

Íleo Biliar pós-colecistectomia: relato de caso

Post-cholecystectomy biliary ileus: case report

Lorena Cavalcante de Lemos¹, Davidson Anthony Aragão Freire¹, Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto¹, Dielly Chaves Moreira², Anik Moraes Marangoni³, Isabela Franco Freire³

1 – Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Preceptora do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

3 – Acadêmica de Medicina da Universidade de Fortaleza e Extensionista do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

Artigo submetido em: 06/02/2024

Artigo aceito em: 15/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

O íleo biliar, complicação incomum associada à colelitíase e ainda colecistite crônica, afeta predominantemente mulheres e idosos acima de 60 anos. Sua incidência é baixa, representando 0,5% das complicações biliares e obstruções intestinais, sendo rara sua ocorrência em pacientes colecistectomizados, havendo apenas 49 relatos de casos validados e publicados no período de 1939 a 2019 no mundo conforme revisão de database incluindo PubMed e MEDLINE. Esse artigo relata o caso de uma paciente jovem, de 48 anos, com quadro de obstrução intestinal por íleo biliar e história prévia de colecistectomia.

Palavras-chave: cálculos biliares; fístula biliar; obstrução intestinal.

ABSTRACT

Gallstone ileus, an unusual complication associated with cholelithiasis and also chronic cholecystitis, predominantly affects women and elderly people over 60 years of age. Its incidence is low, representing 0.5% of biliary complications and intestinal obstructions, and its occurrence is rare in patients with past cholecystectomy surgery and there are only 49 case reports validated and published in the period from 1939 to 2019 in the world according to a database review including PubMed and MEDLINE. This article reports the case of a young patient, 48 years old, with intestinal obstruction caused by gallstone ileus and a medical past history of cholecystectomy.

Keywords: gallstones; biliary fistula; bowel obstruction.

INTRODUÇÃO

O íleo biliar é um quadro raro que afeta principalmente mulheres e idosos acima de 60 anos com história de colelitíase, representando 0,5% das complicações biliares e até 0,5% das causas de obstrução intestinal, mais comumente afetando o intestino delgado. ^(1,2) Foi relatado primeiramente pelo anatomista e matemático dinamarquês Erasmus Bartholin em 1654. Entretanto, o quadro clínico considerado clássico de aerobilia, obstrução intestinal e cálculo impactado no intestino foi descrito pelo radiologista americano Leo George Rigler, que deu nome à tríade. ⁽²⁾

A fisiopatogenia do íleo biliar inicia com quadro de colelitíase que evolui com fístulas bilio-digestivas - comunicações anormais entre o sistema biliar e as vísceras ocas adjacentes. A impactação ocorre mais comumente no íleo (50-60%) ^(2,3,4), podendo ocorrer em outros segmentos, como no duodeno, causando obstrução intestinal alta, descrita pelo médico francês Léon Bouveret. ⁽⁵⁾

O quadro clínico é compatível com uma síndrome de obstrução intestinal e pode ser suspeitada também por meio de radiografia de abdome com os seguintes achados: dilatação de alças de delgado com níveis hidroaéreos, litíase biliar ectópica e aerobilia - a tríade de Rigler-, presente em até 50% dos casos. ^(2,3,4)

Neste artigo apresentamos um relato de caso sobre uma paciente com obstrução intestinal por íleo-biliar pós colecistectomia.

RELATO DE CASO

Paciente feminina de 48 anos, relatou histórico de 2 semanas de quadro algíco intenso, de início súbito, em cólica, localizada em mesogástrio, que piorava com alimentação, associado a náuseas, vômitos - ora bilioso ora fecaloides - e parada da eliminação de fezes com flatos presentes. Negou história sugestiva de colestase e outras queixas. Em sua história prévia, relatou diagnóstico de colelitíase sintomática 1 ano antes da admissão, e fora submetida a colecistectomia convencional havia 6 meses. Negou alergias, tabagismo e etilismo.

Ao exame físico da admissão, paciente apresentava-se desidratada, sem desconforto respiratório, abdome globoso por adiposidade com distensão abdominal e dor difusa à palpação, sem sinais de peritonite aguda e sem sinais de instabilidade hemodinâmica.

