

TRATAMENTO COLONOSCÓPICO DE ÍLEO BILIAR: RELATO DE UM CASO.

COLONOSCOPIC TREATMENT OF GALLSTONE ILEUS: A CASE REPORT.

Caroline **CUNICO**¹, Julianna Storace de Carvalho **AROUCA**¹, Luiz Paulo **GORSKI**¹,
Larissa Machado e Silva **GOMIDE**², Bruna Streppel **FOSSATI**³, Leticia **ROSEVICS**³,
Bruno **VERSCHOOR**⁴, Julio Japiassu Marinho de **MACEDO**⁵, Benur **POLONIO**⁶.

Rev. Méd. Paraná/1597

Cunico C, Arouca JSC, Gorski LP, Gomide LMS, Fossati BS, Rosevics L, Verschoor B, Macedo JJM, Polonio B. Tratamento colonoscópico de íleo biliar: relato de um caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2021;79(1):82-84.

RESUMO - O íleo biliar representa de 1 a 4% das causas de obstrução mecânica do trato gastrointestinal, causado por um cálculo de origem biliar quando atinge a luz intestinal através de uma fístula bilioentérica. O seu tratamento normalmente é cirúrgico através da enterolitotomia, com ou sem realização de colecistectomia e correção da fístula bilioentérica no mesmo tempo cirúrgico. Relata-se o caso de um paciente de 78 anos com obstrução intestinal ao nível do íleo terminal. Devido ao risco cirúrgico elevado optou-se pela realização de colonoscopia de urgência, que extraiu um cálculo de 2,1cm, impactado na válvula ileocecal. O paciente evoluiu bem após o procedimento, sendo optado pelo tratamento conservador da vesícula biliar e fístula durante o internamento. Conclui-se que pacientes de alto risco se beneficiam com procedimentos menos invasivos, como os endoscópicos, que além de diagnósticos podem ser terapêuticos.

DESCRITORES - Obstrução intestinal, Fístula, Fístula biliar, Fístula do sistema digestório, Fístula intestinal e Vesícula biliar.

INTRODUÇÃO

O íleo biliar é uma rara complicação da colecistopatia calculosa decorrente da formação de uma fístula entero-biliar e migração de um cálculo volumoso, levando a obstrução mecânica do trato gastrointestinal. Na maioria dos casos a fístula é formada com o duodeno (75%–83%)⁽¹⁾, seguido do cólon e do estômago, apesar de relatos de ocorrência deste fenômeno sem existência prévia de fístula⁽²⁾. O diagnóstico é principalmente radiológico, podendo estar presente ou não a clássica Tríade de Rigler, caracterizada pela presença de nível hidroaéreo em alças intestinais, pneumobilia e cálculo ectópico. Apesar de patognomônica, a tríade completa é achada em 0%–87% dos casos. A grande variação deve-se ao fato de o cálculo se mostrar radio transparente, não sendo possível a sua visualização na radiogra-

fia, sendo a tomografia um método mais sensível para sua detecção⁽³⁾.

O manejo desses pacientes, geralmente mulheres e idosos, é individualizado, podendo divergir consideravelmente a depender de fatores como idade, estabilidade hemodinâmica, presença de sepse, tamanho e posição do cálculo. A abordagem inicial pode ser conservadora caso haja estabilidade hemodinâmica, porém, pela baixa taxa de resolução espontânea, usualmente inclui intervenção cirúrgica⁽⁴⁾. A cirurgia, aberta ou laparoscópica, consiste em uma enterolitotomia para extração mecânica do cálculo impactado, com colecistectomia e fechamento da fístula em um ou dois tempos. Entretanto, como maioria desses pacientes possuem mais que 70 anos de idade e são portadores de múltiplas comorbidades, existe um elevado risco cirúrgico potencial, especialmente em situações emergenciais⁽⁵⁾. Dessa

Trabalho realizado na Unidade de Urgência e Emergência Adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR).

1 - Médico(a) Residente de Cirurgia Geral, HC-UFPR.

2 - Médica Residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo, HC-UFPR.

3 - Médica Residente de Endoscopia, HC-UFPR.

4 - Médico endoscopista, HC-UFPR.

5 - Cirurgião Geral da Unidade de Urgência e Emergência do Adulto, HC-UFPR.

