



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO
DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA (ILACVN)
MEDICINA**

ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO CIRÚRGICO

SAYRA JOHANI SILVA NORIEGA

Foz do Iguaçu
2024



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO
DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA (ILACVN)
MEDICINA**

ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO CIRÚRGICO

SAYRA JOHANI SILVA NORIEGA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciência da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latina Americana, como requisito parcial da obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof^a. Me. Rosana Álvarez Callejas.

Foz do Iguaçu

2024

SAYRA JOHANI SILVA NORIEGA

ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO CIRÚRGICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciência da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial da obtenção de título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Me. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

UNILA

UNILA

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de ____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Sayra Johani Silva Noriega

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.):

E-mail: Fone:

Tipo de Documento

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> Artigo |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | <input type="checkbox"/> Monografia |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | <input type="checkbox"/> Dissertação |
| | <input type="checkbox"/> Tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – Obras audiovisuais |

Título do trabalho acadêmico: Abdome Agudo Obstrutivo: Relato de Caso Cirúrgico

Nome do orientador(a): Prof^a. Me. Rosana Álvarez Callejas.

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a meus familiares e colegas que estiveram nesta trajetória final da minha profissão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me acompanhou ao longo da minha vida, assim como na minha etapa universitária, por me brindar a fortaleza, sabedoria em todos estes momentos.

Aos meus pais Jorge Armando e Isabel, pelo amor e apoio incondicional durante estes anos de faculdade.

A meu irmão Herbert pelo incentivo constante de superação ante qualquer tipo de dificuldade.

Aos meus avós José e Sara, pela ajuda apesar da distância, sempre estiveram a meu lado, me aconselhando e motivando.

A minha tia Madeli, pelo incentivo de encorajar cada etapa difícil que se apresentar na minha vida.

A minha cunhada Junelly por ser uma das pessoas que me impulsou desde um início com a escolha da profissão.

A minha orientadora, meu agradecimento especial por me proporcionar a oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

Aos meus colegas do curso que estiveram neste trajeto final, que sem dúvidas me proporcionaram momentos de aprendizagem.

RESUMO

O íleo biliar é uma complicação a pacientes que apresentaram um quadro de colecistite, é incomum, porém é um tipo de obstrução intestinal mecânica que compromete o trato gastrointestinal. Ocorre em pacientes em um 3% com obstrução do intestino delgado. É mais prevalente no sexo feminino e com 65 anos de idade. O local onde o cálculo causara a obstrução induzira uma variedade de manifestações clínicas, que podem ter início agudo, subagudo ou crônico. O quadro pode ter início com sintomas como dor abdominal, distensão súbita, vômitos e obstipação. Inclusive pacientes com quadros crônicos podem apresentar episódios assintomáticos. O tratamento do íleo biliar é principalmente cirurgico. O caso cirurgico apresentado trata de uma paciente feminina, de 65 anos, com histórico de dor abdominal crônica, com recorrentes consultas nas Unidades Básica de Saúde de episódios de náuseas, vômitos e obstipação intestinal. Apresentou piora dos sintomas com 10 horas antes do internamento, que levou a procurar atendimento hospitalar. Na chegada ao hospital foram solicitados exames laboratoriais e de imagem. A tomografia computadorizada evidenciou espessamento parietal e redução do lume da porção mediana do íleo. Dessa forma, a intervenção cirúrgica nesses quadros de obstrução intestinal tem que ser realizada de forma urgente, evitando riscos e complicações na pessoa.

Palavras chaves: íleo biliar; obstrução intestinal, abdome agudo; relatos de casos.

RESUMEN

El íleo biliar es una complicación en pacientes que tuvieron un cuadro de colecistitis. Aunque es poco común, es un tipo de obstrucción intestinal mecánica que compromete la función gastrointestinal. Ocurre en aproximadamente un 3% de los pacientes con obstrucción del intestino delgado. Es más prevalente en mujeres y con 65 años. El lugar donde el cálculo causa la obstrucción induce una variedad de manifestaciones clínicas, que pueden tener un inicio agudo, subagudo o crónico. El cuadro puede comenzar con síntomas como dolor abdominal, distensión súbita, vómitos y constipación intestinal. Incluso, los pacientes con cuadros crónicos pueden presentar episodios asintomáticos. El tratamiento del íleo biliar es principalmente quirúrgico. El caso presentado trata de una paciente femenina de 65 años, con historial de dolor abdominal crónico y consultas recurrentes en Unidades Básicas de Salud por episodios de náuseas, vómitos y constipación intestinal. La paciente presentó un empeoramiento de los síntomas 10 horas antes de la internación, lo que la llevó a buscar atención hospitalaria. A su llegada al hospital, se solicitaron exámenes de laboratorio y de imagen. La tomografía computarizada evidenció un engrosamiento parietal y una reducción del lumen de la porción media del íleon. De esta manera, la intervención quirúrgica en estos casos de obstrucción intestinal debe realizarse de manera urgente, evitando riesgos y complicaciones en la persona.

