

ABORDAGENS CIRÚRGICAS NO ÍLEO BILIAR: REVISÃO DE LITERATURA

LARISSA HALLAL RIBAS¹; ÁLVARO AUGUSTO DIAS CRESPO²; MARIANA DAMÁSIO WASCHEVICZ³; MILTON ROSA JUNIOR⁴; SIMONE PERAZZOLI⁵; ADELITA CAMPOS ARAÚJO⁶

¹ Universidade Católica de Pelotas – larissahallalribas@gmail.com

² Universidade Católica de Pelotas – aa.crespo@hotmail.com

³ Universidade Católica de Pelotas – mariana_damasiow@hotmail.com

⁴ Universidade Católica de Pelotas – miltonrosaj@gmail.com

⁵ Universidade Católica de Pelotas – simone_perazzoli@hotmail.com

⁶ Universidade Católica de Pelotas – adelitacam@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Uma das complicações da Colecistite Crônica Calculosa é a formação de uma Fístula Colecistoentérica (FC) da Vesícula Biliar (VB) com o Intestino, podendo ocasionar o chamado Íleo Biliar (IB). Esta patologia corresponde a uma obstrução do Trato Gastrointestinal, devido a um Cálculo Biliar (CB), oriundo não somente da VB, como também dos canais Intra e Extra-hepáticos, o qual migra para o lúmen intestinal através da FC, podendo causar obstrução mecânica do segmento acometido (GONZALEZ et al., 2010).

O IB ocorre em 0,3% a 0,5% de todos os casos de Litíase Biliar. Acredita-se que constitui em torno de 2% das causas de Abdome Agudo Obstrutivo (AAO), com cerca de 25% dos casos ocorrendo em idosos, a partir dos 65-70 anos (POZO et al., 2008). É mais frequente em mulheres, em uma proporção de 4:1, justificada pela maior incidência de pedras na VB neste sexo (OLIVEIRA et al., 2012).

O tratamento desta comorbidade é essencialmente cirúrgico, tendo como principal objetivo a resolução do AAO (HSU et al., 2011). Sendo assim, o objetivo deste estudo é elucidar as possíveis abordagens cirúrgicas empregadas, por existirem muitas controvérsias nas técnicas a serem utilizadas.

2. METODOLOGIA

Realizada Revisão Bibliográfica nas bases de dados BIREME, Scielo e Uptodate, utilizando como descritores: Íleo Biliar, Fístula Colecistoduodenal, Fístula Colecistoentérica, Abdome Agudo Obstrutivo. Foram revisados 25 artigos, pertencentes ao período de 2008 a 2013, e selecionados 14 estudos para a elaboração deste trabalho por evidenciarem fisiopatologia, apresentação clínica, diagnóstico, riscos e benefícios das possíveis abordagens cirúrgicas utilizadas na resolução da referida doença. Optou-se por trabalhos tanto Nacionais quanto Internacionais, pois a localidade dos indivíduos acometidos não corresponde a um fator de risco para o desenvolvimento do IB.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A leitura do material elegido evidenciou que o processo inflamatório da VB induz aderências das estruturas adjacentes, e a pressão determinada pelo CB produz isquemia e erosão gradual da parede vesical, formando a FC (LASSANDRO et al., 2008). Em 70% dos casos, este trajeto ocorre com o Duodeno, formando uma Fístula Colecistoduodenal, mas outros locais como Estômago, Jejuno, Íleo e Cólon, respectivamente nesta ordem de frequência, podem ser acometidos (GODOY, 2013). Os cálculos que migram mais frequentemente impactam em Íleo terminal,

especificamente na válvula Íleo-Cecal, por ser a porção mais estreita do Intestino Delgado (SANTINHO et al., 2008). Estatisticamente, as litíases acima de 2,5 cm de diâmetro são as mais suscetíveis a causar obstrução (GUIMARÃES, 2010).

Na apresentação típica, o IB é precedido por episódio de Colecistite Aguda, com relatos frequentes de cólica biliar associada a manifestações clínicas como náuseas, vômitos, febre, podendo ter a Vesícula e/ou plastrão palpáveis, com Sinal de Murphy positivo, correspondendo à parada brusca da inspiração à palpação em Hipocôndrio Direito, no posto Cístico, devido a dor intensa nesta região, seguindo-se de melhora temporária dos sintomas iniciais. No entanto, após cerca de 24 a 48 horas surge um quadro de oclusão intestinal mecânica, podendo o paciente apresentar parada na eliminação de fezes e gases, com vômitos de caráter fecaloides (FRAGA, 2010).

O diagnóstico raramente é feito no pré-operatório. Em geral, diagnostica-se a síndrome de AAO, com obstrução completa ou subocclusão, só sendo suspeitado de IB aos exames de imagem e/ou durante o procedimento cirúrgico (WEISS, 2011). Assim, a avaliação baseia-se no quadro clínico e nos exames complementares: O Raio-X Simples de Abdome pode mostrar alças distendidas, com padrão "Pilha de moedas", sugerindo oclusão de alça intestinal, e ar na topografia da VB e vias biliares. É importante ressaltar que Aerobilia não é patognomônico, estando presente em aproximadamente 40% dos casos, a Ultrassonografia Abdominal não representa um bom exame, pois fica dificultada pela presença de gás no intestino. Porém, pode detectar alterações na parede da VB e cálculos no interior da luz intestinal, a Tomografia Computadorizada de Abdome pode orientar o diagnóstico se caracterizar também Pneumobilia, com sensibilidade de 50%, o estudo contrastado do Tubo Digestivo pode mostrar FC (CABRERA et al., 2011).

