

Manejo cirúrgico da obstrução intestinal por íleo biliar

Surgical management of intestinal obstruction by biliary ileum

DOI:10.34117/bjdv8n9-153

Recebimento dos originais: 16/08/2022

Aceitação para publicação: 16/09/2022

Barbara Falcetti de Lima

Médica pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)

Instituição: Universidade Estácio de Sá (UNESA)

Endereço: Rua Marquês de Olinda, 38, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 22251-040

E-mail: barbarafalcettilima@gmail.com

Amanda Verçosa Pacheco

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade e Centro Universitário Tiradentes (UNIT)

Endereço: Av. Comendador Gustavo Paiva, 5017, Cruz das Almas, Maceió - Alagoas

E-mail: amandapacheco@outlook.com

Ana Elisa Assad Teixeira Vargas

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Estado da Bahia

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador - Bahia, CEP: 41150-000

E-mail: anaelisaassad@hotmail.com

Bruno Vinicius Castello Branco

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço: Av. Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG,

CEP: 30130-100

E-mail: bruvini2004@gmail.com

Hélio Gondim de Sales

Cirurgião Geral

Instituição: Universidade de Mogi das Cruzes

Endereço: Av. Louraci Della Nina Tavares, 171, Mogilar, Mogi das Cruzes - SP,

CEP: 08773650

E-mail: heliolim@msn.com

Isabella Pereira Santos Silva

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/nº, Dom Bosco, Juiz de Fora - MG,

CEP: 36038-330

E-mail: isabellapereirass4@gmail.com

Luísa Caroline Soares Vieira

Graduanda em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Endereço: Rua do Rosário, 1081, Angola, Betim - MG, CEP: 32604-115

E-mail: luisacsvieira23@gmail.com

Luiza Horst Neto

Médica pela Universidade Federal Juiz de Fora

Instituição: Universidade Federal Juiz de Fora

Endereço: R. São Paulo, 745, Centro, Gov. Valadares - MG, CEP: 35010-180

E-mail: luiza.horst@hotmail.com

Thaynne Hayssa França Barbosa

Cirurgiã Geral

Instituição: Hospital de Base do Distrito Federal

Endereço: SMHS - Área Especial, Q. 101, Asa Sul, Brasília - DF, CEP: 70330-150

E-mail: thaynnehfb90@gmail.com

Thiago Ferrante Rebello de Andrade

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Endereço: Rua Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro de Belo Horizonte - MG

E-mail: thiagoferrante@outlook.com.br

RESUMO

O íleo biliar é uma rara obstrução mecânica do trato gastrointestinal decorrente da impactação de cálculos biliares, podendo ocorrer em qualquer parte deste trato. Sua ocorrência aumenta proporcionalmente à idade e, em decorrência do aumento da expectativa de vida da população, o íleo biliar apresentou crescimento na sua incidência. Manifestada tipicamente por dor em cólica, distensão abdominal, náuseas e vômitos, seus sintomas inespecíficos dificultam um diagnóstico rápido e preciso, resultando em altas taxas de morbimortalidade. A tomografia computadorizada é considerada, atualmente, o padrão ouro no diagnóstico do íleo biliar, entretanto, o diagnóstico também pode ser dado por radiografia, a partir da presença da tríade de Rigler (pneumobilia, distensão de alças intestinais e presença de cálculos radiopacos intraluminais). O principal objetivo terapêutico consiste na extração do cálculo agressor, após a estabilização clínica do paciente. Embora a cirurgia aberta tenha sido estabelecida como método padrão de tratamento, nos dias de hoje, o reparo por endoscopia tornou-se bem aceito, principalmente em pacientes mais frágeis. Entretanto, nos casos em que o método conservador falha ou em cenários de emergência, a cirurgia deve ser realizada prontamente. Esta, por sua vez, pode ser realizada por uma abordagem única, com a extração do cálculo biliar simultânea à colecistectomia e ao reparo da fístula, ou em dois estágios, ou seja, apenas a extração do cálculo biliar e posteriormente o reparo da fístula e a colecistectomia. De qualquer forma, a escolha da melhor conduta deve sempre ser individualizada, levando sempre em consideração a situação do paciente e a localização dos cálculos.