Palabras clave: íleo biliar; obstrucción intestinal; abdomen agudo; informes de casos

ABSTRACT

Biliary ileus is a complication in patients who have had cholecystitis. Although uncommon, it is a type of mechanical intestinal obstruction that compromises the gastrointestinal tract. It occurs in approximately 3% of patients with small bowel obstruction. It is more prevalent in females and individuals aged 65. The site where the calculus causes the obstruction induces a variety of clinical manifestations, which can have an acute, subacute, or chronic onset. The condition may begin with symptoms such as abdominal pain, sudden distension, vomiting, and constipation. Additionally, patients with chronic conditions may experience asymptomatic episodes. The treatment of biliary ileus is primarily surgical. The surgical case presented involves a 65-year-old female patient with a history of chronic abdominal pain, with recurrent visits to Primary Health Care Units due to episodes of nausea, vomiting, and intestinal constipation. She experienced a worsening of symptoms 10 hours before hospitalization, which led her to seek hospital care. Upon arrival at the hospital, laboratory and imaging tests were requested. Computed tomography showed parietal thickening and lumen reduction of the mid-ileum. Therefore, surgical intervention in these cases of intestinal obstruction must be performed urgently to avoid risks and complications.

Keywords: biliary ileus; intestinal obstruction; acute abdomen; case reports.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EV	Endovenoso
GABA	Ácido gama-aminobutirico
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IB	Íleo biliar
IMC	Índice de Massa Corporal
IOT	Intubação Orotraqueal
TGO	Transaminase glutâmico - oxalacética
TGP	Transaminase glutâmica pirúvica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	13
2.1 DESCRIÇÃO DO CASO	13
2.2 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	15
2.3 DISCUSSÃO	17
2.4 ANESTESIA	20
2.5 TÉCNICA OPERATÓRIA.....	22
2.6 COMPLICAÇÕES PERI E PÓS- OPERATÓRIAS.....	24
2.7 DESFECHO DO CASO.....	25
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O íleo biliar (IB) é uma complicação rara que acomete pacientes com colecistite. Dentro da classificação do abdome agudo, o IB é considerado um tipo de obstrução intestinal mecânica do trato gastrointestinal. O sexo mais acometido é o feminino, especialmente em maiores de 65 anos de idade (KEAVENY et al., 2024). Os cálculos migram até a porção do íleo do intestino delgado através de uma fístula entérica, que é a causa mais comum desta obstrução intestinal. O quadro tem início agudo, com dor abdominal, vômitos e obstipação (VALENCIA et al., 2017).

Na abordagem diagnóstica, inicialmente a avaliação criteriosa da anamnese e exame físico são realizados no paciente. A sensibilidade radiográfica através da tríade de Rigler: distensão de alça, pneumobilia e visualização do cálculo radiopaco, direcionam o quadro clínico. O tratamento principalmente é cirúrgico, já seja por enterolitomia isolada ou cirurgia em um ou dois estágios. (VALENCIA, 2017).

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso cirúrgico, estabelecer os principais diagnósticos e diagnósticos diferenciais do quadro, ressaltando também a importância da abordagem cirúrgica deste tipo de obstrução intestinal.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 65 anos, branca, natural de Santo Antônio do Sudoeste – Paraná.

Queixa principal: “Dor forte na barriga”.

História da doença atual: Paciente relata quadro de dor abdominal há 1 ano na região do hipocôndrio direito, de leve intensidade, tipo cólica, com irradiação para região do ombro direito e melhora ao uso com paracetamol, sem outros sintomas associados. Relata também recorrentes consultas na Unidade Básica de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por causa da dor. Segundo relato da paciente, com transcorrer dos meses, começou a apresentar dor moderada na região epigástrica e hipocôndrio direito, com duração de 20 minutos, associado a episódios de náuseas e vômitos (de conteúdo alimentar, após ingestão de alimentos gordurosos). Paciente relata que 10 horas antes do internamento, o quadro de dor abdominal progrediu com dor difusa, tipo cólica e de forte intensidade, associado a náuseas, três episódios de vômitos (de grande quantidade, amarelado), obstipação intestinal, hiporexia. Informa que perdeu 20 kilos nos últimos 3 meses. Nega febre, colúria e acolia. Sem apresentar melhora do quadro procurou atendimento na UPA, sendo encaminhada para o Hospital Municipal.

