

1. Médica Residente do segundo ano do programa de residência médica em Área Básica: Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapeçerica da Serra
2. Médica Residente do primeiro ano do programa de residência médica em Área Básica: Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapeçerica da Serra
3. Médica Cirurgiã Geral do Hospital Geral de Itapeçerica da Serra

Introdução

Íleo Biliar (IB) é uma causa rara de abdome agudo obstrutivo. Sua fisiopatologia envolve a presença de colelitíase crônica, levando a formação de fistula com passagem de cálculos para o trato gastrointestinal (TGI), resultando no impacto destes no lúmen e, por consequência, sua obstrução. É mais comumente relatado em mulheres maiores de 70 anos e que apresentem comorbidades associadas. O quadro clínico envolve ausência de flatos e/ou eliminação de fezes, dor abdominal difusa intermitente, vômitos biliosos e eventualmente fecalóides, e raramente, icterícia.

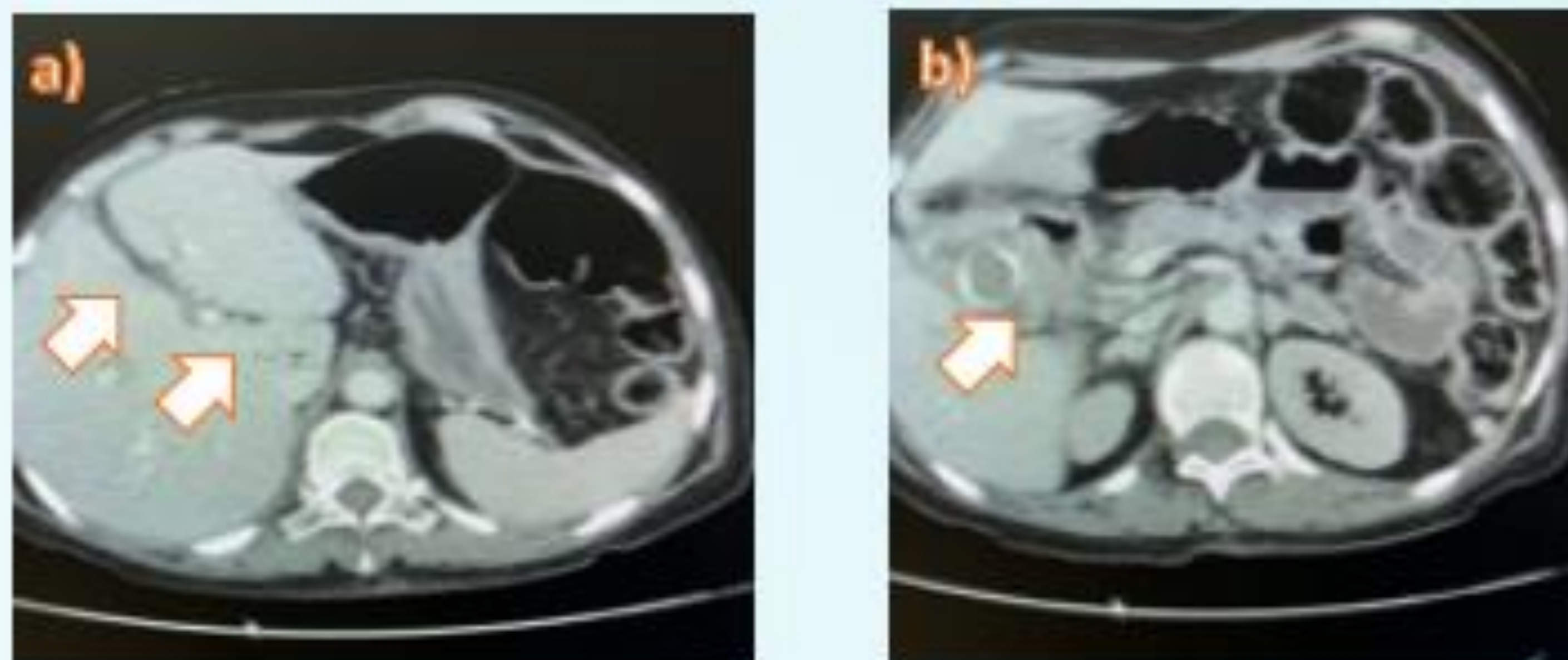
Relato de Caso

Paciente feminina, 56 anos, portadora de esquizofrenia, deu entrada no pronto socorro com quadro de constipação há 7 dias, associado a náuseas e vômitos. À passagem de sonda nasogástrica evidenciou-se saída de 100 ml de conteúdo entérico. Os exames laboratoriais constataram leucocitose, hiperamilasemia, elevação da proteína C reativa, além de aumento de escórias nitrogenadas. Realizada Tomografia Computadorizada (TC) Abdominal que demonstrou a presença de colelitíase, aerobilia, distensão de alças intestinais com imagem sugestiva de cálculo obstrutivo em seu interior aventando-se, assim, hipótese de Íleo Biliar. Após estabilização inicial com hidratação venosa, introdução de antibioticoterapia e correção de distúrbios hidroeletrólíticos, paciente foi submetida a laparotomia exploradora, com consequente enterotomia, retirada de cálculo obstrutivo e posterior enterorrafia. No pós-operatório, apresentou instabilização hemodinâmica, com necessidade de drogas vasoativas e piora laboratorial, evoluindo a óbito no quinto dia pós-operatório.



Cálculo de cerca de 4,0 cm extraído após enterotomia

Exames Complementares



a) Tomografia abdominal com evidência de Pneumobilia ; b) Tomografia abdominal com Cálculos em segmento intestinal.

Discussão

O diagnóstico de Íleo Biliar, por ser difícil, muitas vezes é confirmado apenas durante a laparotomia, mas também pode ser realizado através da TC com a presença da Tríade de Rigler, composta por pneumobilia, indicando a presença de fistula biliar, obstrução intestinal mecânica e presença de corpo estranho em lúmen intestinal.

Apesar de patognomônica, está presente em menos de 50% dos casos, tendo sido demonstrada no caso descrito. A passagem do cálculo para a luz intestinal decorre de uma fistula entre a vesícula biliar e um segmento do TGI, sendo mais comumente evidenciada com o duodeno (70% dos casos).

O local mais frequente de impactação do cálculo é a válvula íleo-cecal, por ser a porção mais estreita do intestino delgado. O tratamento, na maioria dos casos, consiste na enterotomia para a remoção do cálculo e resolução da urgência, com inspeção de todo o restante do segmento intestinal para descartar a presença de outros cálculos. Em casos seletos, existe a possibilidade de realização de colecistectomia com tratamento da fistula no mesmo procedimento, quando condições sistêmicas e locais assim o permitirem, pois essa opção apresenta mais complicações pós-operatórias, aumento do tempo de internação e maior taxa de mortalidade (17%).

Referências Bibliográficas

- 1- SZAJNBOCK, Israel et al. Gallstone ileus as a cause of upper intestinal obstruction. São Paulo Med. J., São Paulo, v.114, n.4, p.1239-1243, Aug. 1996.
- 2- ALENCASTRO, Márcia Cristina de et al. Acute intestinal obstruction due to gallstone ileus. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.275-280, Aug. 2013.
- 3- INUKAI, Koichi. Gallstone ileus: a review. BMJ Open Gastro, Japan, v.6, n.000344, p. 1-4, Nov. 2019.
- 4- SOUZA, Noslen et al. Aspectos atuais no manejo dos pacientes com Íleo Biliar. Acta Med., Porto Alegre, v.35, n.7, p. 1-7, 2014