

# FÍSTULA COLECISTODUODENAL COM OBSTRUÇÃO JEJUNAL.

Giovanna Giulia Milan Pellicciotta, Isis Rosan, Lívia Plens Tannous, Caroline Valerio Spozati, Ana Flávia De Biase Chalela, Hamilton Luíz Xavier Funes, Fernanda Ribeiro Funes.

**Introdução:** O íleo biliar pode ser caracterizado como uma obstrução do trato gastrointestinal devido a um cálculo biliar.<sup>1-3</sup> Ocorre em consequência de uma fístula que surge quando o cálculo causa erosão na parede da vesícula biliar e no tubo digestivo, geralmente no duodeno, devido a processo inflamatório associado à diminuição do aporte sanguíneo e aumento da pressão intraluminal, seguida de perfuração com fistulização e saída do cálculo biliar para o trato gastrointestinal.<sup>2,4,7,8</sup> A incidência está relacionada com a progressão da idade<sup>6</sup>, sendo mais comum em pacientes idosos e do gênero feminino.<sup>1-3,6,9</sup>

**RELATO DE CASO:** M.L.S.P., 42 anos, feminino, hipertensa, compareceu ao serviço de urgência do Hospital Nosso Lar (IELAR) para avaliação da equipe cirúrgica, apresentando quadro de dor epigástrica, tipo cólica, há dois dias, associada a vômitos de caráter biliar, composto por cálculos e ausência de evacuação há quatro dias. Ao exame físico: bom estado geral, eupneica, hidratada, abdome flácido, doloroso à palpação superficial e profunda em epigástrio, peristalse presente e ausência de sinais de peritonite. Os exames laboratoriais: leucocitose sem desvio e alterações de ureia (56 mg/dl), creatinina (1,90 mg/dl), PCR (1,70 mg/dl). A radiografia de abdome na admissão da paciente não apresentou alterações significativas. Na sequência da investigação, a paciente submeteu-se à USG de abdome total, a qual mostrou-se inconclusiva; no laudo foi interrogada possível interposição gasosa de alças intestinais e cálculos na vesícula biliar. Realizou-se TC com contraste de abdome total, evidenciando trajeto fistuloso entre a vesícula biliar e a primeira/segunda porção do duodeno, associado a cálculo no interior da alça do Delgado (jejuno) e que promoveu distensão gasosa à montante. Após o laudo tomográfico, a indicação foi de tratamento cirúrgico, e a paciente submeteu-se à laparotomia exploradora. Durante o ato cirúrgico, observou-se ponto de obstrução de consistência endurecida no jejuno devido a cálculo biliar, com aproximadamente quatro centímetros e presença de fístula colecistoduodenal. Foram realizadas enterolitotomia e enterorrafia e, com a paciente clinicamente estável, optou-se por abordar as vias biliares com a realização de colecistectomia e duodenorrafia, devido à fístula biliar, no mesmo tempo cirúrgico. A paciente foi encaminhada para UTI, onde permaneceu por sete dias, e recebeu alta após 14 dias de internação, com boa evolução e ausência de complicações no pós operatório.

## Discussão:

O íleo biliar foi descrito pela primeira vez por Bartholin em 1654,<sup>5,9</sup>. A fisiopatologia consiste em um episódio prévio de colecistite aguda, seguida de inflamação nos tecidos que circundam a vesícula biliar, formando aderência e depois fístula com o intestino delgado<sup>3</sup>.

As fístulas biliodigestivas mais frequentes são: colecistoduodenais (65-77%), colecistocólicas (10-25%) e colecistogástricas (5%).<sup>7,9</sup>

A partir da migração do cálculo para a luz intestinal, há impactação e consequente obstrução intestinal.<sup>1-5,9</sup> O local mais frequente de impactação do cálculo ocorre no íleo terminal, porção mais estreita do intestino delgado.<sup>1-5</sup>

A síndrome de Bouveret, embora rara, é caracterizada como obstrução do trato gastrointestinal por um cálculo biliar em nível do piloro ou do duodeno, que se manifesta com sintomatologia de obstrução alta.<sup>2,7,9</sup> Náuseas e vômitos estão presentes em 86% dos casos, enquanto dor abdominal ou desconforto ocorrem em 71%.<sup>9</sup>

As manifestações clínicas do ílio biliar, a princípio são vagas e intermitentes, até que ocorra obstrução completa e surgem de formas variáveis a depender do local de obstrução. O que ocorre mais comumente é a instalação de quadro de dor e distensão abdominal, associados a náuseas e vômitos.<sup>1,3,9</sup>

O exame físico é inespecífico, há sinais de desidratação, distensão abdominal e icterícia obstrutiva. Em casos de perfuração intestinal, o paciente apresenta febre, peritonite e toxêmico.<sup>9</sup>

Os sinais radiológicos foram descritos por Rigler, em 1941 e, quando presentes, são caracterizados por distensão de alças do delgado associado à aerobilia, níveis hidroaéreos e imagem litiásica radiopaca.<sup>3, 6-7,9</sup> A tomografia abdominal pode orientar o diagnóstico, caso se caracterize por aerobilia (sensibilidade de 50%) e cálculo impactado (20%). O estudo contrastado do tubo digestivo pode mostrar fístula bilio-digestiva e localizar o cálculo no segmento do delgado.<sup>5,9</sup>

