

João Marcos Santos da Silva, Andressa Milena dos Santos Rocha, Iris Lopes Veras, Eugênia Mirza de Queiroz Ferreira Barboza da Silveira, Ângela Claudia Paixão Soares de Magalhães, Rodrigo Rodrigues Mariano, Hercules Magalhães Olivense do Carmo

Universidade de Fortaleza – Ceará – Brasil

Universidade Federal do Acre - Acre - Brasil

INTRODUÇÃO

Íleo biliar configura uma obstrução mecânica do trato gastrointestinal causada por cálculos biliares, os quais migram dentro do lúmen intestinal por fístulas bilioentéricas, sendo 77-90% colecistoduodenal^{1,2}. É considerada uma complicação rara da colelitíase e corresponde 1 a 4% das oclusões intestinais em adultos, prevalecendo idosos e mulheres^{1,3}. Essa patologia possui clínica inespecífica e alta morbimortalidade, sobretudo devido ao diagnóstico tardio, sendo fundamental conhecer os achados radiológicos suspeitos e a tríade de Rigler, que é visível em 15% a 50% dos casos e caracteriza-se pela oclusão intestinal, litíase biliar ectópica e aerobilia^{1,4}. Com diagnóstico estabelecido, as terapêuticas recomendadas são: enterolitotomia isolada com extração de cálculos; procedimento em duas etapas, enterotomia seguida de colecistectomia e fechamento da fístula; e procedimento de uma etapa, envolvendo enterotomia, extração de cálculos, colecistectomia e fechamento da fístula³. A escolha do tratamento baseia-se no estado geral do paciente e no local de impactação do cálculo, sendo o íleo em 55% dos casos^{3,4}.

RELATO DE CASO

Paciente E.G.D.R., sexo masculino, 51 anos, foi admitido no Pronto Socorro de Rio Branco, Acre, em 10 julho de 2020 queixando-se de dor em andar superior de abdome. Relatava crises de cólica biliar de longa data, com piora há 15 dias, febre e desconforto respiratório. Posteriormente, evoluiu com parada de eliminação de gases e fezes. Ao exame físico geral, apresentava-se em regular estado geral, hipocorado, eupneico e ictérico +/-/++++. Ao exame físico apresentava abdome distendido, ausculta com ruídos hidroaéreos diminuídos, doloroso à palpação superficial e profunda, mas sem sinais de irritação peritoneal.

Na investigação, realizou-se tomografia computadorizada de abdome e tórax e colangioressonância, identificando aerobilia intra-hepática e cálculo (3,6cm) em íleo terminal, sugerindo fístula colecistoentérica com íleo-biliar obstrutivo. A conduta foi realização de enterotomia a 90cm da válvula ileocecal, com retirada de cálculo e rafia de alça. Foi resolvido o quadro obstrutivo no primeiro tempo cirúrgico, ficando fístula e colecistectomia para posterior abordagem.

O pós-operatório imediato foi realizado em UTI com evolução satisfatória, recebendo alta para enfermaria 5 dias após cirurgia, onde encontra-se até a finalização desse relato.