Palavras-chave: abdome agudo, cirurgia geral, endoscopia, íleo biliar, obstrução intestinal.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare mechanical obstruction of the gastrointestinal tract resulting from impaction of gallstones, which can occur in any part of this tract. Its occurrence increases proportionally with age and, as a result of the increase in life expectancy of the population, the incidence of biliary ileus has increased. Typically manifested by colicky pain, abdominal distension, nausea and vomiting, its nonspecific symptoms make a rapid and accurate diagnosis difficult, resulting in high rates of morbidity and mortality. Computed tomography is currently considered the gold standard in the diagnosis of gallbladder ileus, however, the diagnosis can also be made by radiography, based on the presence of Rigler's triad (pneumobilia, distention of intestinal loops and the presence of intraluminal radiopaque stones). The main therapeutic objective is the extraction of the offending stone, after clinical stabilization of the patient. Although open surgery has been established as the standard method of treatment, nowadays, endoscopic repair has become well accepted, especially in more fragile patients. However, in cases where the conservative method fails or in emergency scenarios, surgery should be performed promptly. This, in turn, can be performed using a single approach, with gallstone extraction simultaneous to cholecystectomy and fistula repair, or in two stages, that is, only gallstone extraction and subsequent repair of the fistula and the cholecystectomy. In any case, the choice of the best conduct must always be individualized, always taking into account the patient's situation and the location of the stones.

Keywords: acute abdomen, biliary ileus, endoscopy, general surgery, intestinal obstruction.

1 INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal é causa importante de mortalidade e morbidade, representando cerca de 15% das internações por dor abdominal aguda e 20% dos quadros que necessitam de intervenção cirúrgica aguda. Por sua vez, o íleo biliar, uma complicação grave e rara da colelitíase, é uma das causas mais comuns das obstruções mecânicas não estranguladas do trato gastrointestinal (TGI), sobretudo em idosos. Dessa forma, decorrente da alta prevalência dos cálculos biliares na população, o íleo biliar pode ser encontrado na prática médica (CATENA et al., 2019; INUKAI, 2019; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

Nos pacientes com essa condição, os cálculos biliares, geralmente, são eliminados por meio da fístula biliar interna (colecistointestinal), formadas devido à inflamação crônica, causada pela compressão da parede da vesícula durante a formação do cálculo, ou à insuficiência vascular. O derramamento dos cálculos durante a colecistectomia laparoscópica também podem ulcerar a parede intestinal, levando a uma entrada no lúmen. As fístulas podem ser formadas em qualquer local do TGI, ocorrendo,

normalmente, no duodeno, mas também podem ser encontradas no estômago, cólon e intestino delgado distal (INUKAI, 2019; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

O diagnóstico do íleo biliar é, muitas vezes, tardio, resultando em altas taxas de morbimortalidade. Embora a condição possa ser controlada com cirurgia, o mau estado geral dos pacientes torna a seleção do melhor tratamento difícil. Como o íleo biliar pode impactar diferentes locais do TGI, a escolha da abordagem cirúrgica deve ser baseada nisto. Devido à natureza incomum desta patologia, as estratégias de manejo devem ser individualizadas para cada paciente, podendo variar de endoscopia minimamente invasiva a ressecção intestinal. Dessa forma, os resultados possuem alta variabilidade (FARKAS et al., 2018; INUKAI, 2019; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes ao íleo biliar, sobretudo a etiologia, manifestações clínicas e o manejo terapêutico.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2017 e 2022. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *cholelithiasis complication, gallstone ileus, diagnosis, management, treatment, Bouveret Syndrome e bilioduodenal fistula*. Foram encontrados 27 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 18 artigos pertinentes à discussão.

4 DEFINIÇÃO

O íleo biliar é uma rara obstrução mecânica do TGI decorrente da impactação de cálculos biliares, podendo ocorrer em qualquer ponto deste trato. Tal distúrbio exige a formação prévia de uma fístula entre a vesícula biliar e o TGI - motivada por diferentes condições -, possibilitando que as formações sólidas, inadvertidamente, alcancem a via digestiva (CUADRA et al., 2017; INUKAI, 2019).

