ... López-Lizarraga, C. R. (2017). El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Revista de Gastroenterología de México*, 82(3), 248–254. doi:10.1016/j.rgmx.2016.07.006