

Íleo Biliar com obstrução em jejuno proximal: Relato de caso.



LUCAS VICENTE ANDRADE¹; RICARDO REIS GUTTNER¹; MARIO FERNANDO DANTAS GOMES²; CLARA SILVA FREITAS¹; CAMILA AUGUSTO GONÇALVES DE FREITAS¹; FRANCISCO DE SALES GADELHA DE OLIVEIRA JUNIOR¹; ISADORA BARBERATO PRETTO¹; EDUARDO LOUZADA PURCELI³.

1. Residente de Cirurgia Geral do Hospital Ipiranga.
2. Cirurgião Geral pelo hospital Ipiranga.
3. Chefe do Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Hospital Ipiranga.



Introdução:

O íleo biliar constitui-se em rara afecção considerada como forma de colecistite aguda calculosa complicada. É caracterizado pela presença de fístula colecistoduodenal, ocorrendo migração do cálculo, geralmente único e volumoso, através da luz duodenal ao longo do trato digestivo, impactando-se mais frequentemente no íleo terminal, pouco antes da válvula ileocecal, impedindo sua progressão e determinando aparecimento de quadro de sub(oclusão) intestinal à montante. É mais observado em mulheres idosas, diabéticas, com neuropatia, sendo que metade dos pacientes tem história de coledoclitíase no diagnóstico. Chama a atenção, no caso em questão, o fato da impactação do cálculo biliar ter ocorrido na porção proximal do jejuno, a 150 cm da flexura duodenojejunal (Treitz), devido ao seu tamanho incomum.

Relato de Caso:

Mulher, 71 anos, com antecedente de IAM, ICC e revascularização do miocárdio em 2013, procurou o Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Hospital Ipiranga com queixa de náuseas e vômitos de repetição há 15 dias, associada a epigastralgia e diminuição da eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico, apresentava-se estável hemodinamicamente, desidratada, afebril, com discreta distensão abdominal e dor difusa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal ou massas palpáveis. Radiografia de abdome demonstrou a presença de imagem nodular radiolúcida em flanco esquerdo de aproximadamente 5 cm. Ultrassonografia de abdome sem sinais de cálculos no interior da vesícula biliar. Submetida à tomografia computadorizada (figura 1).

À laparotomia exploradora, observou-se conteúdo sólido intraluminal palpável a 150 cm do Treitz condicionando distensão intestinal à montante. Presença de firmes aderências em topografia da vesícula biliar sem sinais inflamatórios agudos. Realizada enterotomia (figura 2) com retirada do cálculo e enterorrafia, sem abordagem da vesícula biliar. Paciente recebeu alta no oitavo dia do pós-operatório.



Fig. 1: Tomografia computadorizada de abdome: acentuada distensão da câmara gástrica, de alças duodenais e jejunais proximais, onde observa-se cálculo impactado medindo 5,5 x 3,5 cm nos maiores eixos, determinando transição abrupta de calibre. Vesícula biliar hipodistendida, de contornos indefinidos, apresentando focos gasosos em seu interior. (A) corte coronal (B) corte axial.

