

TRATAMENTO CONSERVADOR DE ÍLEO BILIAR EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE CASO*Conservative treatment of biliary ileus in an elderly patient: Case Report*

Fernanda Guedes Ferreira¹, Francisco Caetano Rosa Neto², Jorge Rocha de Souza³, Pablo Borges Leal⁴, Arivaldo Bizanha⁵, Francisco Edson Rocha⁶.

RESUMO

O íleo biliar é uma entidade rara caracterizada por obstrução intestinal mecânica intraluminal. Trata-se de uma complicação incomum da colelitíase mediante a formação de fístula biliar com o intestino, migração de cálculos e impactação no lúmen intestinal. Acomete, em geral a população feminina com múltiplas morbidades e idade avançada. O local de maior prevalência da fístula biliodigestiva é o duodeno. Entretanto, o cálculo pode causar obstrução em diversos sítios do trato gastrointestinal, o que leva a heterogeneidade de manifestações clínicas. As manifestações clínicas do íleo biliar não são específicas, o que contribui para o diagnóstico tardio e alta morbimortalidade. O local de obstrução predominante é a porção distal do íleo, situação denominada de Síndrome de Barnad. Quando a obstrução ocorre no duodeno nomeia-se síndrome de Bouveret. O manejo cirúrgico por meio da enterolitotomia é o padrão ouro do tratamento, porém existem raros casos, cuja conduta clínica expectante resultaram na eliminação espontânea do cálculo. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um paciente masculino, 62 anos, com múltiplas comorbidades e histórico de colelitíase. Foi atendido no Pronto Socorro com quadro de dor abdominal difusa, náuseas, vômitos, icterícia, distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes. Constatou-se aos exames de imagem a presença de litíase biliar, pneumobília e distensão de alças. A hipótese diagnóstica foi de íleo biliar. Optou-se pela conduta expectante e constatada a eliminação espontânea do cálculo.

Palavras-chave: Fístula biliar; Obstrução Intestinal; Tratamento Conservador

¹ Acadêmica do 12º semestre do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília, bolsista do CNPq.

² Acadêmico do 12º semestre do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília.

³ Acadêmico do 12º semestre do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília.

⁴ Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Brasília - DF.

⁵ Médico Cirurgião Geral. Coordenador da disciplina de Clínica Cirúrgica do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB).

⁶ Médico Cirurgião Geral. Coordenador do Internato de Cirurgia Geral do curso de medicina da Universidade Católica de Brasília (UCB).

Recebido em 15/09/2019.

Aceito para publicação, após revisão, em 21/10/2019.

ABSTRACT

The biliary ileum is a rare entity characterized by intraluminal mechanical bowel obstruction. It is an uncommon complication of cholelithiasis through the formation of a biliary fistula with the intestine, migration of stones and impaction on the intestinal lumen. In general, it affects the female population with multiple morbidities and advanced age. The site of greatest prevalence of biliodigestive fistula is the duodenum. However, the stone may cause obstruction in several sites of the gastrointestinal tract, which leads to heterogeneity of clinical manifestations. The clinical manifestations of the biliary ileum are not specific, which contributes to late diagnosis and high morbidity and mortality. The predominant site of obstruction is the distal portion of the ileum, a condition called Barnad's Syndrome. When obstruction occurs in the duodenum, it is called Bouveret's syndrome. Surgical management by enterolitotomy is the gold standard of treatment, but there are rare cases, whose expectant clinical management resulted in spontaneous elimination of calculus. The aim of this study is to report the case of a 62-year-old male patient with multiple comorbidities and a history of cholelithiasis. He was admitted in the emergency room with diffuse abdominal pain, nausea, vomiting, jaundice, abdominal distension and absence of bowel movement and flatus. Imaging tests revealed the presence of gallstones, pneumobilia and distension of the loops. The diagnostic hypothesis was biliary ileum. The patient was undergone conservative treatment with the spontaneous elimination of calculus.

Keywords: Biliary fistula; Intestinal Obstruction; Conservative Treatment

INTRODUÇÃO

Íleo biliar é uma doença clínico-cirúrgica rara que acomete pacientes com colelitíase. Estima-se que represente 0,3-0,5% das complicações de doença calculosa da vesícula biliar, o que equivale a 30-35 de casos a cada um milhão de pacientes hospitalizados.³ A maior prevalência se dá na população feminina, acima de 65 anos e com múltiplas comorbidades.

