

# Íleo biliar: relato de seis casos e revisão da literatura

## *Gallstone ileus: an analysis of six patients and a review of the literature*

**RUBEM GERD WEISS**  
**LÚCIO FLÁVIO DE OLIVEIRA**  
**VICENTE ANTÔNIO SUSIN**  
**MÁRCIO DE OLIVEIRA**

Cirurgiões Gerais do Hospital Ernesto Dornelles.

**TANARA WEISS** – Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Trabalho realizado no Hospital Ernesto Dornelles.

✉ Endereço para correspondência:

**Tanara Weiss**

Rua Carlos Trein Filho, 750/304

90450-120 – Porto Alegre – RS – Brasil

☎ (51) 9954-0471/3333-0858

✉ tweiss@zaz.com.br

### SINOPSE

Os autores descrevem seis casos de íleo biliar. O diagnóstico foi realizado com base nos sinais e sintomas clínicos e através dos achados radiológicos, ecográficos e endoscópicos do trato gastrointestinal. Todos os pacientes foram para laparotomia com propulsão retrógrada e enterotomia para retirada do cálculo da luz intestinal. Em nenhum caso foi realizada colecistectomia ou abordagem da fístula colecistoentérica na primeira cirurgia.

Os autores fazem uma revisão da literatura e apresentam os fatores predisponentes, as formas de apresentação clínica e o manejo apropriado do íleo biliar.

UNITERMOS: Íleo Biliar, Enterotomia, Fístula Colecistoentérica.

### ABSTRACT

*Six cases of gallstone ileus is related. The diagnoses was based on clinical features and radiographic, ultrasonographic and endoscopic examination. All patients underwent laparotomy and the stones were removed by enterotomy and the obstruction was relieved by manual propulsion of the stones. No one-stage cholecystectomy and biliary enteric fistula repair were performed.*

*A review of literature was done. The authors present the risk factors, clinical presentation and adequate treatment of gallstone ileus.*

KEY WORDS: Gallstone Ileus, Enterotomy, Biliary Enteric Fistula.

Inicialmente, os sintomas do íleo biliar são vagos e intermitentes, provavelmente porque os cálculos causam somente obstrução parcial no lúmen intestinal. Gradualmente, o tamanho da obstrução aumenta pela sedimentação de conteúdos intestinais, até que se torna completa com a instalação de um quadro de dor e distensão abdominal associados a vômitos (2, 6). Os pacientes podem também apresentar episódios de diarreia, e, se o cálculo biliar progride espontaneamente com alívio posterior dos sintomas, o médico pode erroneamente fazer o diagnóstico de gastroenterite (2).

## INTRODUÇÃO

Entende-se por íleo biliar a obstrução do trato gastrointestinal (TGI) devido a um cálculo biliar. É uma condição rara, sendo responsável por 1 a 3% das obstruções intestinais, em geral, e aproximadamente 25% dos casos de oclusão que acometem pacientes acima de 65 anos (1, 2). O íleo biliar ocorre predominantemente em pacientes do sexo feminino, o que é justificado pela maior incidência de litíase nas mulheres (1, 2, 3, 4). Aproximadamente 50% dos pacientes com a doença têm história de doença biliar, embora somente 0,3 a 0,5% de todos os pacientes com colelitíase vão apresentar o íleo biliar (3,5).

Os cálculos são em sua quase totalidade oriundos da vesícula biliar, em-

bora possam também ser formados nos canais intra e extra-hepáticos. O íleo biliar é precedido por um episódio inicial de colecistite aguda. A seguir, surge inflamação nos tecidos que circundam a vesícula biliar e formam-se aderências entre esta e o intestino. O cálculo responsável produz erosão gradual através das paredes reunidas, formando uma fístula colecistoentérica, com migração do mesmo. A fístula se faz, em mais de 70% dos casos, com o duodeno, mas outros locais como estômago, jejuno e íleo são acometidos (1, 4). O local mais freqüente de impactação do cálculo é o íleo terminal, que representa a porção mais estreitada do intestino delgado. Estatisticamente, os cálculos acima de 2,5 cm de diâmetro são os mais suscetíveis de causar obstrução (1, 3, 5, 6, 7).

