

## CASO CLÍNICO

# Ileus biliar – complicação rara de litíase vesicular

Autores: J. Torres<sup>1</sup>, C. E. Costa Almeida<sup>2</sup>, M. Ferreira<sup>1</sup>, R. Ferreira<sup>1</sup>, C. Agostinho<sup>1</sup>,  
C. M. Costa Almeida<sup>2</sup>, M. J. Campos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (CHC-EPE)

<sup>2</sup>Serviço de Cirurgia do CHC – EPE

**RESUMO** | O ileus biliar é uma causa rara de oclusão mecânica do intestino, afectando mais frequentemente doentes idosos com comorbilidades associadas. Deve-se à impactação de um cálculo de grandes dimensões a nível do delgado. O diagnóstico é frequentemente tardio uma vez que os sintomas podem ser intermitentes e a investigação diagnóstica não identificar a causa da obstrução. Continua actualmente a ser um quadro associado a taxas relativamente altas de morbi-mortalidade.

Os autores apresentam um caso de ileus biliar em que a conjugação dos elementos clínicos, endoscópicos e imagiológicos permitiu fazer um diagnóstico pré-operatório correcto e instituir o tratamento cirúrgico atempadamente, resolvendo de forma eficaz o quadro oclusivo.

**SUMMARY** | Gallstone ileus is a rare cause of mechanical intestinal obstruction, occurring most frequently in the elderly with associated co-morbidity. It is due to the impaction of a large gallstone in the small bowel. The diagnosis is often delayed as symptoms can be intermittent and clinical investigation is usually not able to identify the true cause of obstruction. It remains associated with a high morbidity and mortality.

The authors present a clinical case where the clinical, radiologic and endoscopic examinations permitted a correct pre-operative diagnosis, allowing the timely surgical treatment and effectively solving the occlusion.

## INTRODUÇÃO

A litíase biliar é uma doença comum, com uma prevalência estimada em cerca de 10%<sup>(1)</sup>. É sintomática apenas em 20-30% dos casos, sendo a cólica biliar a forma de apresentação mais frequente. Embora raramente (taxa <1%/ano), faz-se acompanhar de complicações bem conhecidas e por regra de fácil diagnóstico como a colecistite aguda, pancreatite aguda e coledocolitíase com colangite. Existem outras complicações menos frequentes e mais difíceis de reconhecer na prática clínica como o Síndrome de Mirizzi, a fístula colecistocolélica e o ileus biliar.

O ileus biliar é uma emergência cirúrgica pouco frequente. Descrito por Bartolin em 1654, é uma causa rara de obstrução intestinal mecânica: 1-4% do total de casos de oclusão, chegando aos 25% em doentes com idade superior a 65 anos e patologia biliar prévia<sup>(3,5)</sup>.

Ocorre predominantemente em doentes do sexo feminino<sup>(3-16:1)</sup>, o que se justifica pela maior prevalência de litíase em mulheres, e afecta grupos etários avançados, verificando-se que a sua incidência aumenta com a idade (idade média entre os 65-75 anos).

Deve-se à impactação de um ou mais cálculos no ileum após a sua passagem para o intestino através de uma fístula bilio-entérica e mais raramente através da papila. Esta fístula localiza-se normalmente a nível do duodeno, embora possa ocorrer em qualquer ponto do tracto gastrointestinal (cólon, estômago e intestino delga-

GE - J Port Gastrenterol 2009; 16: 159-162

Recebido para publicação: 11/04/2008

Aceite para publicação: 29/08/2008

do). Muito frequentemente existe história prévia de cólica biliar ou colecistite.

O objectivo principal do tratamento é permitir a resolução da obstrução intestinal. A optimização do equilíbrio hidro-electrolítico do doente é fundamental. A cirurgia é o tratamento de eleição para a maioria dos doentes e consiste na remoção do cálculo através de uma enterolitotomia – incisão longitudinal e remoção do cálculo – ou da ressecção do segmento atingido se a anterior não fôr possível ou se houver compromisso vascular do intestino. A procura de outros cálculos é mandatória. O encerramento da fístula e a remoção da vesícula podem ser feitos no mesmo acto operatório (“one-stage surgery”) ou realizadas posteriormente (“two-stage surgery”), dependendo das condições locais e gerais do doente, da experiência e preferência do cirurgião.

### CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, de 90 anos de idade que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por vómitos biliares que não quantificava, com um dia de evolução. Não referia queixas de dor abdominal, febre ou alteração do trânsito intestinal associadas. Ao exame objectivo apresentava-se consciente, orientado e medianamente colaborante, com pele e mucosas coradas mas desidratadas. A auscultação cardio-pulmonar era normal e o abdómen mole e depressível, com ruídos hidroaéreos diminuídos e com dor à palpação do hipocôndrio direito, embora sem defesa. Do estudo analítico destacava-se leucocitose de  $15.100 \times 10^3$  U/L (VR:  $4-10 \times 10^3$  u/L) com neutrofilia (85,6%) e insuficiência renal aguda com ureia de 17,70 mmol/L (VR: 3,9-6,1) e creatinina de 270  $\mu$ mol/L (VR: 53-115); as provas hepáticas eram normais e a PCR de 4 U/L. A radiografia simples do abdómen não apresentava níveis hidroaéreos, mas era possível identificar aerobilia (Figura 1). Na ecografia apresentava vias biliares de calibre normal e aerobilia, não sendo visualizada a vesícula biliar.

O doente foi internado no serviço de Gastreenterologia para vigilância e estudo.

**FIGURA 1** | RX simples do abdómen evidenciando aerobilia.



**FIGURA 2** | Endoscopia digestiva alta: orifício de fístula bilio-entérica.



**FIGURA 3** | Endoscopia digestiva alta: fundo do orifício de fístula bilio-entérica.



Da consulta dos antecedentes médico-cirúrgicos destacava-se um internamento 2 anos antes por colecistite aguda litíásica e uma vinda ao SU 2 meses antes do episódio actual por cólica biliar, tendo tido alta após melhoria sintomática. Nessa ocasião analiticamente apresentava TGP de 189 U/L (VR: 10-66), TGO de 93 U/L

(VR: 15-46), FA de 644 U/L (VR: 38-136), GGT de 1026 U/L (VR: 12-58) e bilirrubina total normal com ecografia a evidenciar discreta ectasia da via biliar principal, vias biliares intra-hepáticas não dilatadas e vesícula biliar multilitíásica. Não havia outros antecedentes de relevo.

Desde o início do internamento verificou-se que o doente apresentava vómitos biliares significativos, com uma drenagem pela sonda nasogástrica que chegou a ser superior a 3 L/dia. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou no bolbo duodenal um orifício de boca larga envolvendo metade da circunferência do lúmen, com bordos elevados, friáveis e erosionados, com 2 recessos aparentemente cegos no fundo (Figuras 2 e 3). As biópsias revelaram mucosa duodenal com infiltrado inflamatório crónico e aspectos compatíveis com lesão ulcerada; colocada a hipótese de fístula bilio-digestiva.

Apesar das medidas de suporte, desenvolveu progressivamente um quadro de paragem de emissão de gases, timpanismo abdominal e ruídos hidroaéreos com timbre metálico, tendo-se admitido estar perante a possibilidade de um quadro de oclusão intestinal por cálculo biliar, pelo que ao 4º dia de internamento foi submetido a laparotomia urgente. O jejuno proximal apresentava-se ligeiramente distendido e identificou-se um cálculo impactado a cerca de 30cm do ângulo de Treitz (Figura 4). Foi realizada jejunolitotomia com extracção de cálculo de grandes dimensões (4 cm) (Figura 5); a palpação manual do restante intestino não identificou outros cálculos. Dada a boa vitalidade do doente e bom estado geral para a idade, optou-se por abordar e desmantelar a fístula com o intuito de fazer a colecistectomia no mesmo tempo operatório. No entanto, não se encontrou a vesícula biliar. O orifício fistuloso a nível da parede duodenal encontrava-se firmemente aderente ao tecido fibroso existente no que era o leito hepático da vesícula. Uma vez separadas essas estruturas, e com o objectivo de evitar a deiscência mais que provável dum encerramento duodenal primário naquelas condições, construiu-se, pelo orifício duodenal, uma duodenostomia

com sonda de Foley. Esta manteve-se mais tempo do que o habitual, por precaução, dada a avançada idade do doente. Foi retirada um mês mais tarde, após o estabelecimento adequado dum trajecto fibroso que encerrou por completo 24 horas após a remoção da sonda. O doente teve alta nessa altura, sem queixas, e assim se tem mantido, em seguimento em consulta de cirurgia.

### DISCUSSÃO

O diagnóstico de ileus biliar deve ser equacionado perante um doente de idade avançada, sem hérnias ou cirurgia abdominal prévia, com antecedentes de patologia biliar, especialmente se for do sexo feminino.