História patológica pregressa: Hipertensão Arterial Sistêmica. Câncer de útero há 14 anos. Medicamentos de uso contínuo: Losartana 50 mg (1 cp a cada 12 horas). Nega alergia medicamentosa. Peso atual de 42 kg e altura 157 cm. IMC 17.04 (magreza).

Hábitos de vida: Nega tabagismo. Nega etilismo. Nega uso de drogas.

Exame físico: paciente se apresentava em regular estado geral; anictérica; desidratada +/-4, acianótica, eupneica, pressão arterial sistólica de 108 mmHg e diastólica de 60 mmHg, frequência respiratória de 18 irpm, frequência cardíaca de 83 bpm, temperatura de 36°C. Neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreativas, sem sinais de meningismo. Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo regular, em 2 tempos, sem sopros audíveis, tempo de enchimento capilar < 3

segundos. Respiratório: Murmúrio vesicular audível bilateralmente, sem ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório. Abdome: Plano, distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos nos quatro quadrantes, hipertimpânico, doloroso à palpação superficial e profunda difusamente, descompressão brusca negativa, sem sinais de visceromegalias e massas palpáveis. Sinal de Murphy, Rovsing e Blumberg negativo. Extremidades: Membros quentes e perfundidos, pulsos palpáveis e simétricos, sem edemas.

Durante o seguimento da investigação do quadro da paciente e considerando a persistência da dor, ao ser referenciada ao HMPGL, foi optado por realizar exames laboratoriais e uma Tomografia Computadorizada (TC) de abdome total com uso de contraste endovenoso. Na TC, o principal achado patológico foi um espessamento parietal de 13 centímetros (cm) e redução do lume da porção mediana do íleo, evidenciando também uma dilatação do diâmetro de 3,5 cm da alça de jejuno, sugerindo uma suboclusão nessa porção. Além disso, a TC não evidenciou conteúdo patológico na vesícula biliar como espessamento das paredes e presença de cálculos. As vias biliares intra-hepáticas se observaram levemente dilatadas, mas sem presença de dilatação do colédoco. Nos laboratoriais foi visto leve leucocitose, sem alterações da função hepática (bilirrubinas totais e frações direta e indireta normais), sem sinais de lesão dos hepatócitos (com TGO e TGP normais), tampouco alterações das enzimas canaliculares (gama-GT e fosfatase alcalina).

2.2 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Diante do caso apresentado da paciente com quadro de dor abdominal, devemos inicialmente pensar no diagnóstico sindrômico de abdome agudo. Na avaliação de um paciente com dor abdominal, características como a localização, cronologia, irradiação, fatores agravantes e atenuantes e sintomas associados, direcionam com clareza a hipótese diagnóstica e o diagnóstico diferencial, já que diversas etiologias demandam intervenção cirúrgica urgente (PENNER, 2024, BROWNSON, 2017).

No atendimento inicial ao paciente, é importante excluir algumas doenças graves de acordo às manifestações clínicas das principais etiologias abdominais agudas. Os tipos de abdome agudo e sua apresentação clínica são: inflamatório (dor insidiosa e piora progressiva, febre, peritonite localizada ou difusa); perfurativa (dor com piora súbita, intensa, aguda e persistente, peritonite, palidez, evolui para choque séptico se não tratado; obstrutiva (distensão, parada de eliminação de flatus e fezes, náuseas e vômitos) e vascular/isquêmica (dor intensa súbita, tipo cólica, desproporcional ao exame físico, evolui para peritonite). (KILESSE *et al.*, 2022).

