



ÍLEO BILIAR COM FÍSTULA COLECISTODUODENAL: UM RELATO DE CASO

Gabriel Paiva Duarte¹; Jan-Peter Correia Sousa Périssé¹, Gustavo Henrique Rovari¹; Jéssica Cunha¹, José Marques da Silva Filho¹, Kerolin Andrade da Silva¹, Felipe Ávila Furtado², Marcos Alvim Abbade².

1. Universidade Federal Fluminense

2. Hospital Estadual Alberto Torres

INTRODUÇÃO

O Íleo Biliar (IB) é uma complicação rara da colelitíase, e importante causa de obstrução intestinal, especialmente nos idosos. Ocorre devido à migração de cálculos biliares para o trato gastrointestinal (TGI). Frequentemente, seu diagnóstico é perioperatório. Seu tratamento é cirúrgico, podendo ser feito em um ou dois tempos.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 77 anos, procurou serviço de emergência relatando dor abdominal difusa seguida de 5 dias de episódios de vômitos e evacuações diminuídas. Apresentava-se desidratada e com abdome distendido. O laboratório evidenciou 16.000 leucócitos, ureia de 234 mg/dL e creatinina de 4,16mg/dL. A tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou gás nas vias biliares intra e extra-hepáticas, parede da vesícula biliar (VB) com espessura de 0,7 mm formando fístula na 2ª porção duodenal (Figura A) e dois fragmentos hiperdensos em alças de intestino delgado, um com 37 x 29 mm e outro com 8 x 26 mm. Permaneceu na terapia intensiva por 5 dias para tratamento da insuficiência renal aguda (IRA). No 6º dia de internação foi submetida à laparotomia mediana com enterolitotomia (Figura B) de 2 fragmentos do que parecia ser um único cálculo biliar. A correção da fístula e a colecistectomia foram planejadas para um segundo momento. Evoluiu bem clinicamente, recebendo alta após 6 dias.

DISCUSSÃO

O IB incide em 0,3% a 0,5% dos pacientes com colelitíase. Representa 4% das obstruções intestinais do intestino delgado na população geral e 25% em pacientes com mais de 65 anos. É mais comum em mulheres que homens, na proporção de 3,5:1. A colecistite provoca a



Figura A) Tomografia computadorizada de abdome evidenciando espessamento de parede da vesícula biliar (seta menor) e fístula colecistoduodenal (seta maior).



Figura B) Enterolitotomia do cálculo de 37 x 29 mm (seta branca).

adesão da VB à parede do TGI, formando uma fístula. A colecistoduodenal é a mais comum (70%), seguida da colecistocólica (14%), colecistogástrica (6%) e coledocoduodenal (4%). Por meio da fístula, o cálculo biliar migra para o TGI e impacta em locais de estreitamento, como no ângulo de Treitz ou na válvula ileocecal. A clínica apresentada é de febre e dor abdominal, seguida de distensão abdominal e vômitos. O diagnóstico é feito por exame de imagem, sendo a TC o padrão ouro. O achado clássico é a Tríade de Rigler. A existência de 2 dos 3 componentes confirmam o diagnóstico. São eles: aerobilia, distensão de alças intestinais e presença de cálculos no seu interior. O paciente pode desenvolver IRA como provável resultado da hipovolemia causada pela deficiente absorção intestinal de fluidos e eletrólitos. O tratamento é cirúrgico. Quando realizado em um tempo faz-se a enterolitotomia junto com a colecistectomia e correção da fístula, enquanto que em dois tempos a remoção da VB e a correção da fístula são planejadas futuramente. Há a preferência por realizar o tratamento em dois tempos por apresentar uma menor morbimortalidade e menor tempo de internação hospitalar. As principais complicações pós-operatórias são a IRA (30,5%), infecção do trato urinário (13,8%) e pseudo-obstrução intestinal (12,4%). A mortalidade do IB varia de 12% a 17%.

REFERÊNCIAS:

- 1- Turner AR, Sharma B, Mukherjee S. Gallstone Ileus. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430834/>.
- 2- Tartaglia D, Bakkar S, Piccini L, et al. Less is more: an outcome assessment of patients operated for gallstone ileus without fistula treatment. Int. J. Case Rep. 2017;38:78-82.
- 3- A Sridhar, Y Sandeep, C Krishnakishore, et al. Gall Stone Ileus with Acute Kidney Injury - A Case Report. Renal Failure. 2011;33(9):908-909.
- 4- Santos LRA, Oliveira KDR, Mascarenhas RB. Íleo biliar: relato de caso. Rev Med Minas Gerais. 2016;26:e-1809.