O tratamento é exclusivamente cirúrgico. Há controvérsias quanto à resolução do quadro em um ou dois tempos, entre a enterolitotomia, colecistectomia e reparação da fístula em um mesmo tempo, ou somente a resolução da oclusão intestinal com enterolitotomia e, em um segundo tempo, a reabordagem da reparação da fístula e colecistectomia.<sup>7,8,9</sup>

Não há consenso indicando o melhor procedimento cirúrgico, que podem ser três: enterolitotomia exclusiva ou deslocamento do cálculo para o cólon com ou sem fragmentação; enterolitotomia, colecistectomia e correção da fístula (em um tempo cirúrgico); inicialmente a enterolitotomia, seguida de colecistectomia e fechamento da fístula (dois tempos cirúrgico).<sup>2,9</sup>

A ressecção do intestino é indicada em alguns casos de enterolitotomia, particularmente na presença de isquemia, perfuração ou estenose.<sup>3,9</sup>

A enterolitotomia isolada é o procedimento cirúrgico mais comum, feito por meio de laparotomia exploradora, por meio da qual se localiza a obstrução gastrointestinal. Esta técnica pode acarretar consequências negativas a médio e longo prazo, como: recidiva do quadro obstrutivo, colecistite, colangite, carcinoma da vesícula biliar ou má absorção associada à fístula biliodigestiva,<sup>9</sup>

sendo esta a técnica de escolha em pacientes com risco operatório elevado.<sup>2,9</sup>

Uma incisão longitudinal é feita na borda anti-mesentérica proximal ao local em que a pedra foi impactada, então é realizada a retirada do cálculo e sutura primária da alça<sup>3,9</sup>

Quando viável, por meio de manipulação delicada do cálculo, pode-se deslocá-lo próximo à parte não edemaciada do intestino. Na maioria dos casos, isso não é possível devido ao grau de impactação do cálculo. A propulsão manual do cálculo pela válvula íleo cecal deve ser reservada para situações especiais devido ao risco de injúria e perfuração do intestino.<sup>9</sup>

A maioria dos pacientes com íleo biliar são idosos, com comorbidades e apresentam mau estado geral. O diagnóstico é tardio e evolui com desidratação, choque, sepse ou peritonite. O procedimento mais seguro para tratar a obstrução gastrointestinal nesses pacientes é por meio da enterolitotomia.<sup>9</sup>

A colecistectomia e reparação da fístula no mesmo tempo cirúrgico,<sup>9</sup> embora possua mortalidade elevada<sup>2</sup>, reduz a necessidade de reintervenção e a incidência de complicações relacionadas à persistência da fístula, incluindo colecistite, colangite e recorrência do íleo biliar. Esse tipo de tratamento é justificado em pacientes estabilizados, com bom estado geral, boa reserva metabólica e cardiorrespiratória e que sejam capazes de suportar a operação prolongada.<sup>9</sup>

**Conclusão:** A doença calculosa vesicular pode provocar complicações graves. O íleo biliar é uma complicação rara e representa uma emergência médica, pois pode cursar com obstrução intestinal mecânica. O tratamento é cirúrgico. Muitas literaturas defendem a abordagem cirúrgica em dois tempos, com a retirada do cálculo e resolução da obstrução intestinal, em um primeiro tempo e, posteriormente, resolução da fístula biliar. Neste caso, optou-se por enterolitotomia e enterorrafia para correção da obstrução intestinal, correção da fístula duodenal (duodenorrafia) e colecistectomia em um mesmo tempo cirúrgico, pois trata-se de um paciente jovem que se apresentou estável durante todo o ato operatório, além de valer-se da experiência dos cirurgiões.

## Referências:

1. Weiss RG, Oliveira LF, Susin VA, Oliveira M, Weiss T. Íleo biliar: relato de seis casos e revisão de literatura. Rev AMRIGS. 2001; 45:88-90.
2. Godoy AQ, Tacla Junior O, Godoy ARS. Íleo biliar: enterolitotomia videoassistida. Rev Col Bras Cir. 2000; 27:425-6.
3. Brunelli AC, et al. Íleo biliar: relato de caso. Arq Med hosp. Fac Cienc Med Santa Casa. 2015; 60: 32-4.
4. Rodriguez-Sanjuan JC, Casado F, Fernandez MJ et al. — *Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus*. Br J Surg 1997 ; 84 (5) : 634 - 637.
5. Guimarães S, et al. Íleo biliar- uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2010; 13(1): 159-163.
6. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdome agudo por obstrução por íleo biliar. Rev Col Bras Cir. 2013; 40:275-80.
7. Campelo MRO, Chaves JPG, Menegola VM. Íleo biliar: um relato de caso. Rev AMRIGS. 2015; 59: 35-38.
8. Sosa GG, Mesa JD, Rodríguez SC, et al. Íleo biliar: complicación poco frecuente de la litiasis vesicular. Rev Cubana Cir 2010;49(2).
9. Nuño-Guzmán CM, et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg. 2016 Jan 27; 8(1): 65-76.