Caracteriza-se pela presença de obstrução intestinal mecânica secundária a impactação

intraluminal de cálculo biliar. Tal processo decorre devido formação de fístula que comunica a árvore biliar com o trato gastrointestinal. A obstrução pode acontecer em diversos sítios do trato gastrointestinal - TGI (íleo 60,5%, jejuno 16,1%, estômago 14,2%, cólon 4,1% e duodeno 3,5%), porém apresenta maior incidência no íleo distal.³

A inflamação local resultante da presença de cálculos biliares exercendo pressão local na parede da vesícula é a causa provável de origem da fístula. A perpetuação desse

processo, com inflamação persistente na região do Trígono de Calot, pode resultar no envolvimento das vísceras adjacentes, como estômago, duodeno e jejuno, regiões de maior ocorrência de comunicação anormal. Além disso, a fistula pode originar-se de processo inflamatório por impaction de cálculo no ducto cístico, ou mediante pressão indireta através da parede da vesícula com colédoco e ducto hepático comum, caracterizada como síndrome de Mirizzi.⁴

Os sintomas relacionados às doenças da árvore biliar são variáveis. Embora a maioria dos pacientes tenham dor constante, oriunda da obstrução, outros pacientes podem apresentar-se apenas com desconforto episódico porque o cálculo biliar pode obstruir o trato intestinal de forma intermitente. O local de maior frequência de impaction do cálculo é no íleo terminal, próximo à válvula ileocecal, onde o lúmen é reduzido e a peristalse diminuída.^{3,4}

A apresentação clínica difere de acordo com sítio de impaction e local da obstrução intestinal, o que justifica os diversos espectros clínicos. A expressão clínica prevalente ocorre na síndrome de Barnard, caracterizada pela obstrução na válvula ileocecal. Apenas 3% dos pacientes desenvolvem obstrução no duodeno denominada de síndrome de Bouveret, e outros 4.8% possuem obstrução cólica.¹

A suspeita clínica em pacientes idosos ocorre através do relato prévio de colelitíase, sinais de colecistite aguda e obstrução intestinal. Entretanto, ressalta-se que apenas metade dos pacientes com íleo biliar relatam sintomas prévios de doença calculosa biliar. Diante disso, não se exclui o diagnóstico de íleo biliar em pacientes que nunca manifestaram sintomas de doença biliar prévia.²

O diagnóstico radiológico é feito pela clássica tríade de Rigler, que consiste na presença de litíase radiopaca ectópica, pneumobilia e distensão de alças intestinais. É necessário a presença de apenas dois critérios para o diagnóstico. A evidência de mudança da posição da litíase em radiografias de abdome complementa a tetrade de Rigler. A Tomografia Computadorizada de Abdome sem Contraste (TC de Abdome) é considerado o padrão ouro para o diagnóstico de íleo biliar, com sensibilidade de 90%.^{2,3}

O tratamento padrão ouro do íleo biliar é a abordagem por via cirúrgica, a qual pode ser realizada em uma ou duas etapas. A enterolitotomia consiste na retirada do cálculo através da enterotomia sem correção da fistula ou da doença calculosa. O índice de recorrência em pacientes que realizam somente a enterolitotomia é de 5% com 80% dos episódios nos primeiros seis meses após a intervenção cirúrgica.⁷ Trata-se de uma alternativa para pacientes com múltiplas comorbidades e, conseqüente, alto risco

cirúrgico. Em pacientes com baixo risco preconiza-se a colescistectomia associada à correção da fístula e a realização da enterolitotomia em único tempo cirúrgico.^{3,7} Todavia, há raros relatos de pacientes que apresentaram a expulsão espontânea do cálculo pelas fezes como o descrito no presente caso.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 62 anos de idade, etilista de longa data, com antecedente de câncer de próstata sem evidência de metástases à cintilografia há cinco anos. Foi admitido no Pronto-Socorro de Cirurgia Geral com quadro de náuseas e dor abdominal difusa há seis dias. Negou febre, anorexia e vômitos.