Foi considerado como hipótese diagnóstica, dentro do quadro clínico da paciente, a síndrome de abdome agudo obstrutivo, pensando em duas possibilidades etiológicas, a coledocolitíase e suboclusão intestinal. Considerando a etiologia da coledocolitíase pela sintomatologia de dor localizada tipo cólica no abdome superior direito e epigástrica, vômitos de aspecto esverdeado, colúria e acolia fecal, e icterícia, além disso, a dor típica da coledocolitíase normalmente melhora em um período de 6 horas (AZZEM *et al.*, 2024). A segunda etiologia suspeitada na paciente foi suboclusão do intestino, que se apresenta com início abrupto das cólicas abdominais, associada a náuseas e vômitos e distensão abdominal (BORDEIANOU *et al.*, 2024). Na admissão a paciente apresentou piora da dor com características de tipo cólica e difusa, de forte intensidade, com presença de abdome distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos, hipertimpanismo, doloroso à palpação difusamente.

Dentro dos diagnósticos diferenciais, considerando o quadro da paciente, poderíamos ter em conta outras causas etiológicas de abdome agudo obstrutivo. A

Síndrome de Bouveret, que se caracteriza pelo impacto de um cálculo biliar no canal pilórico (colecisto-gástrica). Esta síndrome pode ocasionar dor de início súbito na região epigástrica, náuseas e vômitos. Pseudo-obstrução intestinal, caracterizada pela distensão abdominal associada a náuseas, vômitos e diarreias. Hérnias encarceradas, podendo apresentar sintomas obstrutivos intermitentes, de forma aguda. Tumor maligno metastático, sendo a segunda causa mais comum de obstrução intraluminal do intestino delgado, a maioria se localiza na porção do íleo. Inflamação ou infecção intra-abdominal (Doença de Crohn, apendicite, diverticulite de Meckel), ocasiona obstrução mecânica, e presença de febre. A estenose intestinal, devido a aderências ou estenose no lúmen intestinal. Volvo de sigmoide, uma torção de um segmento do trato intestinal, como o ceco e cólon sigmoide. Intussuscepção, causa rara de obstrução intestinal mecânica em adultos, ocasionando náuseas, vômitos, melena, perda de peso, febre e constipação (GAN *et al.*, 2024; KEAVENY *et al.*, 2024).

Durante o seguimento da investigação do quadro da paciente e considerando a persistência da dor, ao ser referenciada ao HMPGL, foi optado por realizar exames laboratoriais e uma Tomografia Computadorizada (TC) de abdome total com uso de contraste endovenoso. Na TC, o principal achado patológico foi um espessamento parietal de 13 centímetros (cm) e redução do lume da porção mediana do íleo, evidenciando também uma dilatação do diâmetro de 3,5 cm da alça de jejuno, sugerindo uma suboclusão nessa porção. Além disso, a TC não evidenciou conteúdo patológico na vesícula biliar como espessamento das paredes e presença de cálculos. As vias biliares intra-hepáticas se observaram levemente dilatadas, mas sem presença de dilatação do colédoco. Nos laboratoriais foi visto leve leucocitose, sem alterações da função hepática (bilirrubinas totais e frações direta e indireta normais), sem sinais de lesão dos hepatócitos (com TGO e TGP normais), tampouco alterações das enzimas canaliculares (gama-GT e fosfatase alcalina).

2.3 DISCUSSÃO

Considerando o exame de imagem avaliado, a conclusão diagnóstica foi de um abdome agudo obstrutivo devido a um íleo biliar (IB). O IB é uma complicação incomum da colecistite, além de ser um tipo de obstrução intestinal mecânica do trato gastrointestinal, acontece pelo impacto de um ou mais cálculos na porção do íleo. Ocorre em menos de 3% dos pacientes que apresentam obstrução do intestino delgado. É mais prevalente em pacientes do sexo feminino e maiores de 65 anos de idade. (KEAVENY et al., 2024). Um antecedente clínico significativo, é que 50% desses pacientes têm história prévia de doença vesicular biliar (VALENCIA *et al*, 2017).

Estes cálculos migram do trato biliar até o intestino através do colédoco e da ampola de Vater, que é menos frequente ou por uma fístula biliar entérica, que surge devido a episódios recorrentes de colecistite aguda, ocasionado uma inflamação generalizada e aderência entre a vesícula e o trato digestivo. Essa aderência desenvolve isquemia, seguida por necrose e inflamação da parede da vesícula biliar e do ducto hepático. Esse cálculo impactado sofre erosão e forma uma fístula. A fístula mais frequente é entre a vesícula e o duodeno (85%), porém pode formar fistulas hepatoodenais, coledocoduodenais, colecistogástricas, colecistojejunais e colecistocolônicas (15%) (VALENCIA *et al*, 2017).