6 - Professor Adjunto de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental, UFPR.

forma, o tratamento minimamente invasivo por endoscopia torna-se uma boa alternativa em casos selecionados, em que é possível ter acesso ao cálculo impactado. Reportamos o caso de um paciente do sexo masculino de 78 anos, com múltiplas comorbidades, que deu entrada em um hospital de referência com o quadro de abdômen agudo obstrutivo, compatível com íleo biliar, submetido à intervenção colonoscópica com sucesso.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 78 anos, diabético, hipertenso e dislipidêmico, buscou atendimento de urgência em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por queixa de dor abdominal e diarreia há dois dias, associados a náuseas e inapetência. Negou febre ou exteriorização de sangramentos. Tinha relato de duas crises semelhantes no último ano, sem necessidade de internação hospitalar. Negava diagnóstico prévio de colelitíase. Após avaliação laboratorial e antibioticoterapia precoce, realizou radiografia de abdome e pelve, que mostrou aerobilia importante e opacificação da luz intestinal ao nível da válvula ileocecal, sugestiva de obstrução mecânica intraluminal, com dilatação de delgado à montante. A tomografia computadorizada do abdome confirmou a presença de aerobilia, bem como a dilatação de alças do intestino delgado até próximo da válvula ileocecal. Desse modo, associando clínica e exames de imagem, foi aventada a hipótese de íleo biliar e, considerando a idade e as comorbidades do paciente, optou-se pela colonoscopia para confirmação diagnóstica e tentativa de extração do cálculo. Durante o referido procedimento, apesar do preparo inadequado, a equipe foi capaz de identificar e retirar um cálculo biliar de aproximadamente 2,5 cm da válvula ileocecal. O paciente evoluiu satisfatoriamente após a intervenção, com boa aceitação dietética e evacuação nas primeiras 48 horas subsequentes. Após a compensação da injúria renal aguda, recebeu alta no terceiro dia após o procedimento com diurese preservada, normocalemia e taxa de filtração glomerular dentro dos parâmetros da normalidade.

DISCUSSÃO

O íleo biliar designa um quadro de obstrução mecânica de algum segmento do tubo digestivo causado por um cálculo biliar, que atinge a luz intestinal através de uma fístula biliar. A etiopatogenia principal é a colelitopatia crônica calculosa que evolui com inflamação dos tecidos adjacentes à vesícula biliar formando aderências entre esta e o intestino. O cálculo responsável migra da vesícula para o delgado através de uma erosão progressiva das paredes vizinhas formando uma fístula colecistoentérica⁽³⁾. Conforme é possível constatar no caso descrito, no quadro clínico habitualmente não há sinais altamente sugestivos de doença biliar, o que dificulta o diagnóstico.

Essa condição acomete com mais frequência pa-

cientes idosos, mulheres e obesos^(5,6). A radiografia de abdome pode demonstrar obstrução intestinal mecânica, pneumobilia e cálculo ectópico na luz intestinal, caracterizando a clássica Tríade de Rigler⁽⁷⁾. No caso descrito foi possível constatar apenas dois achados que compõe a tríade, sendo esses sinais a obstrução intestinal e a pneumobilia. A literatura aponta que, devido à radiotransparência, a constatação do cálculo na topografia intestinal pode ser um achado incomum, existindo grande variabilidade na descrição literária da tríade completa⁽³⁾.

Atualmente, o exame de imagem com maior importância diagnóstica para o íleo biliar é a tomografia computadorizada de abdômen, devido à sua melhor resolução. Em casos de íleo biliar, a tomografia detecta os elementos da Tríade de Rigler em aproximadamente 77% dos casos em contraposição aos 15% da radiografia⁽⁸⁾. Ressalta-se que no caso aqui descrito a tomografia não foi capaz de mostrar com precisão a presença do cálculo na topografia intestinal, mas apenas o achado de obstrução da luz do íleo distal, sem a presença de fator extrínseco, é um achado altamente sugestivo.

O tratamento desta enfermidade ainda é controverso. Apesar de existirem relatos de resolução espontânea⁽¹⁰⁾, geralmente cursa com obstrução intestinal aguda e o objetivo é remover o cálculo para resolução do quadro. Habitualmente, a remoção é cirúrgica e pode ser conduzida através de uma enterolitotomia aberta ou videolaparoscópica, com ou sem a realização de colecistectomia ou correção da fístula bilioentérica em um mesmo procedimento cirúrgico, visando evitar recidivas do quadro obstrutivo e outras complicações da litíase biliar^(8,9). Não existe, porém, um consenso em função da baixa incidência desta enfermidade, sendo encontradas descrições de cirurgia aberta, laparoscópica, remoção endoscópica e litotripsia⁽⁹⁾. No caso em questão optou-se pela realização de uma colonoscopia, tratamento menos invasivo e, portanto, benéfico ao paciente, levando em consideração a sua idade, as múltiplas comorbidades associadas e seu quadro agudo com necessidade de tratamento urgente. Apesar do preparo colônico inadequado, devido ao quadro de urgência, foi possível a identificação e desimpactação da luz intestinal na topografia da válvula ileocecal, onde foi retirado um cálculo de 2,1cm. A abordagem endoscópica mostrou-se opção válida em casos semelhantes relatados na literatura⁽¹¹⁻¹³⁾.

