



ABORDAGENS DISTINTAS NO ILEOBILIAR INTERFERINDO NAS EVOLUÇÕES: RELATO DE CASO

Ana Paula Gonçalves Faria¹; Bruna Marra Aparecida Nunes Marra¹; Fernando Soares Guimarães¹; Isabella Reis Santiago¹; Laura de Castro Simão¹; Marcelo José de Sousa¹; Mariane de Melo Silveira¹; Edson Antonacci Júnior²

¹ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) - MG.

² Cirurgião Geral e preceptor do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) - MG.

INTRODUÇÃO

Complicação pouco frequente da colelitíase, o íleo biliar é caracterizado pela obstrução do trato gastrointestinal por cálculo biliar, sendo mais comum a obstrução ao nível do intestino delgado. O tratamento é cirúrgico, visando desobstruir o lume intestinal, porém, não há uma uniformidade quanto ao tipo de cirurgia, que pode ser em um ou dois tempos. A decisão cirúrgica depende de fatores como gravidade da obstrução, idade do paciente, achados locais, zona hepatobiliar e comorbidades associadas.

RELATO DE CASO 1

Paciente D.S.R.A., sexo feminino, 75 anos de idade, foi admitida no Hospital Regional Antônio Dias, Patos de Minas - MG, encaminhada de vaga zero da UPA, apresentando quadro de dor abdominal e vômito há cerca de 3 dias da admissão, acompanhado de parada da evacuação. No exame físico, paciente apresentava-se torporosa, acianótica, desidratada, corada, afebril, taquidispneica e hemodinamicamente estável. À ausculta cardíaca, apresentava bulhas rítmicas hipofonéticas, sem sopros, FC = 110bpm. À ausculta respiratória, murmúrio vesicular com crepitações difusas, FR = 40irpm. Abdome mostrou-se distendido, flácido, com ruídos hidroaéreos presentes sem massas palpáveis ou visceromegalias, indolor à palpação superficial e profunda. Paciente foi internada com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo. Tomografia computadorizada do abdome superior e pelve apresentou possível fistulização colecistoduodenal, com vesícula evidenciando inflamação a montante. Notava-se distensão de delgado importante e concreção localizada em fossa ilíaca direita, com formação de níveis hidroaéreos. Foi indicada laparotomia exploradora para retirada de corpo estranho em jejuno, medindo 3,5cm, abordando-se com enterolitotomia, colecistectomia e rafia de fístula colecistoduodenal. O pós operatório imediato foi de difícil controle, pois a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica, evoluindo para estado comatoso, permanecendo na UTI. Apresentou episódios diarreicos, melena e evisceração, sendo necessária 2 abordagens e programação de peritonostomia. A paciente continua internada em UTI.

RELATO DE CASO 1

Paciente M.L.C.G., sexo feminino, 74 anos de idade, foi admitida no Hospital Regional Antônio Dias Maciel, Patos de Minas - MG, encaminhada da UPA referindo há 4 dias dor abdominal difusa com piora progressiva, associada a vômitos fecaloides e parada da eliminação de flatos e fezes. Hipertensa, em uso de Hidroclorotiazida. Ao exame físico, apresentava-se deambulante com fászie álgica, desidratada, dor abdominal difusa com leve distensão, defesa voluntária à palpação, intensamente doloroso à palpação profunda com descompressão brusca duvidosa. Em Tomografia Computadorizada, já trazida pela paciente, fistulização da vesícula biliar/loja biliar ao duodeno, notando-se concreção densa medindo 32x22mm, impactada na transição jejunoileal, determinando suboclusão intestinal a montante, associado a níveis hidroaéreos e distensão de alças. Foi encaminhada ao Bloco Cirúrgico, no qual foi realizada somente enterolitotomia, retirando-se um cálculo de 4,5cm. Depois da cirurgia, foi levada à enfermaria, a qual permaneceu por 5 dias para adaptação à dieta e cuidados gerais. Após esse período, a paciente recebeu alta hospitalar.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de íleo-biliar geralmente é feito de forma tardia, após a obstrução luminal, manifestando-se como abdome agudo obstrutivo. É guiado pela Tríade de Riglere exames de imagens. O tratamento cirúrgico é a opção resolutiva, porém, controverso. A enterolitotomia apresenta mortalidade de 11% comparado a 16,9% de mortalidade quando associado à combinação de colecistectomia e abordagem da fístula intra-operatório. Nos dois casos apresentados, observa-se que as diferentes condutas interferiram diretamente na evolução das pacientes. Dessa forma, pode-se concluir que a abordagem da fístula deve ser avaliada com critérios específicos.

REFERÊNCIAS: GUIMARÃES, S. et. al. Ileo biliar - uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL. RIO DE JANEIRO, 2010; 13(1):159-163.

NÁCUL, M.P. FABRIS, M.V. COSTA, R.G. Obstrução intestinal por jejuno-biliar - relato de caso. ABCExpress. 2018;1: e10. DOI:/10.17982/2359-273720180001e10

PEDROSO, M.R.A. TODA, K.S. GUEDES, A.L.V. Doenças da vesícula e das vias biliares. In: MARTINS, M. A. et al. (Org.). Clínica Médica. HC-FMUSP. ed. 2, v. 4, São Paulo: Manole, 2016. cap. 21.

SANTOS, L. R. A. OLIVEIRA, K.D.R. MASCARENHAS, B.B. Íleo biliar: relato de caso. Rev. Med. Minas Gerais 2016; 26: e-1809.