O tamanho do cálculo e o diâmetro do lúmen intestinal são fatores principais que determinaram a impactação dentro do intestino. Cálculos menores que 2,5 centímetros passam normalmente pelo intestino, e cálculos maiores têm mais probabilidade de causar uma obstrução. Os locais mais frequentes da obstrução são íleo terminal (73%) devido ao seu menor diâmetro intraluminal, seguido pelo íleo proximal e jejuno (20 a 40%) e duodeno (inferior a 10%) (KEAVENY *et al*, 2024).

O local onde o cálculo obstrui o trato gastrointestinal, induzirá a uma variedade de manifestações clínicas. O início da apresentação pode ser agudo, subagudo ou crônico. O quadro agudo, inicia com distensão abdominal súbito, vômitos e obstipação. O subagudo difere da forma aguda, pois o paciente não apresenta evacuações, mas sim flatos. O tipo crônico, se caracteriza por episódios recorrentes

de dor causados pela passagem de cálculos biliares pelo intestino, acompanhado de períodos assintomáticos. Avaliado a sintomatologia e evolução do quadro da paciente, podemos considerar que se tratava de um caso crônico. Sintomas clínicos como distensão abdominal, dor, vômito, ausência de peristaltismo, constipação estão presentes. A icterícia está presente em 15% dos pacientes. Pode ocorrer anorexia, distúrbio hidroeletrólítico e perda de peso, como foi relatado pela paciente (VALENCIA *et al*, 2017).

O IB não se manifesta com sintomas únicos, dificultando o diagnóstico inicialmente. Após uma utilização criteriosa da anamnese e exame físico, pode-se solicitar exames laboratoriais. Os laboratoriais podem mostrar uma leucocitose, testes de função hepática alterados e desequilíbrio eletrólito em alguns casos, tendo menos significado no diagnóstico. A investigação através de exame de imagem inicia-se com radiografia abdominal (sensibilidade 40-70%). O critério diagnóstico através da radiografia é a tríade de Rigler: distensão de alça, pneumobilia e visualização do cálculo biliar radiopaco. Lembrando que a pneumobilia não é patognomônico do íleo biliar, podendo ocorrer em outros procedimentos biliares cirúrgicos. A Ultrassonografia tem uma baixa sensibilidade para visualização de obstrução intestinal. A TC com contraste é o método padrão ouro para diagnóstico de íleo biliar (sensibilidade maior a 90%), localiza o cálculo impactado no segmento intestinal. A investigação do quadro da paciente foi inicialmente realizada por meio de TC, não tendo sido solicitado raio x em uma primeira oportunidade (VALENCIA, 2017).

O tratamento é principalmente cirúrgico. Esse tratamento é realizado como resultado do diagnóstico pré-operatório ou como um achado intraoperatório, podendo ser abordada através de uma enterolitotomia isolada ou cirurgia em um ou dois estágios. A enterolitomia, é a extração de um cálculo através de uma enterotomia, sem a realização do fechamento da fístula ou a retirada da vesícula biliar. Essa técnica é o objetivo primário do tratamento, é uma boa abordagem em pacientes com comorbidades significativas, instabilidade hemodinâmica e dissecação cirúrgica de alto risco. Quando existe um processo inflamatório da vesícula biliar, é recomendado não realizar a abordagem cirúrgica dessa região, devido a um risco de lesões iatrogênicas graves. Já a cirurgia em um estágio (colecistectomia ou colecistostomia, fechamento

da fístula e enterolitotomia) é indicada em casos que os pacientes estejam estabilizados no pré-operatório, adequada condição clínica e disponibilidade de cuidados intensivos no pós-operatório, já que seria realizado um procedimento mais prolongado. A cirurgia em dois estágios (enterolitotomia + colecistectomia intervalada e reparo de fístula) é sugerida em pacientes jovens com risco de complicações biliares, com recorrente história de impacto de cálculos biliares. A colecistectomia pode ser realizada variando de 4 semanas a 6 meses posteriormente (VALENCIA, 2017; GUIMARÃES, 2010).

2.4 ANESTESIA

A paciente passou por uma avaliação perioperatória pelo anestesista antes de ser encaminhada ao centro cirúrgico. A classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) é um dos sistemas mais utilizados para avaliar o estado físico do paciente, com o objetivo de reduzir os riscos e a morbidade relacionados à cirurgia. Esse sistema é dividido em seis categorias, baseadas em múltiplos fatores e comorbidades do paciente.

