

ÍLEO BILIAR IMPACTADO EM ÍLEO PROXIMAL: UM RELATO DE CASO

Maria Fernanda Possari Vitro¹; Caio Cesar Safranski Martins¹; Luiz Gabriel Souza Domingues de Matos¹; Stephany Joaquim do Nascimento¹; Tiffany Siqueira Alves¹; Yunes Ahmed Kohatsu Geha¹; Karoline Moreira Veiga¹; Daniel Miguel Mauro².

¹ (Universidade Estadual de Londrina);

² (Departamento de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Londrina).

Autor para correspondência: maria.fernandapossari@uel.br

Palavras-chave: apendicite; cirurgia; colelitíase; íleo; obstrução intestinal

INTRODUÇÃO

O íleo biliar é uma rara obstrução do trato gastrointestinal, uma complicação da colelitíase, que consiste na presença de cálculos biliares no lúmen intestinal. Possui uma clínica diversa, com sintomas variando de dor abdominal à obstrução completa do trato gastrointestinal, sendo considerado uma urgência médica em casos agudos.

OBJETIVO

Devido a sua raridade e complexidade, o presente relato descreve a história clínica de uma paciente com íleo biliar, visando contribuir com melhor entendimento dessa patologia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 56 anos, obesidade grau 1, procurou Pronto Socorro com quadro de dor abdominal difusa há 4 dias, náusea, vômito, hiporexia e abdome doloroso à palpação profunda dos quatro quadrantes. Os exames laboratoriais indicaram proteína C-reativa (PCR) elevada e leucocitose. Exame de Tomografia Computadorizada (TC) contrastada de abdome apontou inflamação de apêndice cecal. Submetida à apendicectomia videolaparoscópica, por quadro de apendicite aguda não complicada. No pós-operatório (PO), apresentou piora do quadro clínico e laboratorial, evoluiu com obstipação, vômito fecalóide e piora da dor abdominal. Foi realizado nova TC no 5º PO, evidenciando obstrução mecânica de alto grau do trânsito intestinal por íleo biliar (cálculo de 2 cm impactado em íleo proximal, a nível do flanco esquerdo) (figura 1) e presença de fístula bilioentérica (continuidade entre a parede inferior da região infundibular da vesícula e a região piloro-duodenal adjacente) (figura 2). Paciente foi submetida à laparotomia exploradora (LE), com enterolitotomia e enterorrafia, sem exploração de via biliar por bloqueio local. Paciente evoluiu bem, com retorno das funções fisiológicas, normalização dos exames laboratoriais e alta 8 dias após LE.



Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando cálculo biliar de 2 cm impactado em íleo proximal do íleo, a nível do flanco esquerdo (quadrado vermelho).

