

DIAGNÓSTICO ULTRA-SONOGRÁFICO DE ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

SANTINHO, C. V. M. ⁽¹⁾; BERSANI, A. L. de F. ⁽²⁾; CONGIU, D. de S. A. ⁽³⁾
CASTRO, M. C. C. de ⁽⁴⁾

Hospital Guilherme Álvaro ⁽¹⁾

Rua Oswaldo Cruz, 197 – 11045-904 – Santos – SP – Brasil

Fone (13) 3202-1300

Centro Universitário Lusíada (UNILUS) ^(2, 3, 4)

Rua Armando Salles de Oliveira, 150 – 11050-071 – Santos – SP – Brasil

Fone (13) 3235-1311; Fax (13) 3221-4488

cezar.santinho@terra.com.br ⁽¹⁾

Resumo

Íleo biliar é uma obstrução mecânica do trato gastrointestinal, decorrente da impactação de um ou mais cálculos na luz intestinal. Condição rara, responsável por 1 a 3% das obstruções intestinais não malignas, e aproximadamente 25% dos casos de oclusão que acometem pacientes acima de 65 anos [1]. O diagnóstico por imagem é feito principalmente através de tomografia computadorizada de abdome. Apresentamos um caso de íleo biliar diagnosticado no pré-operatório por ultra-sonografia abdominal.

Palavras-chave: Íleo Biliar. Ultra-Sonografia. Obstrução Intestinal.

1 INTRODUÇÃO

Íleo biliar é uma obstrução mecânica do trato gastrointestinal, decorrente da impactação de um ou mais cálculos na luz intestinal. Condição rara, responsável por 1 a 3% das obstruções intestinais não malignas, e aproximadamente 25% dos casos de oclusão que acometem pacientes acima de 65 anos [1].

Neste artigo, os autores apresentam um caso de íleo biliar diagnosticado no pré-operatório por ultra-sonografia abdominal.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, de 50 anos de idade, apresentando dor em cólica no hipocôndrio direito, associada a vômitos há dois dias e parada de eliminação de gases e fezes há quatro dias. Relata ter tido um episódio de colecistite aguda por colelitiase crônica calculosa, tratado clinicamente.

Observam-se, na radiografia simples de abdome, níveis hidroaéreos e alças de delgado distendidas com aspecto em empilhamento de moedas.

Nas imagens de ultra-sonografia abdominal observam-se vesícula biliar repleta de cálculos com parede de espessura normal e presença de ar em seu interior (Figura 1), moderada distensão com edema das paredes de jejuno e íleo e presença de material hiperecogênico que provoca sombra acústica posterior e mede 2,0 cm no íleo terminal com dilatação à montante (Figuras 2 e 3).

Os dados encontrados na ultra-sonografia, associados ao quadro clínico de abdome agudo obstrutivo, levantou a suspeita de obstrução intestinal por cálculo biliar.



Figura 1 – Imagem longitudinal da vesícula biliar com grande cálculo ocupando seu fundo e material sugestivo de ar em seu interior provocando efeito em “cauda de cometa”.



Figura 2 – Corte longitudinal de alça de íleo com distensão por material líquido da mesma.



Figura 3 – Corte Transverso em íleo terminal identificando cálculo de 2,0 cm em sua luz.

Assim, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora, sendo realizada a colecistectomia, extração do cálculo de dois centímetros de diâmetro por enterotomia e fechamento da fístula.

3 DISCUSSÃO

Íleo biliar ocorre predominantemente no sexo feminino, devido à maior incidência de litíase vesicular nesse gênero. Aproximadamente 50% dos pacientes com íleo biliar têm história de colecistopatia crônica calculosa, embora apenas 0,3 a 0,5% de todos os pacientes com colelitíase irão apresentar obstrução intestinal [1].

A etiopatogenia principal é a colecistopatia crônica calculosa que evolui com inflamação nos tecidos que circundam a vesícula biliar formando aderências entre esta e o intestino. O cálculo responsável produz erosão progressiva através das paredes vizinhas formando uma fístula colecistoentérica, com migração do mesmo. O local mais freqüente de impactação do cálculo é no íleo terminal (54 a 65%), porém outros locais como o estômago, jejuno e íleo podem ser acometidos.

Outro local em que pode ocorrer a interrupção do trânsito é na saída gástrica, causando distensão estomacal obstrutiva (Síndrome de Bouveret) [2].

O quadro clínico é insidioso e muitas vezes não há sinais específicos de doença biliar (por exemplo icterícia), dificultando o diagnóstico [2, 3]. Inicialmente os sintomas são vagos e intermitentes devido a obstrução parcial do lúmen intestinal pelos cálculos. Progressivamente o tamanho da obstrução aumenta pela sedimentação de conteúdos intestinais, até que se torna completa com a instalação de um quadro de dor e distensão abdominal associados a vômitos, sendo muitas vezes confundido com doenças inflamatórias intestinais (por exemplo apendicite ou diverticulite) ou isquemia intestinal. Os pacientes podem também apresentar episódios de diarreia, e, se o cálculo biliar progride espontaneamente com alívio posterior dos sintomas, pode-se fazer erroneamente o diagnóstico de gastroenterite.