O tratamento é cirúrgico. Entretanto, existem controvérsias em relação ao tipo de abordagem empregada: Enterotomia e Remoção do cálculo somente (Enterolitotomia) ou Enterolitotomia em associação com Colectomia e correção da fístula, em um mesmo tempo cirúrgico.

Os procedimentos realizados na mesma cirurgia são preferíveis em pacientes com baixo risco operatório. Acredita-se que esse tipo de abordagem previna episódios de Colecistite, Colangite, e até mesmo Carcinoma de VB, o que está relacionado também com a correção da FC. Porém, a Colectomia não protege todos os pacientes de recorrência de IB, uma vez que os cálculos do Ducto Biliar Comum podem migrar distalmente, produzindo oclusão. Por outro lado, há um aumento, embora não significativo, nas taxas de mortalidade e morbidade quando se faz a correção da fístula (SUAREZ et al. 2009).

A Enterolitotomia isolada é preferível em pacientes de alto risco cirúrgico ou que apresentam importantes aderências ou processo inflamatório em vigência, pois nestes casos parece ser mais prudente não se abordar a região da VB, inclusive pelo risco de lesões iatrogênicas graves. As vantagens incluem a rápida correção do AAO e reduzida taxa de mortalidade (11,7%), quando comparada com a técnica feita apenas em um tempo. Entretanto, o paciente pode permanecer com sintomatologia biliar, e apresentar alto risco de recorrência de obstruções. Alguns autores defendem essa abordagem cirúrgica argumentando que a possibilidade de Íleo recorrente é rara, bem como as demais complicações também relacionadas à persistência da FC (HERRERA et al., 2008).

A realização de Colectomia em um segundo estágio deve ser oferecida para pacientes que persistem com sintomatologia após a Enterolitotomia e àqueles

cuja expectativa de vida é elevada. A taxa de mortalidade do Íleo Biliar permanece alta em torno de 20%, em grande parte por causa da condição geral deficiente dos pacientes idosos (CUBILLOS et al., 2009).

4. CONCLUSÕES

O IB deve ser sempre lembrado como diagnóstico diferencial das causas de obstrução intestinal em pacientes com faixa etária avançada que apresentem Colecistopatia Calculosa, com comorbidades associadas, e particularmente em mulheres.

É uma doença de difícil diagnóstico, razão pela qual se deve pensar nas indicações de Colectomia eletiva, particularmente em idosos sintomáticos e com risco cirúrgico baixo. Apesar de controverso, há um consenso de que o objetivo primário do tratamento é a cirurgia para resolução do quadro de obstrução com propulsão retrógrada do cálculo e Enterotomia para retirada deste da luz intestinal, com incisão no Bordo Antimesentérico do Intestino. Quando ocorre perfuração ou necrose de segmento envolvido, a ressecção do segmento está indicada. A palpação cuidadosa de todo Delgado é importante para detectar a presença de outros cálculos biliares.

Por fim, a escolha da abordagem deve ser guiada pela experiência do cirurgião, e principalmente, pela estratificação de risco do paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GONZALEZ, G. et al . Íleo biliar:: complicación poco frecuente de la litiasis vesicular. **Revista Cubana de Cirurgia**, Ciudad de la Habana, v. 49, n. 2, p. 10-20, 2010.
- POZO, R. et al . Íleo biliar en paciente de edad avanzada. **Revista Espanhola de Enfermagem e Diagnóstico**, Madrid, v.100, n. 7, p.20-25, 2008.
- OLIVEIRA, LL et al. Obstrução e perfuração jejunal e ileal por cálculos advindos de fistula colecistoduodenal: relato de caso. **Revista Mineira de Medicina**, Minas Gerais, v.22, n.4, p.17-20, 2012.
- HSU, KF et al. Gallstone ileus with spontaneous resolution. **Revista Espanhola de Enfermagem e Diagnóstico**, Madrid, v. 103, n. 5, p.100-115, 2011.
- LASSANDRO, F et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. **European Journal of Radiology**, Londres, v.50, n.3, p.23-29, 2008.
- GODOY, AQ. Íleo biliar: enterolitotomia videoassistida. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.5-10, 2013.
- SANTINHO, CVM et al. Diagnóstico ultrassonográfico de Íleo Biliar: relato de caso e revisão da literatura. **Revista de Imagenologia**, Brasília, v.28, n.2, 2008.

GUIMARÃES, S. et al . Íleo biliar: uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.95-100, 2010.

FRAGA, JBP et al. Íleo Biliar – Relato de Caso. **Revista da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.34, n.2, p.82-87, 2008.

WEISS, RG. Íleo Biliar: relato de seis casos e revisão de literatura. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.45, n.1-2, p. 9-15, 2011.

CABRERA, FAC et al. Íleo biliar. **Revista Cubana de Medicina**, Ciudad de la Habana, v.40, n.1, p.56-62, 2011.

SUAREZ, JMG et al. Recidiva de íleo biliar/ Gallstone ileus recidive. **Radiologia Brasileira**, Rio de Janeiro, v.101, n.3, p.223-225, 2009.

HERRERA, EJ et al. Íleo biliar. Reporte de un caso. **Revista de Sanidad Militar**, Espanha, v.57, n.1, p.397-401, 2008.

CUBILLOS, L.; CRUZ, O.; TAPIA, A. Íleo biliar. Experiencia clínica actualizada y seguimiento. **Revista Chilena de Cirugía**, Santiago, v.43, n.5, p.142-149, 2009.