

GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

EDIÇÃO IX

Capítulo 4

ÍLEO BILIAR: MANEJO E TRATAMENTO

PEDRO AUGUSTO BARBOSA SILVA¹
WILLIAM MIRANDA DE OLIVEIRA²
HOPE BOAVENTURA DO COUTO FERREIRA³
GUILHERME FLEURY ALVES BARROS⁴
STELLA MARIS DE LIMA SIQUEIRA⁵
MARIA FERNANDA MENDES VINUTO⁶
ANA KAROLLINA DE MOURA GONÇALVES⁷
ISABELA LUIZA MENDES BUTTIGNON⁸
WAYNE NOGUEIRA COELHO⁹
THAINÁ BARBOSA NASCIMENTO¹⁰
HANNAH LUÍZA FLAUSINO BORGES¹¹
ANTÔNIO MACHADO DE ALMEIDA NETO¹²
ADERALDO SALUSTRIANO SANTIAGO NETO¹²
JOÃO HENRIQUE SILVA MATOS¹³
NAIARA PEREIRA DOS REIS VIANA¹⁴

1. Discente – Medicina na Universidade Federal de Jataí (UFJ).
2. Discente – Medicina na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG).
3. Discente – Medicina na Universidade Prof. Edson Antônio Velano - Unifenas - Câmpus Alfenas.
4. Discente – Medicina na Universidade Federal de Goiás - UFG - Campus Goiânia.
5. Discente – Medicina na Faculdade de Medicina de Itajubá – FMIt.
6. Discente – Enfermagem no Centro Universitário Uninta/Sobral.
7. Discente – Medicina na Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida- FESAR- Redenção/PA.
8. Discente – Medicina no Centro Universitário de Valença - UNIFAA- Valença/RJ.
9. Discente – Medicina na Universidade Nove de Julho - Campus Vergueiro - Uninove - São Paulo-SP.
10. Discente – Enfermagem na Instituição Educacional Cecília Maria de Melo Barcelos.
11. Discente – Medicina na Universidade Federal do Tocantins (UFT) - Campus Palmas.
12. Discente – Medicina na Universidade Tiradentes (Unit) - Campus Estância.
13. Discente – Odontologia na Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC JUAZEIRO.
14. Discente – Medicina na Universidade Federal do Pará - UFPA - (Campus Altamira).

Palavras-chave:

Íleo biliar; Obstrução intestinal; Tratamento.

DOI

10.59290/978-65-6029-152-2.4

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal é uma síndrome onde não há progressão do conteúdo do intestino para o reto, inviabilizando a excreção do organismo.

A obstrução pode ser funcional, relacionada secundariamente a uma causa fisiológica anormal do intestino ou por obstrução mecânica do intestino (ZATERKA & EISIG, 2016).

No **Quadro 4.1**, a seguir, são apresentados os tipos de obstrução mecânica.

Quadro 4.1 Causas de obstrução mecânica

Intraluminais	Da parede intestinal	Extrínsecas
■ Íleo biliar ■ Enterólito ■ Bezoares ■ <i>Ascaris lumbricoides</i> ■ Íleo meconial ■ Pólipos ■ Corpos estranhos	■ Traumas ■ Neoplasias ■ Endometriose ■ Lesões actínicas ■ Intussuscepção ■ Lesões congênitas (atresias e estenoses) ■ Lesões inflamatórias (doença de Crohn, diverticulite)	■ Bridas/aderências ■ Hérnias internas e externas ■ Abscessos intra-abdominais ■ Volvos ■ Neoplasias

Fonte: ZATERKA & EISIG, 2016.

O íleo biliar é um exemplo de obstrução intestinal mecânica do tipo intraluminal encontrada, principalmente, em idosos. Está relacionada a um contexto de colecistite crônica, onde o cálculo biliar impactado erode para o duodeno adjacente, promovendo uma fístula colecistoen-térica, passando, com isso, o cálculo biliar para o intestino até atingir o íleo distal, promovendo a obstrução (REQUENA-LÓPEZ *et al.*, 2020).