O diagnóstico etiológico de íleo biliar raramente é feito no pré-operatório [4]. O raio X de abdome ajuda a fazer o diagnóstico quando identifica-se ar na via biliar (pneumobilia), evidência de obstrução intestinal parcial ou completa, localização de um cálculo em um local aberrante, além da mudança de posição de um cálculo observado previamente [1]. A presença dos dois primeiros sinais é patognomônica de íleo biliar, sendo encontrada em 40-50% dos casos. O quadro

radiológico clássico consiste na tríade de Rigler: pneumobilia, distensão de alças de delgado e cálculo biliar ectópico. No caso apresentado, dessas três principais características foi observado no raio X abdominal apenas a distensão de alças de delgado.

À ultra-sonografia pode-se evidenciar imagem calculosa dentro de um segmento de alça, associada a quadro de distensão de alças; a vesícula pode apresentar dimensões variáveis, bem como a presença ou não de cálculos. Na maioria das referências bibliográficas revisadas o ultra-som abdominal não foi um método usado isoladamente para diagnóstico de íleo biliar, e sim associado a outros métodos como o raio X abdominal. No caso relatado, o ultra-som abdominal (exame operador dependente) foi capaz de dar o diagnóstico definitivo pré-operatório de íleo biliar.

Há estudos que referem um aumento da sensibilidade diagnóstica pré-operatória de íleo biliar quando associado ao raio X e ultra-som abdominal [6].

De acordo com a literatura, a tomografia computadorizada de abdome tem alta acurácia no diagnóstico de íleo biliar.

A tomografia computadorizada apresenta vantagem mais precisa em relacionar o cálculo ao local da obstrução e detectar pequenas quantidades de ar em vesícula e vias biliares, além de demonstrar diretamente a fístula colecistoentérica [7].

Deve-se sempre tentar excluir outras patologias que causem obstrução intestinal, como hérnia estrangulada, intussuscepção, bezoar, apendicite, pancreatite aguda e trombose mesentérica.

O objetivo do tratamento é a resolução da obstrução intestinal [4, 5]. O pós-operatório de íleo biliar é geralmente prolongado e infecções ocorrem entre 20 a 55% dos casos estudados. A mortalidade varia de 5 a 25% dos casos [1]. Em estudos recentes, um decréscimo da mortalidade vem sendo demonstrado, principalmente devido ao diagnóstico precoce com auxílio dos métodos de imagem.

4 CONCLUSÃO

Doença de difícil tratamento e pós-operatório complicado, o íleo biliar deve ser diagnóstico diferencial sempre lembrado em casos de obstrução intestinal particularmente em pacientes idosos, com histórico de colecistopatia crônica calculosa.

Como relatado na literatura a TC é o método de escolha para o seu diagnóstico. No caso descrito o diagnóstico foi feito a partir da ultra-sonografia, mas não queremos propor que esse seja método de escolha para o diagnóstico pré-operatório do íleo biliar, porém lembrar que podemos auxiliar em alguns casos abreviando o tempo para a instituição do tratamento e diminuindo a mortalidade desses pacientes.

5 REFERÊNCIAS

- [1]. LOBO, D. N.; JOBLING, J. C.; BALFOUR, T. W. Gallstone Ileus: Diagnostic Pitfalls and Therapeutic Successes. *J. Clin Gastroenterol* 2000, n. 30, v. 1, p. 72-76.
- [2]. OIKARIEN, H. et al. Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus. *Acta Radiol* 1996, n. 37, p. 917-922.

-
- [3]. JAYANTHI, S. K. et al. Qual o seu Diagnóstico? Radiol Bras 2001, p. 34/3.
- [4]. WEISS, R. G. et al. Íleo Biliar: relato de seis casos e revisão de literatura. AMRIGS 2001, n. 45, v. 1, 2, p. 88-90.
- [5]. BULJEVAC, M.; BUSIC, Z.; CABRIJAN, Z. Sonographic Diagnosis of Gallstone Ileus. J Ultrasound Méd 2004, n. 23, p. 1395-1398.
- [6]. RIPOLLÉS, T. et al. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. Abdom Imaging 2201, n. 26, p. 401-405.
- [7]. LASSON, A. et al. Ultrasonography in Gallstone Ileus: A Diagnostic Challenge. Eur J surg 1995, n. 161, p. 259-263.
- [8]. MILSOM, J. W.; MACKEIGAN, J. M. Gallstone obstruction of the colon: report of two cases and review of management. Dis Colon Rectum 1985, n. 28, p. 367-370.
-

SONOGRAPHIC DIAGNOSIS OF GALLSTONE ILEUS: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Abstract

Gallstone ileus is an uncommon cause of mechanical intestinal obstruction caused by impaction of a gallstone that has migrated from the gallbladder toward the intestine. It constitutes 1-3% of not malignant intestinal obstruction, and the incidence of 25% in patients older than 65 years old [1]. The image diagnosis is mainly made through computed tomography of abdomen. We present a case of gallstone ileus detected by ultrasound findings.

Keywords: Gallstone Ileus. Ultrasound. Intestinal Obstruction.