Exames laboratoriais iniciais apresentaram alterações apenas na proteína C-reativa (PCR) com valor de 154 (VR < 5) e leucocitose de 16700/mm³ sem desvio à esquerda.

Realizou radiografia pelo protocolo de abdome agudo, que evidenciou dilatação de alças delgadas com níveis hidroaéreos. Foi, então, decidido por solicitar TC de abdome com contraste que evidenciou distensão da câmara gástrica e de delgado com formação de níveis líquidos exibindo locais de aparentes cálculos biliares no interior da luz ileal medindo 2,9 cm e 3,1 cm, aerobilia e íntimo contato da primeira porção do duodeno com a parede do colédoco, além de sinais de colecistectomia prévia.

Figura 1 - Tomografia Computadorizada de abdome com contraste evidenciando distensão gástrica e aerobilia

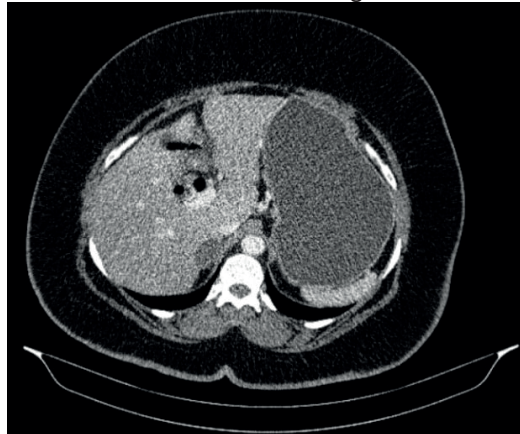
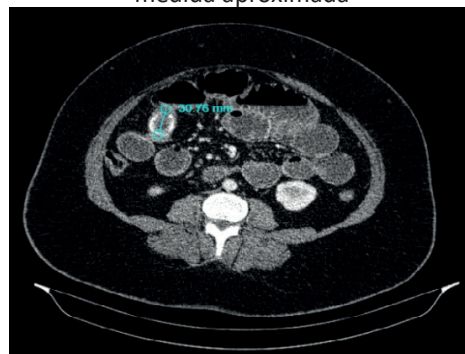


Figura 2 - Tomografia Computadorizada de abdome com contraste evidenciando cálculos impactados em íleo e sua medida aproximada



A paciente foi submetida a uma laparotomia, com achado de dois cálculos obstrutivos a aproximadamente 80 cm da válvula ileocecal, sem sinais de isquemia de alças. Foi realizada enterolitotomia e enterorrafia sem intercorrências e sem necessidade

de ressecção de alça devido viabilidade de segmento envolvido. Evoluiu no pós-operatório em bom estado geral, em progressão da dieta conforme aceitação, sem intercorrências.

Figura 3 - Achado intra-operatório de alça de íleo com presença de cálculos sem sinais de isquemia de alças

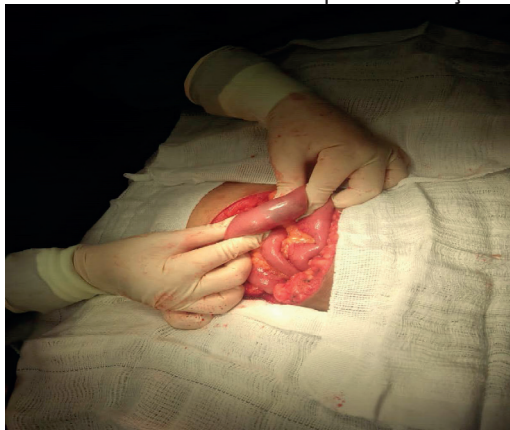
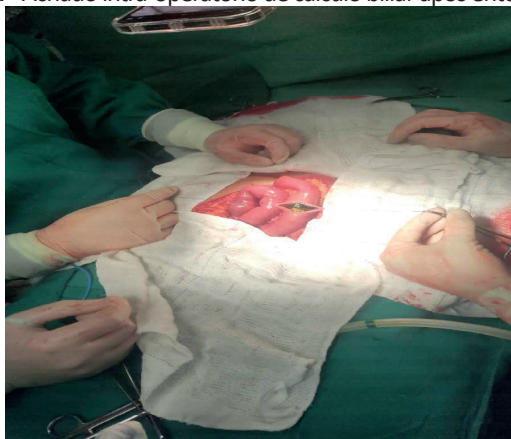


Figura 4 - Achado intra-operatório de cálculo biliar após enterotomia



No pós-operatório, foi solicitada colangiorrsonância para estudo de vias biliares, que evidenciou coleção no leito vesicular com paredes espessadas e conteúdo formando nível hidroaéreo, com aparente comunicação com a primeira porção duodenal e com o colédoco, determinando uma fístula bilio-entérica.