O ponto de impactação do cálculo, principal determinante da manifestação clínica instaurada, é condicionado ao local da fístula, ao tamanho do cálculo e ao tamanho do

lúmen intestinal. A impactação em íleo distal (70%) é a causa mais comum, também conhecida como síndrome de Barnard's, seguida da impactação em jejuno-íleo proximal (25%), em duodeno ou piloro (5%), inaugurando a síndrome de Bouveret, e em cólon (2%) (CUADRA et al., 2017; INUKAI, 2019; STAGNITTI; STAGNITTI; TARCOVEANU, 2021; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

Diante das diversas possibilidades, impõe-se desafios à suspeita clínica, ao diagnóstico e ao tratamento da patologia que, por vezes, responde por altas taxas de morbimortalidade. Isso torna-se especialmente importante na população mais vulnerável à sua instalação, representada por idosos e por portadores de comorbidades (FERHATOGLU; KARTAL, 2018; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

5 EPIDEMIOLOGIA

A colelitíase é considerada uma doença comum e acomete em torno de 10% da população mundial. Já o íleo biliar é uma complicação rara dessa patologia, afetando apenas 0,3 a 0,5% de todos os pacientes com colelitíase. Ao mesmo tempo, é responsável por menos de 0,1% de todas as causas de obstrução intestinal. Entretanto, essa incidência aumenta com a idade e, após 65 anos, o íleo biliar pode corresponder a 25% das causas de obstrução intestinal mecânica. Além disso, é mais prevalente no sexo feminino, em proporção de 1:5 se comparado aos homens (STAGNITTI; STAGNITTI; TARCOVEANU, 2021; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

Em decorrência do aumento da expectativa de vida, avanço da medicina e melhor controle das comorbidades, o íleo biliar apresentou crescimento na sua incidência (CHANG et al., 2017). Mantendo também uma morbimortalidade consideravelmente alta, entre 12-27%. Essa alta taxa de complicação se deve à idade de apresentação da doença e as comorbidades que acompanham essa população, bem como a demora na busca por atendimento médico e dificuldade no diagnóstico (TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

6 ETIOLOGIA

A obstrução intestinal por íleo biliar tem como etiologia um ou mais cálculos oriundos da vesícula biliar que, geralmente, após a formação de uma fístula colecistoduodenal, evoluem com a migração e impactação desse cálculo no íleo distal, normalmente próximo à válvula ileocecal (VIC). Para causar obstrução, espera-se que o cálculo tenha mais de 2,0-2,5 cm, mas existem relatos de múltiplos cálculos menores e

agrupados causando obstrução. Tem-se, ainda, a migração do cálculo após um procedimento de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), onde ele adentra a luz duodenal após uma papilotomia ampla (CALDWELL et al., 2018; CATENA et al., 2019; ALDO et al., 2020).

Outro ponto de impactação relatado na literatura de forma mais rara é o descrito na síndrome de Bouveret, onde o cálculo causa obstrução gástrica após sua impactação no estômago distal ou na primeira porção duodenal. Observa-se, também, alguns relatos onde a impactação ocorreu na região do cólon sigmóide, sendo que nesses casos, o cálculo ganhou o cólon após a sua passagem pela VIC ou através de uma fístula com o cólon transversal. Por fim, e de forma ainda menos prevalente, tem-se pontos de obstrução em locais de estenose prévia, como nos pacientes com doença de Crohn, doença diverticular dos cólon ou ainda na presença de um divertículo de Meckel (CHANG et al., 2017; CALDWELL et al., 2018).