Essa doença é uma complicação tardia da doença do cálculo biliar que corresponde a 1-4% das obstruções intestinais, sendo mais frequente em idosos. Apresenta uma alta morbidade e mortalidade, provavelmente, por estar presente em pacientes com idade avançada e debilitados (JAKUBAUSKAS *et al.*, 2019).

O tratamento, normalmente, é feito pela remoção mecânica do cálculo que se encontra preso na região. O tratamento é feito por cirurgia aberta ou laparoscópica e, em casos mais raros, quando os cálculos estão presentes no cólon, pela via endoscópica (JAKUBAUSKAS *et al.*, 2019).

O objetivo do trabalho é analisar o manejo e tratamento dos pacientes com obstrução mecânica intestinal secundária à impactação intraluminal de cálculo biliar.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa dos últimos 5 anos utilizando as bases de dados da BVS. Os descritores que foram utilizados: "íleo", "biliar" e "tratamento". Com essa busca, foram encontrados 78 artigos. Em seguida, foram aplicados os critérios de seleção. Também foi utilizado um documento do tratado de gastroenterologia.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos independentes do idioma do período de 2019 a 2024 e que se relacionavam às temáticas propostas para pesquisa, incluindo artigos de revisão que foram disponibilizados na íntegra, metanálise e artigos do tipo caso. Os critérios de exclusão foram: artigos disponibilizados em forma de resumo, que não se relacionavam a proposta estudada, duplicados e que não se adequaram aos critérios de inclusão.

Após a fase de seleção, restaram dois artigos para revisão. Além disso, utilizou-se documento do tratado de gastroenterologia. Os documentos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram mostrados de forma descritiva, sendo divididos em fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia

A colecistite de repetição e a inflamação pericolecística provavelmente produzem aderências entre a bile e o intestino e aumento da pressão, por parte do cálculo, na parede biliar ou entérico, promovendo a erosão e, então, a formação de fístula (REQUENA-LÓPEZ *et al.*, 2020).

A obstrução é produzida a depender do tamanho do cálculo. A maioria dos cálculos que causam obstrução tem tamanho > 2 cm. Cerca de 70% deles impactam o íleo, já que se trata da parte mais estreita do intestino. Em menor frequência impacta o jejuno e estômago (REQUENA-LÓPEZ *et al.*, 2020).

A obstrução intestinal acarreta distensão das alças e, conseqüentemente, em acúmulo de gás e secreção. Conforme o aumento da gravidade da distensão, pode ocorrer comprometimento

da perfusão do segmento do intestino, levando à isquemia. Caso a obstrução não seja revertida, pode levar a necrose e perfuração, podendo acarretar peritonite e morte por sepse. O diagnóstico e o tratamento precoce são essenciais para melhorar o prognóstico do paciente e evitar essas possíveis complicações (ZATERKA & EISIG, 2016).

Manifestações clínicas

As manifestações clínicas clássicas são em mulheres idosas com obstrução subaguda episódica. Esses sintomas episódicos são devido à queda do cálculo através do lúmen intestinal. A impactação produz dor abdominal difusa associada a vômitos. A redução dos sintomas ocorre quando o cálculo sai do local. Os sintomas surgem novamente quando o cálculo se aloja novamente em algum local do lúmen intestinal mais distal (REQUENA-LÓPEZ *et al.*, 2020).

A dor abdominal severa nos casos de obstrução intestinal, sugere perfuração intestinal aguda. As náuseas e vômitos estão mais associadas a quadros de obstrução alta (duodeno e jejuno proximal). Em regiões mais baixas, predomina a dor abdominal em cólica (ZATERKA & EISIG, 2016).

No **Quadro 4.2**, são elencadas as manifestações clínicas conforme a localização da obstrução intestinal.

Quadro 4.2 Manifestações clínicas das obstruções mecânicas

Obstrução do delgado	Obstrução do cólon
▪ Dor paroxística tipo cólica em andar médio do abdome ▪ Peristaltismo aumentado ▪ Vômitos mais precoces quanto mais alta a obstrução ▪ Obstrução ileal alta – vômitos biliosos ▪ Obstrução ileal baixa – vômitos fecaloides ▪ Soluços ▪ Obstrução completa – constipação e dificuldade de eliminação de gases ▪ Obstrução parcial – diarreia paradoxal ▪ Sangue mais comum em casos de intussuscepção ou carcinoma	▪ Dor abdominal e distensão ▪ Mesmos sintomas da obstrução de delgado, porém, com intensidade variável ▪ Idosos podem cursar sem dor ▪ Sintomas mais arrastados, ou seja, fase aguda longa ▪ Raros episódios de vômitos ▪ Sintomas sugestivos de carcinoma – perda de peso, hiporexia, sangramento retal, constipação progressiva, fezes em fita, tenesmo ▪ Volvo apresenta-se de forma mais aguda, com dor e distensão

Fonte: ZATERKA & EISIG, 2016.