DISCUSSÃO

Classicamente, os pacientes apresentam história crônica de colelitíase com episódios recorrentes de colecistite aguda, levando a múltiplas aderências e formação de fístulas bilio-entéricas, mais comuns para duodeno (75-80%), seguida de cólon e estômago.⁽⁶⁾ A primeira série de casos foi descrita em 1890 por Courvoisier, e descrevia 125 pacientes, atingindo mortalidade de 44%.^(1,3)

O íleo biliar pós-colecistectomia é ainda mais raro. Considerando o período de 1939 a 2019, foram descritos apenas 49 relatos de casos validados e publicados no mundo conforme revisão de database incluindo PubMed e MEDLINE⁽¹⁰⁾. Esses casos apresentaram mecanismos etiológicos diversos: fístulas despercebidas durante colecistectomia, cálculos em divertículos intestinais, coledocolitíase primária e a colecistectomia subtotal.^(7,9) Esta técnica é realizada cada vez mais frequentemente a fim de evitar lesões iatrogênicas de vias biliares em colecistites agudas, mas é importante garantir que a vesícula remanescente encontra-se livre de cálculos.⁽⁸⁾

O tratamento cirúrgico das fístulas bilio-entéricas consiste na dissecação meticulosa de aderências e ressecção do trajeto fistuloso que pode ser realizado no mesmo tempo cirúrgico da enterotomia para retirada de cálculos (mortalidade de 16,9%) ou ainda postergado para um segundo momento, melhor opção para pacientes operados em más condições (mortalidade 11.7%).⁽⁹⁾

Nesse caso, como o estudo das vias biliares apresentou uma fístula entre o ducto colédoco e a primeira porção duodenal, foi decidido por conduta expectante uma vez que essa comunicação proporcionou drenagem natural calibrosa da via biliar, o que dificultará estase e conseqüente formação e crescimento de novos cálculos no colédoco.

REFERÊNCIAS

1. Keavery. A. P. (2022). Gallstone ileus. UpToDate. Retrieved August 23, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/gallstone-ileus>.
2. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Botton YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdomen agudo por obstrução por íleo biliar. *Rev Col Sras Cir*. 2013;40:275-80
3. Ravikumar R. Williams JG. Operative management of gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010; 92:279.
4. Dai XZ, Li GQ, Zhang F, Wang XH, Zhang CY. Gallstone ileus: case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2013, 19:5586-9.
5. Kallas DC. Duodenum biliary obstruction (Bouveret syndrome): case report. *Relatos Casos Cir*. 2015;(2):21-3.

6. Huang S, Han Y, Chen J, Zhang J and Huang H (2022) Surgical Management of Cholecystoenteric Fistula in Patients With and Without Gallstone Ileus: An Experience of 29 Cases. *Front. Surg.* 9:950292. doi: 10.3389/fsurg.2022.950292
7. Relmy NA RySka O. Gallstone ileus Post-cholecystectomy. *Cureus.* 2023 Jan 4910:033345001107759/curous.33345.PMID:3679
8. Meier Guzzetta AA. Huerta S. Post-cholecystectomy Gallstone Ileus. *Am Suro.* 2020
9. F. Aguilar-Espinosa, R. Maza-Sánchez, F. Vargas-Solís, G.A. Guerrero-Martínez, J.L. Medina-Reyes, P.I. Flores-Quiroz Fístula colecisto-duodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, Volume 82, Issue 4, October–December 2017, Pages 287-295.

*** Autor correspondente:**

Isabela Franco Freire

Email:

isabelafrancofreire@edu.unifor.br