7 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A maioria dos pacientes apresentam história prévia de colecistite aguda ou sintomas biliares anteriores ao quadro de íleo biliar. Entretanto, como as fístulas bilioentéricas são geralmente assintomáticas, essa obstrução exibe um curso insidioso, com manifestações clínicas intermitentes e inespecíficas. A obstrução intestinal geralmente ocorre de 4 a 8 dias após o início dos sintomas que, por sua vez, aparecem à medida que os cálculos migram ao longo do intestino delgado e, desse modo, eles se diferem a depender do local de impactação, podendo durar horas a semanas (CHANG et al., 2017; ALDO et al., 2020; STAGNITTI; STAGNITTI; TARCOVEANU, 2021; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

Normalmente, a clínica se assemelha às outras causas habituais de obstrução do intestino delgado, sendo dor, distensão abdominal, náuseas e vômitos as manifestações mais comuns. A dor abdominal é generalizada, em cólicas e normalmente associada a náuseas e vômitos, os quais podem ser biliosos (obstrução do intestino delgado) ou fecaloides (obstrução do intestino grosso). Por outro lado, a distensão ocorre devido a obstrução do estômago distal ou do bulbo duodenal, sendo um sinal variável e possivelmente acompanhado da ausência de sons ou ruídos intestinais agudos, ao exame físico (AGUILAR-ESPINOSA et al., 2017; CHANG et al., 2017; FERHATOGLU; KARTAL, 2018).

A constipação também pode estar presente de forma versátil, apresentando-se, inicialmente, com dificuldade na motilidade intestinal e associada a flatulência, sendo possível evoluir para constipação total. Ademais, sinais de sangramento gastrointestinal alto (hematêmese, vômito em pó de café ou melena) causados pelo acometimento da artéria gastroduodenal, assim como sinais de perfuração intestinal e peritonite, são extremamente raros nos quadros iniciais do fêleo biliar. Também, dor intermitente no quadrante superior direito, perda de peso, anorexia e saciedade precoce são sintomas menos frequentes na sintomatologia do fêleo biliar (CHANG et al., 2017; FERHATOGLU; KARTAL, 2018; ALDO et al., 2020)

Além disso, pode-se verificar alcalose metabólica, hipocalemia secundária a vômitos graves e elevação dos valores de leucócitos e da PCR. Todavia, como essa condição normalmente ocorre na população idosa, com múltiplas comorbidades associadas, a sintomatologia de outras doenças muitas vezes mascaram o quadro de fêleo biliar, ocasionando diagnóstico tardio e alta morbimortalidade (CHANG et al., 2017; CUADRA et al., 2017; FERHATOGLU; KARTAL, 2018).

8 SÍNDROME DE BOUVERET

A síndrome de Bouveret, considerada uma condição de relativa raridade, é uma complicação da colelitíase que geralmente apresenta sinais e sintomas de obstrução da saída gástrica. Ainda, de acordo com Caldwell et al. (2018), Bouveret "é uma forma rara de fêleo de cálculo biliar secundário a uma fístula adquirida entre a vesícula biliar e o duodeno ou estômago. Através da fístula, um cálculo biliar pode entrar no sistema entérico e causar uma obstrução da saída gástrica" (CALDWELL et al., 2018).

Os fatores de risco para a síndrome de Bouveret incluem história de colelitíase, pedras maiores (entre 2 a 8 cm), pacientes com média de 74 anos e sexo feminino. Além do relato de que 43% a 68% dos pacientes que desenvolveram a síndrome, têm histórico de cólica biliar recorrente, icterícia ou colecistite aguda (TURNER et al., 2022).

Após um episódio de colecistite aguda, que resulta em uma inflamação e consequente adesão da vesícula biliar ao trato gastrointestinal, e se soma à pressão mecânica que é exercida pelos cálculos na própria vesícula e na parede do intestino, o que possivelmente irá resultar em uma ruptura do órgão pressionado e da parede entérica. Este mecanismo atua potencializando a formação de uma fístula entre vesícula e intestino, onde além da colecistite aguda, segundo alguns relatos publicados, ocorre também o

desenvolvimento de uma fístula colecística como consequência de uma malignidade da vesícula biliar (TURNER et al., 2022).

A síndrome de Bouveret se manifesta a partir de sinais inespecíficos, tipicamente com náuseas, vômitos e distensão abdominal. O paciente também pode apresentar dor epigástrica e em hipocôndrio direito e sinais de desidratação e perda de peso. Se não tratada, pode ocorrer perfuração intestinal e obstrução contínua da saída gástrica, implicando em anorexia, desidratação, deficiências nutricionais e anormalidades eletrolíticas. No entanto, a síndrome quando diagnosticada e tratada em tempo resulta em bom prognóstico (TURNER et al., 2022).