Observou-se nos exames laboratoriais albumina 122 g/dL; bilirrubina total 3,67 mg/dL; bilirrubina direta 2,0 mg/dL; creatinina 1,03 mg/dL; fosfatase alcalina 233 U/L; GGT 161 U/L; glicemia 135 mg/dL; hemoglobina 12,7 g/dL; leucócitos 5.200/mm³ e EAS com bilirrubina +, proteínas ++, corpos cetônicos ++. Ao exame físico, o paciente apresentava-se icterico +/-, abdome semi-globoso, flácido e doloroso a palpação em hipocôndrio direito e região epigástrica.

Em investigação diagnóstica para elucidação do caso foram solicitadas Ultrassonografia de Abdome Total (US de Abdome) e TC de Abdome. Constatou-se ao exame

ultrassonográfico a presença de esteatose hepática, vesícula biliar hidrópica, com paredes espessadas, imagem hiperecogênica em seu interior, dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, cabeça de pâncreas com aumento de volume e com formação nodular heterogênea. Ao exame tomográfico observou-se vesícula biliar hidrópica, sem cálculos, dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, ducto colédoco com cálculo cálcico no terço distal medindo 1,3 cm. Pâncreas com cabeça aumentada de volume, calcificações no parênquima e dilatação de ducto.

O paciente foi internado em Enfermaria da Cirurgia Geral para investigação do caso. Houve piora do quadro clínico do paciente com icterícia +++/4+, prurido, colúria, distensão abdominal e parada de eliminação de flatos e fezes. Foi realizado toque retal e constatada ausência de fezes em ampola retal. Solicitou-se novo exame tomográfico, onde foi observada distensão de alças intestinais, níveis hidroaéreos predominantes em jejuno e íleo, ausência de gases e fezes em cólon descendente sigmóide e reto, porém sem sinais de obstrução.

O cálculo que antes estava localizado no colédoco, no novo exame tomográfico estava no íleo distal. Foi realizada terapia de suporte clínico, com passagem de sonda nasogástrica e reposição hidroeletrólítica. O paciente apresentou melhora do quadro com redução

da distensão abdominal, ritmo intestinal regular e boa aceitação da dieta oral. Em nova avaliação radiológica foi observado deslocamento do cálculo ao longo do intestino até eliminação do mesmo. (Figura 1).



Figura 1 – Rx simples de abdome. Imagem sugestiva de íleo biliar.

DISCUSSÃO

Íleo biliar é complicação rara de colelitíase, responsável por 1-4% de todos os casos de obstrução mecânica abdominal e, em pacientes acima de 65 anos, corresponde a 25% das obstruções do intestino delgado. A idade média dos pacientes acometidos por essa entidade é de 70 anos, sendo as mulheres três a 16 vezes mais acometidas³. Tal evidência científica respalda aquilo que foi evidenciado no caso aqui relatado, pois trata-se de homem idoso, com apresentação clínica e radiológica clássica de íleo biliar.

A mortalidade de pacientes acometidos pelo íleo biliar alcança a taxa de 12% a 17%.⁶ A

razão desse percentual elevado é atribuído a diversos fatores dentre eles, sua distribuição epidemiológica comentada anteriormente de pacientes idosos e com múltiplas comorbidades, além da dificuldade diagnóstica pré-operatória, que acarreta atraso na intervenção terapêutica⁴. O paciente do caso relatado apresentava comorbidades que poderiam impactar em maior mortalidade, no entanto por ter apresentado sintomatologia clássica foi possível realizar diagnóstico precoce da condição clínica, sendo instituído terapêutica adequada.

O mecanismo pelo qual ocorre a obstrução intestinal se dá por meio da formação de uma fístula bilioentérica que, em 60% dos casos é colecistoduodenal ou colecistogástrica em pacientes com colelitíase. Essas comunicações geralmente têm origem na inflamação pericolecística pós-colecistite, o que leva à formação de aderências entre as vias biliares e o intestino, com posterior necrose da parede biliar pela pressão do cálculo. Estudos com séries cirúrgicas ressaltam a relação da síndrome de Mirizzi com a formação das fístulas bilioentéricas⁶. A presença de tal evidência clínica na literatura nos permite afirmar que pacientes que apresentam histórico de colelitíase são fortes candidatos à apresentarem as diversas complicações da mesma, como foi evidenciado no caso relatado.