A paciente foi categorizada como ASA II, devido à presença de doença sistêmica leve (Hipertensão Arterial Sistêmica). Também foi utilizada a classificação de Mallampati, um preditor padrão para identificar pacientes com via aérea difícil para intubação. A paciente foi classificada como Mallampati I, pois havia visualização completa do palato duro e mole, úvula e pilares tonsilares.

Foi realizada uma anestesia geral balanceada; ou seja, uso de agente inalatório e/ou intravenoso (sedativo hipnótico, analgésico opioide e bloqueador neuromuscular). A anestesia geral é composta por três fases: indução, manutenção e recuperação. Se deu início com a pré-oxigenação da paciente, com oxigênio a 100% para aumentar a reserva de O₂, além de proporcionar proteção das vias aéreas antes de uma intubação orotraqueal. Depois na fase da indução foi realizado fentanil 150 µg (EV) como agente opioide-analgésico, lidocaína 40 mg (EV) como agente adjuvante, propofol 150 mg (EV) como agente sedativo-hipnótico e rocurônio 50 mg (EV) como bloqueador neuromuscular.

O fentanil é um derivado sintético da morfina, lipofílico, atravessa rapidamente a barreira hematoencefálica, além de seu rápido início de ação (4 a 6 min), usado para potencializar a ação do anestésico inalatório e tratamento de dor aguda no pós-operatório (ALEXANDER *et al*, 2024).

A lidocaína é um agente adjuvante intravenoso que diminui a resposta ao estresse simpático e reflexo da tosse durante a laringoscopia e intubação, além de minimizar a dor antes da administração de um sedativo-hipnótico. O propofol é um agonista do receptor GABA, sendo o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central, atua como sedativo-hipnótico sendo hoje em dia o mais usado na

prática, porque é de início rápido (30 a 45 segundos) e o paciente recupera a consciência rapidamente após a anestesia. Possui efeito secundário favorável e propriedades antieméticas. O rocurônio é um neurobloqueador muscular não despolarizante, interage no sítio específico dos receptores colinérgicos, nicotínicos e bloqueia a despolarização da membrana muscular, produzindo paralisia flácida, tem um início de ação rápida entre 1 a 3 minutos, indicado para intubação ao paciente por causa do relaxamento muscular. (HATA *et al.*, 2017)

Após a indução, se deu continuidade à Intubação Orotraqueal (IOT), com tubo endotraqueal número 8 e insuflação do cuff, que permite a ventilação com pressão positiva, protegendo a via aérea do paciente de secreções. A IOT na maioria dos casos se indica em anestesia geral e procedimentos com duração superior a três horas.

Na fase da manutenção, é necessária para manter o estado anestésico no paciente, foram usados medicamentos adicionais e agente inalatório, neste caso foi realizado o sevoflurano, um anestésico inalatório volátil, que bloqueia as respostas a estímulos sensoriais e doloroso, indicado em procedimentos cirúrgicos com duração inferior a duas horas.

A fase da recuperação, significa a interrupção dos agentes usados na indução e manutenção da anestesia geral no paciente. No caso da paciente foi realizado neostigmina 0.5mg EV, um agente anticolinesterásico, que bloqueia os locais colinérgicos, incluindo receptores muscarínicos, causando efeito parassimpaticomimético (bradicardia), indicado para reverter o bloqueador neuromuscular realizado na paciente na fase da indução. Por ser um agente que causa efeito parassimpaticomimético foi administrado após atropina 0.25mg EV, um agente anticolinérgico, que bloqueia os efeitos vagomiméticos, prevenindo a bradicardia e efeitos colaterais gastrointestinais na paciente.

Após a recuperação dessa fase, se realizou aspiração da orofaringe com sonda de aspiração traqueal e posteriormente a extubação sem complicação, finalizando com o encaminhamento para sala de recuperação pós-anestésica.

2.5 TÉCNICA OPERATÓRIA

A laparotomia é indicada com as seguintes finalidades: (1) eletivas: quando tem objetivo definitivo e conhecido, (2) via de drenagem de coleções líquidas; e (3) exploradora: com a finalidade de definir o diagnóstico. A enterotomia é a abertura cirúrgica da luz intestinal com a finalidade exploratória e curativa. Indicada para remoção de corpos estranhos (objetos deglutidos ou cálculos biliares). No caso da paciente, foi realizado uma laparotomia exploradora com finalidade de identificar a etiologia da obstrução do íleo.