9 DIAGNÓSTICO

A obstrução intestinal por íleo biliar possui um quadro clínico por muitas vezes amplo e inespecífico, levando, assim, à confusão com outras possíveis causas de abdome obstrutivo, como apendicite, diverticulites e bridas, e, com isso, pode ocorrer um atraso no diagnóstico definitivo. Existem, também, certos achados laboratoriais, como desequilíbrio eletrolítico e discreta leucocitose, porém não possuem valor diagnóstico (CLARO et al., 2020).

A tomografia computadorizada é considerada o padrão ouro no diagnóstico da obstrução por íleo biliar, podendo informar com precisão a localização da obstrução intestinal, bem como um o tamanho e a quantidade de cálculos biliares que migraram. Entretanto, o diagnóstico também pode ser dado por radiografia, a partir da presença de três achados (tríade de Rigler) patognomônicos: pneumobilia, distensão de alças intestinais e presença de cálculos radiopacos intraluminais (AGUILAR-ESPINOSA et al., 2017; ALDO et al., 2020).

Em casos que haja suspeita de fistulização por íleo biliar, a ressonância magnética pode ser útil, devendo ficar reservada para diagnósticos mais precisos (ALDO et al., 2020). A ultrassonografia também pode ser utilizada, principalmente somada a radiografia, visto que tem sua sensibilidade aumentada, podendo auxiliar no pré e pós-operatório. Porém, quando sozinha, possui baixo potencial diagnóstico (ALDO et al., 2020). Por fim, nos dias atuais, aumenta-se cada vez mais a utilização da endoscopia como método diagnóstico, por esta também ser considerada terapêutica, reduzindo, assim, os custos e evitando intervenções mais invasivas ao paciente (CALDWELL et al., 2018).

10 TRATAMENTO CLÍNICO

O principal objetivo terapêutico no íleo biliar é a extração do cálculo agressor após a estabilização clínica do paciente. Embora a cirurgia aberta tenha sido estabelecida como método padrão de tratamento, nos dias de hoje, o reparo por endoscopia tornou-se uma abordagem bem aceita, principalmente em pacientes idosos e com incapacidade de suportar uma cirurgia. Como a endoscopia é tanto diagnóstica quanto potencialmente terapêutica, muitos estão a adotando como terapia de primeira linha (CALDWELL et al., 2018; INUKAI, 2019; ALDO et al., 2020; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

Além de reduzir a morbidade e mortalidade que o tratamento cirúrgico possui, a abordagem endoscópica é relativamente simples, rápida e eficaz para cálculos menores. No entanto, a principal limitação desta técnica é a dificuldade de remoção de cálculos maiores, necessitando de outro tratamento endoscópico adjunto. Dentre as modalidades endoscópicas por litotripsia, encontram-se: eletro-hidráulica, mecânica, por ondas de choque e por laser (CALDWELL et al., 2018; INUKAI, 2019).

Desde que não haja sinais de isquemia ou perfuração intestinal, o manejo endoscópico pode ser o método de escolha para todos os pacientes inicialmente. Embora não exista um consenso bem estabelecido para o tempo máximo em que se pode tentar a abordagem não-operatória, a maioria dos autores considera 72h um ponto de corte seguro (CATENA et al., 2019).

11 TRATAMENTO CIRÚRGICO

O manejo cirúrgico da obstrução intestinal por íleo biliar é controverso e não existe nenhuma diretriz que o regulamente. Apesar de existirem relatos na literatura de resolução espontânea de íleo biliar e de uso de técnicas menos invasivas dependendo do tamanho e da composição do cálculo biliar, o tratamento cirúrgico é indicado na maioria dos casos, sendo necessários a extração do cálculo e o fechamento da fístula (CHANG et al., 2017; CLARO et al., 2020; ALZERWI et al., 2021).