Cerca de 40-60% das fístulas bilio-digestivas são assintomáticas<sup>[4]</sup> e apenas 6-14% produzem ileus biliar<sup>[4]</sup>. Muito raramente, podem ser iatrogénicas e seguir-se a procedimentos como esfincterotomia<sup>[6]</sup> ou coledocoduodenostomia cirúrgica<sup>[2]</sup>.

É aceite que a presença de cálculos de grandes dimensões provoca uma intensa reacção inflamatória crónica provocando redução do fluxo arterial, da drenagem venosa e linfática, o que acaba por conduzir a um aumento da pressão intra-vesicular, favorecendo a necrose da parede e subsequente fistulização com passagem do cálculo para o intestino.

No doente acima apresentado havia vários elementos diagnósticos que nos poderiam fazer suspeitar de ileus biliar. A presença de antecedentes de patologia biliar aliada ao facto de haver evidência ecográfica e radiológica de aerobilia, e de 2 meses antes a ultrassonografia mostrar uma vesícula multilitiásica, posteriormente não identificada, eram elementos altamente sugestivos. A EDA teve um papel fundamental ao permitir a visualização do orifício de fistulização. A conjugação de todos estes dados orientava facilmente para a presença de fístula com migração dos cálculos para o intestino.

Neste doente a vesícula biliar não foi identificada na ecografia inicial, nem posteriormente durante a exploração cirúrgica. Poder-se-á colocar a hipótese que

**FIGURA 4** | Identificação e remoção do cálculo por enterolitotomia.



**FIGURA 5** | Cálculo biliar.



durante o processo de inflamação crónica que culminou na produção de uma fístula de grandes dimensões, tenha sucedido um esvaziamento completo da vesícula para o duodeno, ficando esta reduzida a uns restos fibróticos aderentes ao leito hepático e duodeno.

Para que um cálculo biliar provoque oclusão do intestino delgado, tem que apresentar dimensões mínimas de 2,5-3 cm de diâmetro; o cálculo neste caso apresentava cerca de 40 mm. Reisner e Cohen<sup>[5]</sup> procederam à revisão de 1001 casos de ileus biliar, tendo constatado que os locais mais comuns para a impactação do cálculo são a nível do íleum terminal e da válvula ileocecal (60,5%) em relação provável com um menor diâmetro anatómico e uma peristalse menos activa nestes locais; seguem-se em frequência o jejuno (16%), como neste caso, o estômago (14%), o cólon (4%) e o duodeno (3,5%) (Síndrome de Bouveret); 1,3% dos cálculos passa espontaneamente pelo tracto gastro-intestinal e é expulso natu-

ralmente.

A sintomatologia depende do local onde ocorre a impactação do cálculo. O sintomas típicos são os de uma oclusão do intestino delgado e incluem dores abdominais tipo cólica, vómitos e paragem na emissão de gases e fezes. De acordo com o nível da obstrução, os vómitos podem ser biliares, sugerindo uma oclusão alta, ou fecalóides acompanhando-se de distensão abdominal e fazendo suspeitar uma obstrução baixa. A hemorragia digestiva é uma apresentação pouco frequente<sup>[4]</sup>.

O doente acima descrito nunca apresentou níveis hidroaéreos no RX, o que poderia ter facilitado o diagnóstico. Contudo, numa obstrução alta a clínica é dominada pela presença de abundantes vómitos e pode não existir distensão significativa a montante.

Classicamente estão descritas três formas de apresentação do ileus biliar, conforme o tempo de evolução: a) forma aguda, com uma oclusão mecânica aguda, b) forma sub-aguda, com sub-occlusão intestinal e c) forma crónica ou Síndrome de Karewsky, em que existem intervalos livres prolongados, chegando-se à oclusão através de várias etapas. Sintomas associados como a icterícia e dor no hipocôndrio direito podem estar ausentes em até um terço dos doentes<sup>[2]</sup>. Os sintomas podem ser intermitentes, já que o cálculo se pode ir alojando em vários segmentos intestinais à medida que migra. A obstrução parcial do lúmen pode produzir uma clínica intermitente, o que pode condicionar um atraso no diagnóstico.

São os exames radiológicos, endoscópicos ou laparoscópicos que podem ajudar no diagnóstico definitivo. O RX simples do abdómen é fundamental para estabelecer o diagnóstico. Os sinais clássicos foram descritos por Rigler, Borman e Noble em 1941 e incluem oclusão intestinal, aerobilia e um cálculo de localização aberrante cuja posição se altera em radiografias seriadas, sendo os dois primeiros os mais frequentemente encontrados. A interposição das estruturas gasosas e ósseas e o facto do cálculo ser radiotransparente na

grande maioria dos casos, tornam difícil a sua visualização.