Após 12 horas da chegada da paciente no Pronto Socorro, foi encaminhada ao centro cirúrgico. Lá, submeteu-se a uma laparotomia exploradora. Dentro do centro cirúrgico, a paciente foi posicionada em decúbito dorsal na maca cirúrgica, posteriormente monitorizada para controle dos sinais vitais e anestesiada, seguido do preparo da paciente através da antissepsia no abdome da paciente com uso de clorexidina degermante a 2% e clorexidina alcoólico 0,5%, após a antissepsia se realizou a colocação dos campos cirúrgicos estéreis.

Posteriormente se realizou uma incisão abdominal na região supra-infra umbilical para exploração da cavidade, a incisão foi realizada com bisturi lâmina N°20, bisturi elétrico e afastadores Farabeuf. No interior da cavidade intraperitoneal se realizou a exploração manual das alças, desde o ângulo de Treitz até o reto sigmoide, encontrando um achado que confirmaria a TC de abdome, a presença de obstrução a 25 cm de distância da válvula íleo cecal. Em seguida se realizou a incisão da parede intestinal (enterotomia) onde foi identificado um cálculo biliar de 3 cm, posteriormente após a retirada do cálculo, não se observou nenhum sinal de sofrimento de alça.

Depois se realizou a sutura da alça intestinal (enterorrafia) em dois planos com fio polipropileno 3.0. Após a enterorrafia, se observou a cavidade abdominal como um todo, onde não foi identificado nenhum tipo de sangramento ou coleções no fundo do saco de Douglas, na goteira parietocólica esquerda, espaço de marrisom e trascavidade dos epiplon. Após essa verificação, se procedeu com a lavagem com soro fisiológico e revisão da hemostasia. Finalmente se fechou os planos anatômicos, a aponeurose

com fio vicryl 2.0, (ponto contínuo simples), fechamento do subcutâneo com catgut 2.0 e por último a pele com fio Nylon 3.0 (ponto simples).

2.6 COMPLICAÇÕES PERI E PÓS- OPERATÓRIAS

A taxa de mortalidade por íleo biliar é 5 a 10 vezes maior do que outras causas de obstrução mecânica que acomete o intestino delgado. Atrasar a cirurgia em pacientes idosos pode causar complicações intestinais como isquemia, necrose e perfuração (KEAVENY *et al.*, 2024).

No perioperatório, podem acontecer complicações como lesão de partes moles e de vasos sanguíneos, causando uma hemorragia intra-abdominal e retroperitoneal. O procedimento perioperatório da paciente ocorreu sem intercorrências (KEAVENY *et al.*, 2024).

As complicações da laparotomia exploradora são perda sanguínea em grande quantidade, maior tempo de internação hospitalar e recuperação mais lenta. Lembrando que a paciente foi submetida também a uma enterotomia, o fechamento transversal dessa técnica cirúrgica tem que ser realizado de forma adequada, para evitar no pós-operatório estenose intestinal residual. Além disso, 4 a 6 semanas após cirurgia, podem acontecer aderências intra-abdominais que raramente podem ocasionar estrangulamento dos intestinos. Depois das 6 semanas, as aderências são mais densas e hipervasculares, dificultando uma reabordagem cirúrgica.

Existem outras complicações da parede abdominal após laparotomia, como as deiscências (ruptura total ou parcial dos planos abdominais suturados), que pode ter exteriorização do conteúdo abdominal, surgindo após uma fraqueza da parede e hernias incisionais. O íleo pós-operatório acontece devido a fatores que afetam a motilidade do trato gastrointestinal (intolerância à ingestão oral e obstipação) que pode ocorrer inflamação por manipulação intestinal. (KALFF *et al.*, 2024).

2.7 DESFECHO DO CASO

A abordagem cirúrgica ocorreu sem intercorrências, a paciente respondeu adequadamente à cirurgia sem necessidade de ser encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Se iniciou esquema de antibioticoterapia com metronidazol e ceftriaxona. No 2º dia do pós-operatório a paciente evoluiu com leve desconforto abdominal aos movimentos, além de eliminação de flatus e adequada aceitação da dieta líquida. Foi orientada a deambular, usar faixa abdominal e iniciar uma dieta líquida pastosa. O ferimento operatório se encontrava limpo e seco. Recebeu alta hospitalar no quarto dia pós-operatório, com as devidas orientações, receita médica (sintomáticos e ciprofloxacino) e retorno para atendimento no ambulatório da cirurgia geral em 10 dias.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O íleo biliar é uma causa incomum e complicação rara da colicistite. Geralmente se desenvolve a partir de uma obstrução intestinal mecânica que pode cursar com índices altos de morbidade e mortalidade em pacientes do sexo feminino e maiores de 65 anos de idade. A identificação prévia deste quadro é importante para priorizar o atendimento de emergência ou urgência com intervenção cirúrgica. O tratamento cirúrgico muitas vezes precisa de uma intervenção como a laparotomia exploradora com a finalidade de definir o diagnóstico de obstrução intestinal.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, J. C. *et al.* Perioperative uses of intravenous opioids: Specific agents. *In: UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/perioperative-uses-of-intravenous-opioids-specific-agents?source=history_widget>. Acesso em 06 jun. 2024.