Diagnóstico

O diagnóstico utilizando exames de imagem é essencial no caso do íleo biliar. A tomografia computadorizada é o padrão-ouro para o diagnóstico. Através dela, é possível identificar a localização precisa da obstrução, a fístula colecistoentérica e o tamanho do cálculo. Esse exame proporciona um diagnóstico precoce e auxilia no manejo do paciente (JAKUBAUSKAS *et al.*, 2019).

Os achados na imagem podem ser espessamento da parede da vesícula biliar, obstrução intestinal, pneumobilia e cálculos biliares obstructivos (REQUENA-LÓPEZ *et al.*, 2020).

Tratamento

O tratamento é predominante cirúrgico. O tratamento conservador é possível inicialmente na tentativa de alívio de pacientes estáveis e sem obstrução completa. São descritas na literatura abordagens como litotripsia e remoção endoscópica (relacionados a cálculos menores), porém, o tratamento mais utilizado, na grande maioria das vezes, é o cirúrgico, principalmente se forem percebidos sinais de obstrução completa e isquemia (JAKUBAUSKAS *et al.*, 2019).

Há discussões em relação ao método de tratamento cirúrgico no íleo biliar. Por um lado, há procedimentos que visam resolver todos os problemas de uma vez, incluindo enterolitotomia, colecistectomia e fechamento da fístula. Outra vertente objetiva a realização da enterolitotomia em um primeiro momento e de colecistectomia e fechamento da fístula após 4 a 6 semanas. Estudos apontam que a mortalidade é reduzida na realização apenas da enterolitotomia isolada. Porém, a desvantagem dessa condição

é que o não tratamento desta fístula inicialmente, pode acarretar posterior colangite recorrente, além de sepse ou recorrência desta doença. De 5 a 9% dos pacientes têm recorrência de íleo biliar; destes, apenas 10% precisam de uma outra intervenção cirúrgica (JAKUBAUSKAS *et al.*, 2019).

O procedimento de enterotomia isolada como tratamento definitivo é feito com mais frequência em pacientes de baixo risco, embora seja discutida a possibilidade. Estudos indicam um possível aumento na morbimortalidade (REQUENA-LÓPEZ *et al.*, 2020).

A enterotomia longitudinal é feita no decorrer da borda antimesentérica proximal. O cálculo é extraído de modo proximal e retirado. O fechamento transversal é realizado, no intuito de evitar estenose intestinal residual. No procedimento, deve-se inspecionar o intestino para identificação de possíveis outros cálculos e, se encontrados, retirá-los. Principalmente em pacientes de alto risco (choque, várias comorbidades ou aderência), deve-se, além do procedimento cirúrgico, ter essa vigilância rigorosa (REQUENA-LÓPEZ *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância da identificação precoce por meio das manifestações clínicas, incluindo dor abdominal difusa intermitente, principalmente, em mulheres idosas, associada à confirmação diagnóstica com exames de imagem, como no caso da tomografia. Essa identificação precoce possibilita o manejo adequado do paciente por meio do tratamento cirúrgico, a fim de reduzir a morbimortalidade do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JAKUBAUSKAS, M. *et al.* Gallstone ileus: management and clinical outcomes. *Medicina*, v. 55, p. 598, 2019. doi: 10.3390/medicina55090598.

REQUENA-LÓPEZ, A.A. *et al.* Comparison between surgical techniques in gallstone ileus and outcomes. *Cirugía y cirujanos*, v. 88, p. 292, 2020. doi: 10.24875/CIRU.19001264.

ZATERKA, S. & EISIG, J.N. *Tratado de gastroenterologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.