O íleo biliar é, portanto, uma condição rara na prática clínica, para a qual não há indicações claras e absolutas em seu manejo cirúrgico de eleição. Pode-se optar pela abordagem cirúrgica aberta ou laparoscópica, com ou sem reparo da fístula bilioentérica e colecistectomia em um mesmo tempo cirúrgico. Contudo, pacientes na urgência e com alto risco cirúrgico podem se beneficiar com procedimentos menos invasivos, como a colonoscopia, que além de diagnóstica também é terapêutica. A escolha do método de tratamento para o quadro agudo, bem como o manejo em primeiro ou segundo

tempo da vesícula biliar e da fístula, devem ser individualizado, levando-se em consideração as comorbidades, idade e estado geral de cada paciente. Conclui-se, portanto, que através do presente relato de caso os mé-

todos menos invasivos, como a colonoscopia, podem ser efetivos no tratamento desta patologia, com a vantagem de apresentar uma rápida recuperação e menor tempo de internamento.

Cunico C, Arouca JSC, Gorski LP, Gomide LMS, Fossati BS, Rosevics L, Verschoor B, Macedo JJM, Polonio B. Colonoscopic treatment of gallstone ileus: a case report. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2021;79(1):82-84.

ABSTRACT - The gallstone ileus represents 1 to 4% of the causes of mechanical obstruction from gastrointestinal tract, caused by a gallstone when it reaches the intestinal lumen through a bilioenteric fistula. The treatment is usually the enterolithotomy, with or without cholecystectomy and correction of the bilioenteric fistula at the same surgical time. We report a case of a patient, 78 years old, with intestinal obstruction at the level of the ileocecal valve. The examination showed abdominal distension and pain, with no signs of peritonitis. Due to the surgical risk, an emergency colonoscopy was performed, which removed a 2.1 cm gallstone impacted into the ileocecal valve. The patient evolved well after the procedure and it was chosen the conservative approach to the gallbladder and fistula during the same hospital stay. We conclude that the high-risk patients could benefit from less invasive treatments, such as endoscopy, which can be diagnoses and therapeutic.

KEYWORDS - Intestinal obstruction, fistula, Gallstone ileus, Digestive system fistula, Intestinal fistula and Gallbladder.

REFERÊNCIAS

1. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol*. 2019;6(1):e000344.
 2. Pezzoli A, Maimone A, Fusetti N, Pizzo E. Gallstone ileus treated with non-surgical conservative methods: a case report. *J. MedCase Rep*. 2015;9:15.
 3. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg*. 2016;8(1):65-76.
 4. Jakubauskas M, Luksaitė R, Sileikis A, Strupas K, Poskus T. Gallstone Ileus: Management and Clinical Outcomes. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):598.
 5. Rodriguez-Sanjuan JC, Casado F, Fernández MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg*. 1997;84(5):634-7.
 6. Rigler L, Borman C, Noble J. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA*. 1941;117(21):1753-9.
 7. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, Pinto A, Gatta G, Mazzeo R. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol*. 2004;50(1):23-9.
 8. Marçal MB, Santos LMP, Souza AV. Abdome agudo obstrutivo secundário a íleo biliar - relato de caso. *GED Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva*. 2014;33(4):141-4.
 9. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdome agudo por obstrução por ileobiliar. *Rev Col Bras Cirur*. 2013;40(4):275-80.
 10. Tandon A, Usha T, Satish KB, Bhatt S, Bhargava S, Prakash M, et al. Resolution of gallstone ileus with spontaneous evacuation of gallstone: a case report. *Indian J Surg*. 2013;75:228-31
 11. Lubbers H, Mahlke R, Lankisch PG. Gallstone ileus: endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum. *J Inter Med*. 1999;246:593-7.
 12. Katsinelos P, Dimiropoulos S, Tsolkas P, Baltagiannis S, Kapelidis P, Galanis I, et al. Successful treatment of duodenal bulb obstruction caused by a gallstone (Bouveret's syndrome) after endoscopic mechanical lithotripsy. *Surg Endosc*. 2002;16:1363.
 13. Muratori R, Cennamo V, Menna P, Cecinato P, Eusebi LH, Mazzella G, et al. Colonic gallstone ileus treated with radiologically guided extracorporeal shock wave lithotripsy followed by endoscopic extraction. *Endoscopy*. 2012;44:88-9.
-