ALMEIDA, Á. D. *et al.* Laparotomias. Goffi: Técnica Cirúrgica. Bases Anatômicas, Fisiopatológicas e Técnicas Cirúrgicas. 4.ed. Belo Horizonte: Atheneu Editora Ltda, 2007. Cap. 5, p. 456

ALVES, R. A. *et al.* Fistulas Biliares. Manual de Diagnóstico e tratamento para residente de cirurgia. V 1. Belo Horizonte: Atheneu Editora Ltda, 2013. Cap. 74, p. 957.

AZZEM, N. *et al.* Choledocholithiasis. Clinical manifestations, diagnosis, and management. *In: UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/choledocholithiasis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=coledocolitase&source=search_result&selectedTitle=1%7E113&usage_type=default&display_rank=1#H972627641>. Acesso em: 06 jun. 2024.

BORDEIANOU, L. *et al.* Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. *In: UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=etiologies%2C%20clinical%20manifestations%2C%20and%20diagnosis%20of%20mecanhil&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H15>. Acesso em: 06 jun. 2024.

BROWSON, E. G. *et al.* Abdome Agudo. CURRENT: diagnóstico e tratamento. 14. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2017. Cap. 21, p. 1105.

DOYLE, J. D. Classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas. [Atualizado em 17 de agosto de 2023]. Florianópolis. Publicação StatPearls; 2024 janeiro. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>>. Acesso em 06 jun. 2024.

FALK, S. A. *et al.* Visão geral da anestesia. *In: UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-anesthesia?search=visao%20geral%20da%20anestesia&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 06 jun. 2024

GAN, Ian Seng et al., Obstrução da saída gástrica em adultos. *In: UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gastric-outlet-obstruction-in-adults?search=Obstru%C3%A7%C3%A3o+da+sa%C3%ADda+g%C3%A1strica+em+adulto+s+síndrome+de+bouveret&source=search_result&selectedTitle=8%7E150&usage_type=default&display_rank=8>. Acesso em: 06 jun. 2024.

GUIMARÃES, S. *et al.* Íleo biliar- uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. Revista brasileira geriatria e gerontologia. Cap 13, p 159-163. Rio de Janeiro. 2010.

HATA, T. M. *et al.* Valoración preoperatoria y vigilancia perioperatoria. Anestesia Clínica. 8.ed. Barcelona: Copyright Wolters Kluwer, 2017. Secc 5, cap 23, p. 968.

KALFF, J. C. *et al.* Postoperative ileus. In: *UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/postoperative-ileus?search=ileo%20%20pos%20operatorio%20&source=search_result&selectedTitle=1~70&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 06 jun. 2024.

KEAVENY, A. P. *et al.* Gallstone ileus. In: *UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gallstone-ileus?search=ileo%20biliar&source=search_result&selectedTitle=1%7E14&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 06 jun. 2024.

KILESSE, C. T. *et al.* Abdome agudo no departamento de emergência: uma revisão. Brasília Médica: [S.L.], v. 59, p. 456. 2022. GN1 Sistemas e Publicações Ltd. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/2236-5117.2022v59a247>>. Acesso em: 06 jun. 2024

LINHARES, M.R *et al.* As complicações cirúrgicas da laparotomia e sua influência no prognóstico do paciente. *Studies In Health Sciences*, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 355-367, 20 mar. 2024.

PENNER, R. M *et al.* Evaluation of the adult with abdominal pain. In: *UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-withabdominalpain?search=Evaluation+of+the+adult+with+abdominal+pain&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 06 jun. 2024.

VALENCIA, C. F. *et al.* Íleo biliar: uma revisão geral da literatura médica. *Revista de Gastroenterologia do México*. 3^{ed}, v. 82. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2017.05.001>>. Acesso em: 06 jun. 2024