Nos casos em que o tratamento via endoscópica não for bem sucedido, na falta de disponibilidade e de conhecimento técnico adequado deve-se considerar a opção cirúrgica. Se houver impactação no cólon, pancreatite biliar ou malignidade hepato-pancreatobiliar concomitante passível de ressecção cirúrgica e história prévia de íleo biliar, coledocolitíase ou diverticulite o tratamento cirúrgico também é considerado como o mais efetivo. Além disso, ele não deve ser adiado no cenário de emergência, que inclui

hemorragia, perfuração e sepse biliar ou se as opções não cirúrgicas falharem (FERHATOGLU; KARTAL, 2018; INUKAI, 2019; SINGH et al., 2020).

A escolha da conduta é divergente no que se refere à abordagem única ou divisão da cirurgia em estágios, considerando as taxas de morbidade, mortalidade e recorrência. Apesar de alguns cirurgiões preferirem a extração do cálculo biliar simultânea à colecistectomia e ao reparo da fístula, outros recomendam apenas a extração do cálculo biliar e posteriormente o reparo da fístula e a colecistectomia (LAXAGUE et al., 2020).

Considerando que essa patologia acomete mais comumente a população acima de 65 anos e sua associação a fatores de comorbidade, presume-se que esse grupo não está apto para a abordagem única, uma vez que podem elevar as taxas de mortalidade pós-operatória até 12%, sendo que, quando realizada em associação com a colecistectomia, essa taxa é ainda maior. Atrelado a isso é importante considerar idade, estado clínico, presença de suboclusão ou oclusão, local de impactação do cálculo, presença de mais cálculos na vesícula biliar, a extensão da inflamação ao redor da vesícula biliar e da experiência do cirurgião (FERHATOGLU; KARTAL, 2018; RABIE; SOKKER, 2019; CLARO et al., 2020; SINGH et al., 2020).

Em função disso, a cirurgia de abordagem única é geralmente indicada para pacientes jovens, principalmente nos casos de sepse biliar ou gangrena concomitantes. Alguns estudos ainda consideram a realização apenas da extração do cálculo, sem colecistectomia ou correção da fístula, visto que apenas 10% dos pacientes necessitam de uma segunda cirurgia em função da persistência de sintomas (PEIXOTO et al., 2020; SINGH et al., 2020).

A enterolitotomia é a técnica cirúrgica mais utilizada e consiste na extração do cálculo biliar através de uma pequena incisão no intestino. Entretanto, estudos metanalíticos não evidenciaram correlação estatística direta de que essa técnica tenha superioridade ou sobreposição, em termos de redução de complicações, em relação às demais. Além disso, sabe-se que cerca de pelo menos 75% dos pacientes que apresentam essa patologia são idosos e já portam comorbidades prévias de outros sistemas. Sendo assim, existe um consenso de que o manejo e o reparo da fístula entre a vesícula e trato digestivo deve ser adiado sempre que possível, visto que, por ser uma cirurgia de grande extensão, pode aumentar a morbimortalidade dos pacientes (RABIE; SOKKER, 2019; ALZERWI et al., 2021).

Já a abordagem laparoscópica é um procedimento menos invasivo e demonstrou resultados efetivos, entretanto só é possível de ser realizada em centros especializados

por profissionais altamente treinados e experientes. Além disso, sua realização é contraindicada em pacientes com alto grau de inflamação na região da vesícula biliar ou em casos de impossibilidade de acesso ao sítio cirúrgico em decorrência do grau da obstrução (RABIE SOKKER, 2019; LAXAGUE et al., 2020).

Outras opções disponíveis seriam a colotomia proximal no local de impactação dos cálculos e a abordagem cirúrgica endoscópica (via retal) para a remoção dos cálculos. Todavia, esta última só pode ser realizada em pacientes hemodinamicamente estáveis, visto que está associada a sangramentos e o paciente pode precisar de hidratação agressiva e reposição eletrolítica a nível de unidade de tratamento intensivo. Entretanto, de qualquer forma, é uma opção possível para cálculos ectópicos encontrados nas porções mais distais do intestino grosso (LAXAGUE et al., 2020; TURNER; SHARMA; MUKHERJEE, 2022).