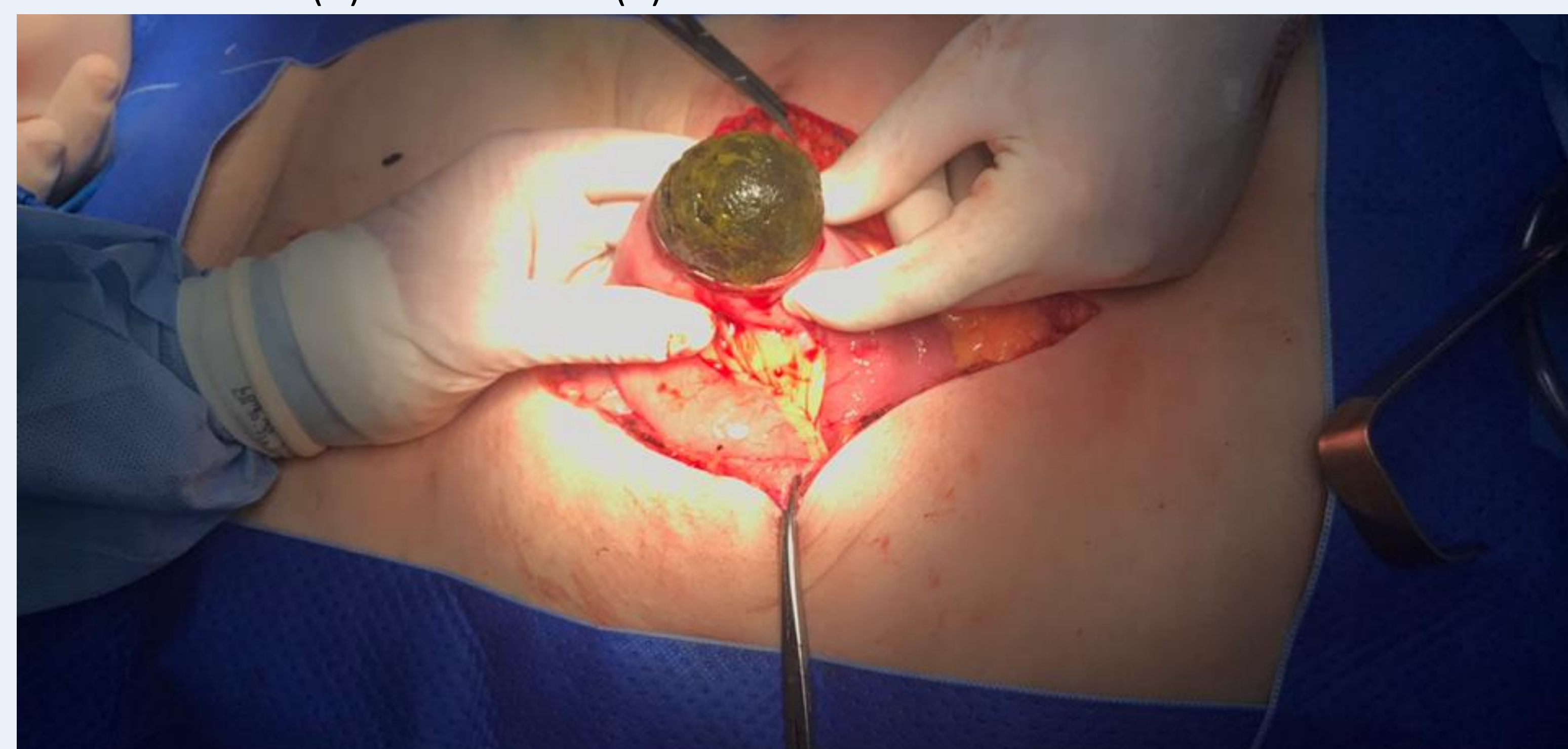


Fig. 2: Enterolitotomia.

Conclusão:

Apesar de ser uma complicação pouco frequente da coledoclitíase, o íleo biliar é responsável por até 4% dos casos de obstrução intestinal mecânica. A conduta cirúrgica frequentemente realizada restringe-se à enterolitotomia e enterorrafia sem abordagem da vesícula biliar e/ou correção da fístula colecistoduodenal. Nesse cenário alguns pacientes submetidos à TC de abdome no pós operatório tardio revelaram desaparecimento do trajeto fistuloso, formando uma região fibrótica entre as estruturas envolvidas. A enterolitotomia isolada apresenta menores taxas de morbimortalidade comparada à realização concomitante de colecistectomia e correção da fístula colecistoduodenal, principalmente nos pacientes com comorbidades significativas.

Referências Bibliográficas:

- 1) ALENCASTRO, M.C ET AL. Abdome agudo por obstrução por ileobiliar. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 275-280, Aug. 2013.
- 2) DOKO, M. ET AL. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. World J Surg 2003;27:400-4
- 3) HALABI, W.J. ET AL. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. Ann Surg. 2014;259(2):329-335.
- 4) RAVIKUMAR, R. ET AL. The operative management of gallstone ileus. Ann R Coll Surg Engl. 2010;92(4):279-81
- 5) REISNER, R.M. ET AL. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg. 1994;60(6):441-446