## RELATO DE CASO

Foram revisados os prontuários de seis pacientes tratados cirurgicamente por íleo biliar entre os anos de 1988 e 1999. Todos os pacientes eram mulheres, com idades entre 71 e 90 anos. No momento da internação, duas pacientes apresentavam cirurgias prévias; e quatro, quadro de litíase biliar. Cinco pacientes tinham patologias associadas, sendo as cardiopatias as mais prevalentes.

As pacientes queixavam-se de dor abdominal, com distensão e vômitos, sendo que a duração dos sintomas variaram de 1 a 9 dias até o momento da internação. Nenhuma paciente apresentava hipertermia. Realizou-se radiogra-

fia do abdome, que mostrou distensão das alças intestinais e, em um caso, a presença de pneumobilia foi diagnóstica. A endoscopia digestiva foi realizada em duas pacientes no pré-operatório, sendo evidenciado um orifício fistuloso na parede anterior do duodeno em um caso e um cálculo de seis centímetros no outro. Foi realizado trânsito baritado intestinal em uma paciente que mostrou obstrução ao nível do jejuno, sem evidenciar trajetos fistulosos. Todos os casos foram submetidos à laparotomia exploradora.

A obstrução por cálculos aconteceu no íleo distal em cinco casos. Os cálculos apresentavam um tamanho médio de 4,5 cm, sendo o maior de 6 cm e o menor de 3,5 cm. A remoção cirúrgica dos cálculos biliares da luz intestinal foi realizada por enterotomia acima do nível da obstrução, após propulsão manual retrógrada, evitando-se a incisão sobre o local da obstrução devido ao edema e maior índice de complicações pós-operatórias. Em um dos casos relatados, realizou-se enterectomia segmentar por perfuração bloqueada de divertículos de jejuno proximal. Os pacientes evoluíram sem complicações cirúrgicas maiores, permanecendo internados por 14,5 dias em média. Uma paciente no trigésimo pós-operatório apresentou obstrução intestinal recorrente por impactação de outro cálculo biliar, sendo submetida a nova laparotomia. Não houve óbitos.

## **D**ISSCUSSÃO

O diagnóstico etiológico do íleo biliar raramente é feito no pré-operatório, contudo a predominância em faixa etária elevada e em indivíduos obesos e do sexo feminino deve ser considerada (1). O Raio -X de abdome ajuda a fazer o diagnóstico no pré-operatório, sendo que os achados mais característicos são ar na via biliar (pneumobilia), evidência de obstrução intestinal parcial ou completa, a localização de um cálculo em um local aberrante, além da mudança de posição de um cálculo observado previamente (2, 3,

4, 5). A presença dos dois primeiros sinais é patognomônica de íleo biliar, sendo encontrada em 40-50% dos casos (5). Em nossa série, apenas um caso apresentava mais do que um achado radiológico descrito (ar nas vias biliares e sinais de obstrução intestinal).

Deve-se sempre tentar excluir outras patologias que causem obstrução intestinal, como a hérnia estrangulada, intussuscepção, apendicite, pancreatite aguda e trombose mesentérica (1, 5).

O objetivo primário do tratamento é a resolução da obstrução intestinal, com propulsão retrógrada do cálculo e enterotomia para retirada deste da luz intestinal, com incisão no bordo anti-mesentérico do intestino. A ressecção intestinal é indicada quando ocorre perfuração ou necrose do segmento envolvido. Deslocamento manual do cálculo através da válvula íleo-cecal pode levar a riscos de descolamento da mucosa e ruptura da serosa da parede intestinal (1, 2, 3). Há controvérsias em relação ao tipo de cirurgia empregada: enterotomia e remoção do cálculo somente (enterolitotomia) ou enterolitotomia em associação com colecistectomia e correção da fístula. Se o fechamento da fístula não é realizado, o paciente pode apresentar uma série de complicações como íleo recorrente, colecistite, colangite e carcinoma de vesícula biliar (2, 3, 6, 7). Por outro lado, aqueles que defendem a enterolitotomia somente argumentam que a possibilidade de íleo recorrente é rara, como as demais complicações decorrentes da persistência da fístula colecistoentérica. Além disso, os autores referem um aumento, embora não significativo, nas taxas de morbidade e mortalidade, quando se faz a correção da fístula. A adição de colecistectomia e manuseio da fístula é justificada somente em pacientes selecionados, capazes de suportar um tempo cirúrgico mais prolongado. Esta abordagem também está indicada para pacientes com necrose da vesícula biliar ou empiema. A realização de colecistectomia em um segundo estágio deve ser oferecida para pacientes que persistem com sintomatologia após a enterolito-

tomia e àqueles cuja expectativa de vida é elevada (2, 3).