A ultrassonografia pode ser útil para o diagnóstico ao detectar a fístula e o cálculo impactado e confirmar a presença de colelitíase ou coledocolitíase residual. A tomografia axial computadorizada poderá detectar aerobilia, obstrução mecânica, o cálculo ectópico no lúmen intestinal, a distorção da parede vesicular e a fístula colecistoentérica. A endoscopia digestiva pode ser um instrumento auxiliar de diagnóstico valioso pois além de permitir visualizar o orifício de fistulização pode eventualmente detectar o cálculo e proceder à sua destruição e remoção<sup>[9]</sup>.

Apesar de tudo, o diagnóstico pré-operatório correcto apenas é feito em 13 a 74% dos casos<sup>[4, 5, 7]</sup>, com um atraso de 3 – 4,5 dias entre a admissão e a intervenção cirúrgica. Embora se verifique uma melhoria gradual da mortalidade associa-

da ao ileus biliar, esta permanece elevada na ordem dos 15-18%<sup>[5]</sup>.

O tratamento cirúrgico assenta na remoção do cálculo, fazendo-se ressecção do segmento intestinal apenas quando há isquémia ou não se consegue remover o cálculo. Em relação ao tratamento da fístula não há consenso. A favor de a desmantelar e fazer colecistectomia estão o risco de recorrência e a possibilidade de colangite. Contra, está a mortalidade operatória aumentada<sup>[2, 10]</sup>. Uma vez que o doente apresentava bom estado geral, optou-se por tratar a fístula com o objectivo de fazer colecistectomia, sendo o resultado final óptimo apesar de não ter sido detectada a vesícula biliar pelos motivos anteriormente referidos.

O aumento da esperança média de vida da nossa população significou também um aumento das co-morbilidades associadas, que frequentemente contra-

indicam os doentes para colecistectomia electiva. Assim, lidamos com uma faixa de doentes portadores de litíase e predisposta a desenvolver ileus biliar cada vez maior.

Cerca de 80-90% deste grupo de doentes apresenta doenças concomitantes como diabetes mellitus e patologia do foro cardio-vascular, que têm impacto na abordagem e prognóstico. Daí que um alto índice de suspeição e a instituição de um tratamento precoce sejam fundamentais na melhoria do prognóstico. 

## Correspondência

### Joana Torres

Centro Hospitalar de Coimbra, EPE  
Serviço de Gastrenterologia  
Quinta dos Vales  
São Martinho do Bispo  
3046-853 Coimbra  
Telefone: 919 740 545  
E-mail: joanatorres00@gmail.com

## Bibliografia

1. Everhart JE, Khare M, Hill M, Maurer KR. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology* 1999; 117: 632-639
2. Alaa Abou-Saif, Firas H. Al-Kawas. Complications of gallstone disease: Mirizzi Syndrome, Cholecystocholedochal fistula, and Gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 249-254.
3. Chou JW, Hsu CH, Liao KF, Lai HC, Cheng KS, Peng CY, Yang MD, Chen YF. Gallstone ileus: Report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007 February 28; 13 (8): 1295-1298
4. Rodriguez Hermosa JI, Codina Cazador A, Girones Vila J, Roig Garcia J, Figa Francesch M, Acero Fernández D. Gallstone ileus: results of analysis of a series of 40 patients. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 489-494
5. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60: 441-446.
6. Masson JW, Fraser A, Wolf B, Duncan K, Brunt PW, Sinclair TS. Bouveret's syndrome: Gallstone ileus causing gastric outlet obstruction. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 104-105.
7. Schtte H, Bastias J, Csendes A, Yarmuch J, De la Cuadra R, Chiong et al. Gallstone ileus. *Hepatogastroenterology* 1992; 39: 562-565
8. Day EA, Marks C. Gallstone ileus. Review of the literature and presentation of thirty-four new cases. *Am J Surg* 1975; 129: 552-558
9. M. Mendes, R. Rio Tinto, J. Sacadura, J. Guedes da Silva, L. Redondo, A. Carvalho et al. Fístula colecisto-entérica: a propósito de 3 apresentações distintas. *GE – J Port Gastroenterol* 2005, 12: 27-31
10. Calvien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77: 727-42.