12 CONCLUSÃO

A obstrução intestinal por íleo biliar, embora atípica, é uma condição grave e potencialmente fatal. Dessa forma, um diagnóstico precoce e rápida resolução da obstrução são fundamentais. Entretanto, não há consenso sobre a melhor forma de manejo, podendo variar de técnicas conservadoras a cirúrgicas. Dada a complexidade de tais pacientes, métodos menos invasivos demonstram bons resultados, porém, caso estas técnicas falhem ou no cenário de emergência, a intervenção cirúrgica não deve ser adiada.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-ESPINOSA, F. et al. **Sangrado de tubo digestivo y delirium, retos en el diagnóstico de íleo biliar: reporte de un caso y revisión de bibliografía.** Cirugía y Cirujanos, v. 85, p. 53–57, dez. 2017.
- ALDO, C. et al. **Rolling in the Deep: Imaging Findings and Diagnostic Pearls in Gallstone Ileus.** Surgery Research and Practice, v. 2020, p. 1–10, 24 abr. 2020.
- ALZERWI, N. A. N. et al. **The Regularity of the Site of Impaction in Recurrent Gallstone Ileus: A Systematic Review and Meta-Analysis of Reported Cases.** Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, v. 2021, p. 1–10, 2 dez. 2021.
- CALDWELL, K. M. et al. **Bouveret syndrome: current management strategies.** Clinical and Experimental Gastroenterology, v. Volume 11, p. 69–75, fev. 2018.
- CATENA, F. et al. **Bowel obstruction: a narrative review for all physicians.** World Journal of Emergency Surgery, v. 14, n. 1, 29 abr. 2019.
- CHANG, L. et al. **Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review.** Emergency Radiology, v. 25, n. 2, p. 189–196, 16 nov. 2017.
- CLARO, M. et al. **Cecal Perforation by a Large Gallstone: An Unusual Diagnosis.** Cureus, 27 abr. 2020.
- CUADRA, B. M. et al. **Íleo biliar colónico: una rara causa de obstrucción intestinal.** Cirugía y Cirujanos, v. 85, n. 5, p. 440–443, set. 2017.
- FARKAS, N. et al. **A systematic review of gallstone sigmoid ileus management.** Annals of Medicine and Surgery, v. 27, p. 32–39, mar. 2018.
- FERHATOGLU, M. F.; KARTAL, A. **Bouveret's syndrome: A case based review; clinical presentation, diagnostics and treatment approaches.** SiSli Etfal Hastanesi Tip Bulteni / The Medical Bulletin of Sisli Hospital, 2018.
- INUKAI, K. **Gallstone ileus: a review.** BMJ Open Gastroenterology, v. 6, n. 1, p. e000344, nov. 2019.
- LAXAGUE, F. et al. **Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Colonic Gallstone Ileus in an Elderly Patient.** ACG Case Reports Journal, v. 7, n. 4, p. e00363, abr. 2020.
- PEIXOTO, R. et al. **Bouveret's Syndrome: A Case Report and a Brief Literature Review.** Acta Médica Portuguesa, v. 33, n. 5, p. 347, 4 maio 2020.
- RABIE, M. A.; SOKKER, A. **Cholecystolithotomy, a new approach to reduce recurrent gallstone ileus.** Acute Medicine & Surgery, v. 6, n. 2, p. 95–100, 4 mar. 2019.
- SINGH, G. et al. **A case report and review of the literature of Bouveret syndrome.** The Annals of The Royal College of Surgeons of England, v. 102, n. 1, p. e15–e19, jan. 2020.
- STAGNITTI, F.; STAGNITTI, A.; TARCOVEANU, E. **Spontaneous Biliary-Enteric Fistulas and Associated Complications: An Overview.** Chirurgia (Bucharest, Romania : 1990), v. 116, n. 6 Suppl, 2021.

TURNER, A. R. et al. **Bouveret Syndrome (Bilioduodenal Fistula)**. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 22 mar 2022.

TURNER, A. R.; SHARMA, B.; MUKHERJEE, S. **Gallstone Ileus**. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 9 may 2022.