A cirurgia tem sido o tratamento de escolha desta patologia, mas como mais de 50% desses pacientes têm comorbidades (obesidade, diabete melito e doença cardiovascular), procedimentos menos invasivos têm sido propostos. Quando o cálculo se aloja no estômago, remoção endoscópica pode ser tentada. Uma obstrução da porção transversa do duodeno tem sido manejada com sucesso com litotripsia eletro-hidráulica e a colonoscopia tem sido útil no diagnóstico e resolução da obstrução do cólon e íleo terminal secundária à impactação do cálculo (5, 8).

Uma vez confirmada a necessidade de cirurgia, medidas complementares de hidratação, nutrição parenteral e uso de antibióticos (profilático ou terapêutico) deverão ser efetuadas. Na suspeita de colangite ou colecistite, a antibioticoterapia deverá ser direcionada à flora bacteriana predominante nos pacientes idosos com litíase biliar. Faz-se o uso de um aminoglicosídeo (Gentamicina) e um anaerobicida (Metronidazol ou Clindamicina), associado à Ampicilina, pela alta incidência de *Enterococcus*. Nos pacientes submetidos a enterolitotomia somente, sem sinais evidentes de infecção na via biliar, opta-se por um tratamento profilático com uma cefalosporina de segunda geração (Cefoxitina).

O pós-operatório de íleo biliar é geralmente prolongado e infecções ocorrem entre 20 a 55 por cento dos casos estudados (3). A recorrência de íleo biliar foi reportado em 2 a 13 por cento dos pacientes após intervenção cirúrgica (1, 3). Muitas vezes, um novo íleo-biliar ocorre por cálculos adicionais não detectados durante o primeiro procedimento. A mortalidade varia de 5 a 25 por cento dos casos, sendo inexistente em nosso estudo (1, 2, 3). Em estudos recentes, um decréscimo da morbimortalidade vem sendo demonstrado em pacientes com íleo-biliar, sugerindo que o uso de antibioticoprofilaxia, manuseio peri-operatório e cuidados em unidades de tratamento intensivo apresentam papel preponderante (2, 4).

## CONCLUSÃO

O íleo biliar representa uma emergência médica e seu tratamento deve ser direcionado para solucionar o quadro de obstrução intestinal. A realização de enterolitotomia, colecistectomia e fechamento da fístula não pode ser defendido como o procedimento de escolha, em virtude do ligeiro aumento na morbidade e na mortalidade. Portanto, os autores são favoráveis a enterolitotomia somente na maioria dos pacientes com íleo biliar, embora o procedimento em um único estágio possa ser aceitável em pacientes de baixo risco cirúrgico. Faz-se necessário desta forma

identificar, através de estudos bem delineados, quais seriam estes pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SAVASSI PR, ANDRADE JI, SOUZA C. Tipos especiais de obstrução intestinal. Em *Abdômen Agudo – Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo : Editora Médica e Científica Ltda, 1993; 667-694.
2. LOBO DN, JOBLING JC, BALFOUR, TW. Gallstone Ileus: Diagnostic Pitfalls and Therapeutic Successes. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30(1):72-76.
3. SANJUÁN JCR, CASADO F, FERNÁNDEZ MJ, MORALES DJ, NARANJO A. Cholecystectomy and Fistula closure versus Enterolithotomy alone in Gallstone Ileus. *British Journal of Surgery* 1997; 84:634-637.
4. REISNER RM, COHEN JR. Gallstone Ileus: A review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60:441-446.
5. LÜBBERS H, MAHLKE R, LANKISCH PG. Gallstone Ileus: Endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum. *Journal of Internal Medicine* 1999; 246:593-597.
6. KURTS RJ, HEIMANN TM, BECK AR, KURTS AB. Paterns of treatment of gallstone ileus over a 45 year period. *Am J Gastroenterol* 1985; 80:95-8.
7. ZUEGEL N, HEHL A, LINDEMANN F, WITTE J. Advantages of one-stage repair in case of gallstone ileus. *Hepatogastroenterology* 1997; 44(13):59-62.
8. SHENOY VN, LIMBEKAR S, LONG PB, BASHAR AA. Relief of small bowel obstruction following colonoscopy in a case of gallstone ileus. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30(3):326-328.