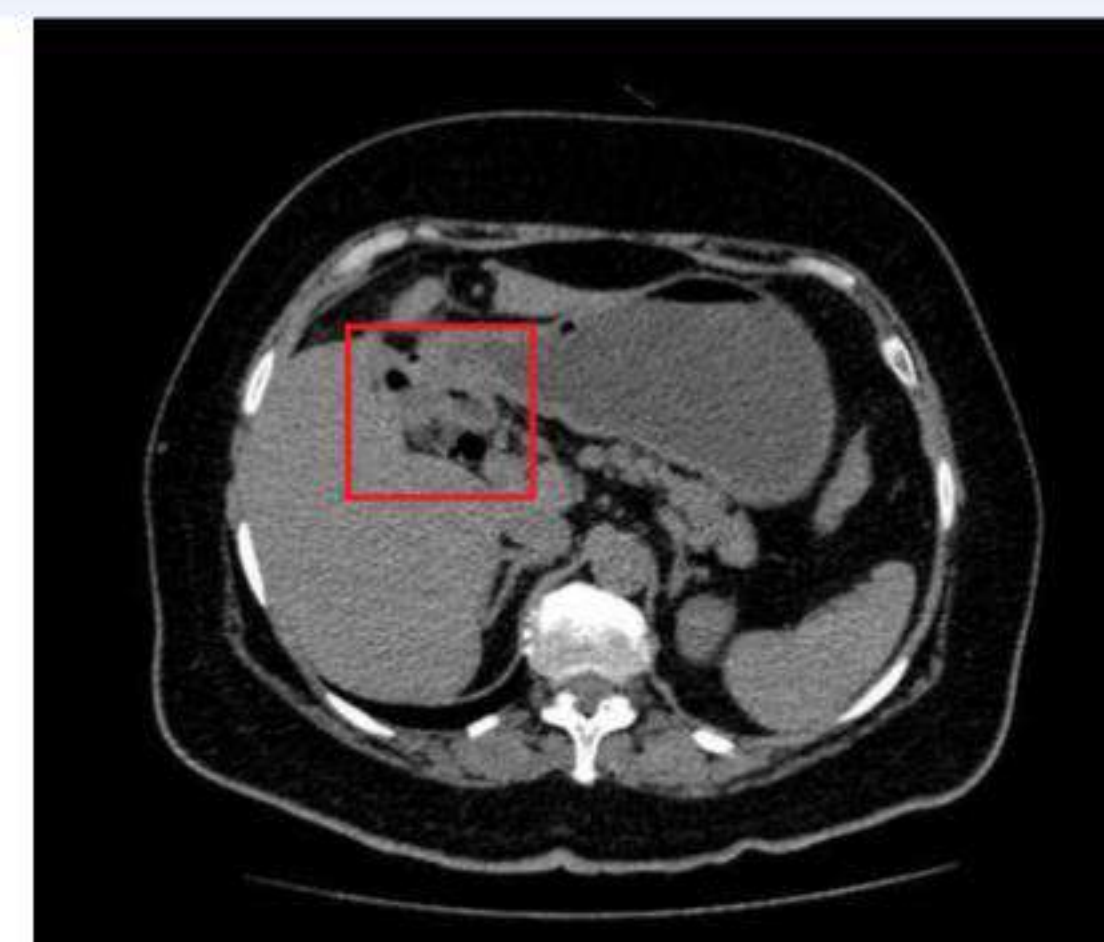


Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome evidenciando fístula bilio entérica, caracterizada pela solução de continuidade entre a parede inferior da região infundibular da vesícula e a região piloro-duodenal adjacente.

DISCUSSÃO

O íleo biliar acomete principalmente mulheres, obesos e idosos^{1,2}. A fisiopatologia decorre de episódio prévio ou recorrente de colecistite aguda, seguida de inflamação dos tecidos adjacentes à vesícula biliar, gerando aumento da permeabilidade vascular e consequentes aderências entre a vesícula e o intestino delgado, originando fístula colecistoentérica^{2,3}, que permite migração do cálculo para o intestino, podendo impactar e obstruir². O local mais comum de impactação é no íleo terminal², enquanto a obstrução duodenal ocorre em 1-3% dos casos, já a impactação no íleo proximal, é a forma mais incomum⁴. A doença pode ser de caráter agudo, subagudo ou crônico. A forma aguda apresenta distensão abdominal, vômito e obstipação; a subaguda, obstipação e flatos; já a crônica tem episódios recorrentes de dor progressiva a cada nova impactação (chamada obstrução cambalhota) seguidos de longos períodos assintomáticos até a completa obstrução^{3,5}. Diagnóstico através de TC e radiografia², necessitando, para comprovar, de 2 dos 3 sinais da tríade de Rigler: obstrução intestinal, cálculos biliares ectópicos e pneumobilia^{1,3}. O tratamento cirúrgico possibilita solucionar o íleo biliar, a fístula e, se possível, realizar colecistectomia⁶.

CONCLUSÃO

O íleo biliar é uma condição rara de difícil diagnóstico precoce. Devido à incidência em grupos de risco, o diagnóstico e seu tratamento são essenciais para melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. ALENCASTRO, Maria Cristina de et al. Acute intestinal obstruction due to gallstone ileus. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40 (4): 275-280
2. BRUNELLI, Ana Claudia et al. Ileo biliar: relato de caso. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. vol 60: 32-4. 2015.
3. VALENCIA-PLONEDA, C. F. et al. Gallstone ileus: An overview of the literature. Revista de Gastroenterologia de México. 2017; 82 (3): 248-254
4. MAVROEIDIS, Vasileios K. et al. Bouveret syndrome—the rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review. Case Reports in Surgery, v. 2013, 2013.
5. Santos LR de A, Oliveira KDR de, Mascarenhas BB. Gallstone ileus: case report. Revista Médica de Minas Gerais. 2016;26.
6. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 re-ported cases. Am Surg. 1994;60(6):441-6