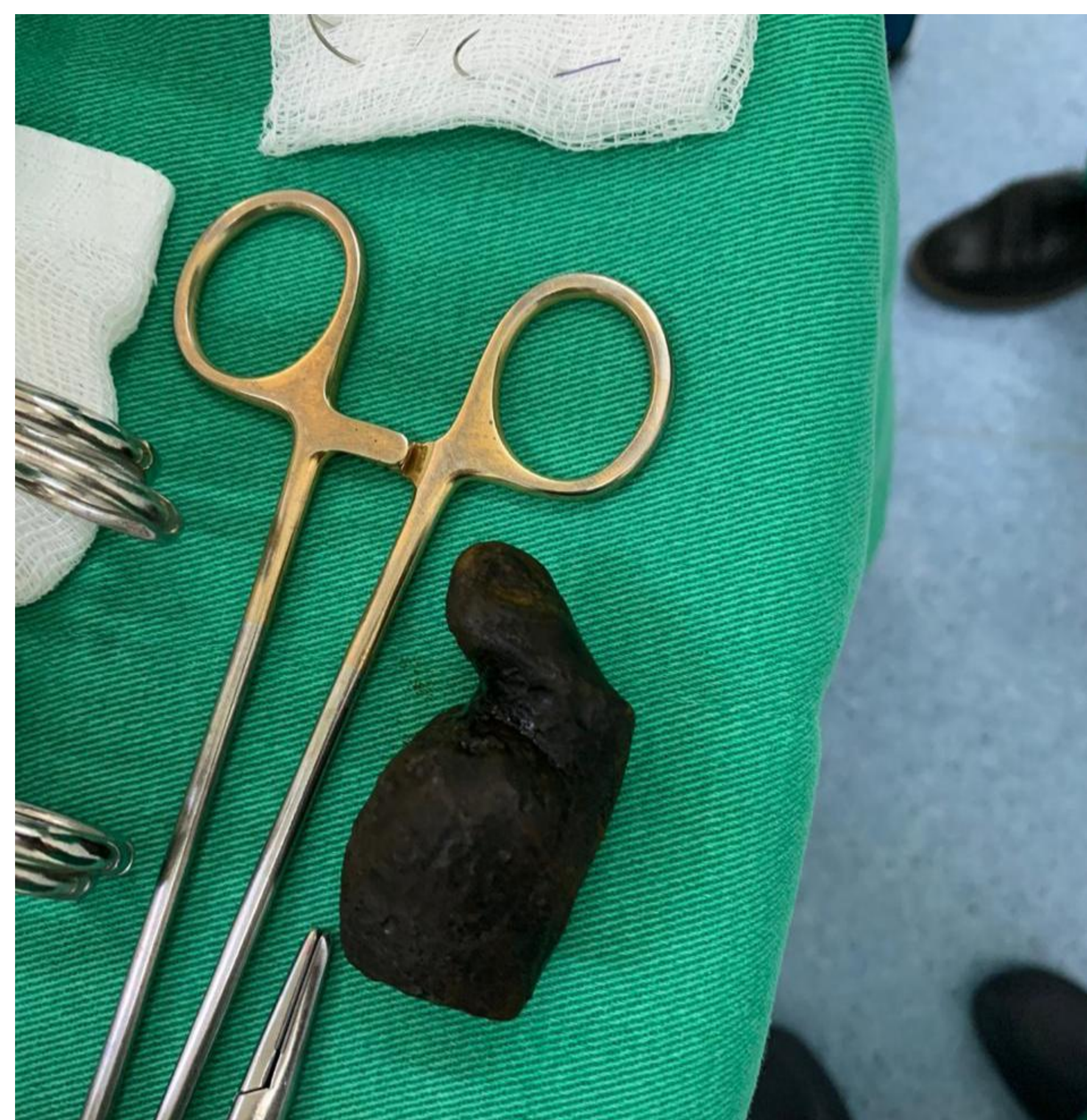


Figura 1: cálculo biliar.

DISCUSSÃO

Pacientes com íleo biliar apresentam dor abdominal como principal sintoma, além de náuseas e vômitos⁵, como verificou-se no presente relato. Ademais, os exames físico e de imagem são fundamentais para o diagnóstico. Assim, optou-se pela via cirúrgica como melhor conduta, solucionando primeiro o quadro obstrutivo, para depois abordar fístula e realizar colecistectomia. Isso se adequou às condições do paciente, sendo imprescindível na escolha de tratamento, pois o íleo biliar é uma entidade clínica de manejo individualizado⁶.

REFERÊNCIAS

1. SOLIVA MARTINEZ, Daniel et al. Íleo Biliar. **Rev. argent. radiol.**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 82, n. 2, p. 88-90, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185299922018000200007&lng=es&nrm=iso>. acessado em 18 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1639489>;
2. MARCELO R. CORDOBA, LUIS E. RICCI, Alfredo Ríos, Facundo Boulin; PRISCILLA V. LOPEZ, ENRIQUE CANEPA, MIGUEL A. STAT, Cristan M. Ferreyra, Ignacio A. Herrando. Tratamiento videoasistido del íleo biliar: una serie de casos. **Rev. argent. cir.**, Cap. Fed., v. 108, n. 2, p. 1-10, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250639X2016000200004&lng=es&nrm=iso>. acessado em 18 jul. 2020;
3. Inukai K. Gallstone ileus: a review. **BMJ Open Gastroenterology**. 2019 ;6(1):e000344. DOI: 10.1136/bmjgast-2019-000344;
4. Bueno Cañones A, Bailón Cuadrado M, Asensio Díaz E, Pacheco Sánchez D. Ileo biliar. Reporte de casos. **Rev. Cirugía**. 2020;72(5). Disponível em: doi:[10.35687/s2452-45492020005714](https://doi.org/10.35687/s2452-45492020005714) [Accessed 18 jul. 2020];
5. FONTES, J. D. S.; FARIAS, I. D. O.; GARCIA, H. J. P.; DE SOUZA, M. C. A.; MAIA, L. M. D. O. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR ÍLEO BILIAR :RELATO DE CASO. **Revista de Saúde**, v. 10, n. 1, p. 32-37, 15 jun. 2019;
6. Toral-Chan AI, Palacios-Padrón A, Vázquez-Hernández R. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. **Rev Hosp Jua Mex**. 2019;86(2):92-95.