O íleo biliar é insidioso e o mecanismo de válvula que o cálculo pode efetuar na luz entérica com a sua progressão pode promover períodos de alívio e exacerbação dos sintomas, confundindo o diagnóstico, processo conhecido como obstrução cambalhota^{6,7}. A TC de abdome realizada nas primeiras 24 horas reflete melhor prognóstico ao paciente pela possibilidade de identificar em tempo hábil a presença e o tamanho do cálculo.⁷ O paciente do caso relatado apresentou clínica de dor abdominal de forma insidiosa e intermitente, evidenciando migração do cálculo em questão. Tal diagnóstico foi possível devido à realização de exames radiológicos seriados de forma precoce.

O tratamento padrão ouro do íleo biliar é cirúrgico e pode ser realizado em uma ou duas etapas. A prioridade é tratar a complicação aguda, ou seja, a resolução da obstrução intestinal por meio da retirada do cálculo através da enterolitotomia. A confecção da colecistectomia e a correção da fístula num mesmo período cirúrgico acarretam em maior mortalidade, porém reduz o risco de recorrência do íleo biliar, colangite ou carcinoma de vesícula. Há também relato de casos bem-sucedidos de litotripsia extracorpórea e hidráulica e de remoção endoscópica do cálculo impactado, mas a cirurgia permanece como o tratamento padrão^{4,7}.

Muitos autores relatam experiências de tratamentos conservadores utilizando manutenção de fluidos corpóreos e decompressão gástrica, com evidência positiva de eliminação espontânea via retal do cálculo quando suas dimensões são pequenas, apesar do seu percentual de ocorrência extremamente raro. Cálculos menores que 25 mm têm maior chance de ser eliminado por via retal.⁷ Entretanto, isso não exclui situações de obstrução por cálculos menores, devido espasmos, angulações ou aderências que podem induzir obstrução do lúmen intestinal, dificultado a passagem do cálculo.⁷ O tratamento proposto no caso relatado em questão demonstra a aplicação das novas experiências médicas no tratamento conservador de paciente com quadro clínico e evidência radiológica de íleo biliar. Tal manejo é principalmente evidente em pacientes idosos, que apresentam múltiplas comorbidades e que não apresentariam benefícios maiores com a cirurgia corretiva em dois tempos. É importante ressaltar que tal terapêutica conservadora deve ser instituída o mais precoce possível, através da realização de exame radiológico nas primeiras 24 horas de apresentação do quadro, visando melhor prognóstico do mesmo.

CONCLUSÃO

O íleo biliar é uma doença do trato gastrointestinal que acomete pacientes com quadros prévios de colelitíase, e que nos

idosos com múltiplas morbidades geralmente manifesta-se com sintomas intermitentes e vagos. Portanto, um alto índice de suspeição deve ser aventado neste perfil de paciente, atentando-se para a investigação por meio de exames com alta sensibilidade, como a tomografia de abdome, a fim de que se consiga o diagnóstico e o tratamento precoce, bem como a redução da mortalidade. Visto que segundo os dados levantados nesse estudo, a taxa pode alcançar 17%.

A discussão sobre a melhor abordagem para o tratamento de íleo biliar, se cirúrgica ou conservadora, é bastante atual e controversa. O tratamento cirúrgico para extração do cálculo biliar por meio da enterolitotomia ainda é o pilar no manejo de pacientes com íleo biliar. No entanto, as experiências atuais quanto ao cuidado conservador desta rara complicação de colelitíase, em paciente idosos portadores de morbidades, tem demonstrado resultados satisfatórios, com bom prognóstico. Isso principalmente aliado à um diagnóstico clínico e radiológico realizado de forma precoce.

REFERÊNCIAS

- 1) Kreve F, Takada J, Gatto J, Perda FS, Artifon EL. Biliary ileus: case report. *Rev. gastroenterol. Perú.* 2017; 37(2): 173-176.
- 2) Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol.* 2018; 25(2): 189–196.
- 3) C.F. Ploneda-Valencia, M. Gallo-Morales, C. Rinchon, E. Navarro-Muñiz, C.A. Bautista-López, L.F. de la Cerda-Trujillo et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Revista de Gastroenterología de México.* 2017; 82 (3): 248-254
- 4) Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* Jan 27, 2016; 8(1): 65-76.
- 5) Nácul MP, Fabris MV, Costa RG. Obstrução Intestinal por Jejuno-biliar - Relato de Caso. *ABCDEExpress.* 2018;1:e10.
- 6) Santos LRA, Oliveira KDR, Mascarenhas BB. Íleo biliar: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26:e-1809.
- 7) Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Ângulo AI, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *Cir Cir.* 2018;86:182-186.