



Abdome agudo obstrutivo por Íleo biliar: um relato de caso

Nathália Lima Diniz¹; Eduardo Carvalho Horta Barbosa²; Rogério do Carmo Moreira³

Como Citar:

DINIZ, Nathália Lima; BARBOSA, Eduardo Carvalho Horta; MOREIRA, Rogério do Carmo. *Abdome agudo obstrutivo por íleo biliar: um relato de caso*. Revista Sociedade Científica, vol.7, n. 1, p.3256-3261, 2024.
<https://doi.org/10.61411/rsc202464817>

DOI: 10.61411/rsc202464817

Área do conhecimento: Ciências Biológicas.

Sub-área: Microbiologia.

Palavras-chaves: íleo biliar; abdome agudo obstrutivo; coledolitíase.

Publicado: 18 de julho de 2024.

Resumo

O íleo biliar é considerado uma causa rara de obstrução do trato gastrointestinal por um cálculo biliar, sendo que a obstrução pode ocorrer do estômago até o reto, mais comumente ocorrendo a nível de intestino delgado¹. Esse processo decorre da formação de fistula entre a vesícula biliar e o trato gastrointestinal. Em mais de 70% dos casos, a fistula acontece em topografia de duodeno, porém pode estar localizada no estômago, jejuno ou colon³. O tratamento padrão-ouro do íleo biliar é cirúrgico e pode ser realizado em uma ou duas etapas, dependendo das condições clínicas do paciente². O caso apresentado discutirá acerca do tratamento realizado para a paciente em questão, além de discutir sobre a suspeição do diagnóstico em pacientes com colecistite recorrente.

1. Introdução

O íleo biliar é caracterizado por obstrução intestinal mecânica intraluminal. É considerada uma complicação rara da coledolitíase mediante a formação de fistula biliar com o intestino, havendo migração de cálculos e ocasionando obstrução intestinal. Representa de 1 a 4% dos casos de obstrução intestinal mecânica^{2,3,6}. Geralmente acomete a população feminina, idosos (70- 80 anos) e com múltiplas comorbidades^{1,2}.

Como as manifestações clínicas do íleo biliar não são específicas, há o diagnóstico tardio na maioria dos casos e, conseqüentemente, alta morbimortalidade^{2,4}.

¹Secretaria de Saúde do Distrito Federal no Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Brasília- DF. Brasil. ✉

²Secretaria de saúde do Distrito Federal, no Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Brasília - DF. Brasil. ✉

³Secretaria de saúde do Distrito Federal, no Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Brasília - DF. Brasil. ✉



A clínica depende do sítio de impactação do cálculo, o que justifica os diversos espectros clínicos ².

Paciente, 81 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética tipo 2, doente renal crônica, ex tabagista, asmática, com síndrome da apneia obstrutiva do sono, artrite gotosa e colelitíase. Admitida em uma unidade pública de saúde em Brasília em agosto de 2023 com quadro de parada de eliminação de fezes e flatos há 9 dias, associado a dor abdominal difusa, náuseas e vômitos. Submetida a tomografia de abdome com contraste e evidenciada estrutura redonda localizada no interior de segmento ileal, de margem hiperdensa e conteúdo hipodenso, medindo 2,5 x 2,5cm, além de distensão hidroaérea de alças de delgado, pequena quantidade de líquido livre na escavação pélvica e aerobilia.

Devido à falta de equipe de cirurgia geral na unidade de admissão, a paciente foi transferida para o Hospital Regional de Sobradinho. Na admissão, a paciente encontrava-se em regular estado geral, desidratada, com sonda nasogástrica drenando líquido de aspecto biliar. Ao exame físico direcionado, o abdome apresentava-se globoso, sem distensão, com dor a palpação profunda difusamente, massa palpável em região de mesogástrio à esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais evidenciavam leucocitose sem desvio. Como a paciente estava em tratamento clínico sem melhora do quadro, foi indicada abordagem cirúrgica e confirmado o diagnóstico de íleo biliar no intraoperatório.

Achados no intraoperatório: identificado cálculo em íleo, a 70 cm da válvula ileocecal (Figura 1). Realizada a incisão em íleo e a retirada do cálculo identificado. Ao correr alça intestinal, foi localizado um novo cálculo, também em íleo, a 100 cm da válvula ileocecal (não visualizado em tomografia prévia). Realizada ordenha de cálculo e retirada por incisão prévia. Após, procedido fechamento de alça com prolene 3-0. Basicamente, foi realizada uma enterolitotomia. Optado pela não realização de colecistectomia e correção da fistula.

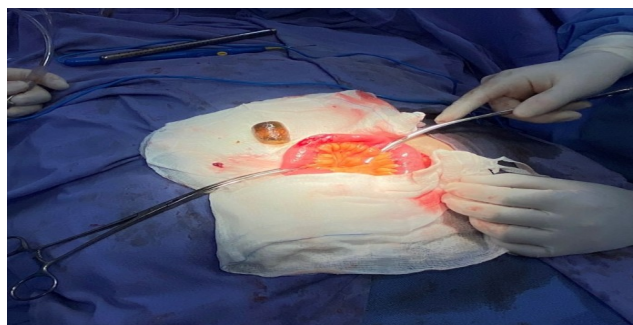


Figura 1 – Fotografia particular, obtida no intraoperatório

2. **Discussão**

O íleo biliar é caracterizado por um quadro de obstrução mecânica de algum segmento do tubo digestivo por um cálculo biliar, que migra para a luz intestinal através de uma fístula ². O íleo terminal é o local mais frequente de impactação do cálculo, visto que é a área mais estreita do intestino delgado. As fístulas têm origem nas colecistites recorrentes, que geram aderências entre as vias biliares e o intestino, com posterior necrose da parede biliar pela pressão do cálculo ^{2,4}.

A paciente em questão apresentava-se dentro dos parâmetros epidemiológicos clássicos do íleo biliar, como sexo feminino, idade avançada, histórico de colelitíase e múltiplas comorbidades ¹. Além disso, a paciente evoluiu com os sintomas de abdome agudo obstrutivo, como parada de eliminação de fezes e flatos associado a episódios de vômitos, corroborando ainda mais para o diagnóstico de íleo biliar. Alguns pacientes podem apresentar sinais de obstrução intermitentes, ou seja, com períodos de melhora do quadro clínico. Isso sugere o fenômeno de rolagem, denominado tumbling, que acontece pela migração distal do cálculo ¹.

Acerca dos exames de imagem, temos a radiografia de abdome, ultrassonografia de abdome e tomografia de abdome com contraste, que podem auxiliar o diagnóstico¹. Na radiografia de abdome, os achados radiológicos mais frequentes são: visualização de cálculo ectópico, obstrução intestinal e pneumobilia. Esses achados correspondem a



tríade de Rigler, sendo que a presença de dois desses achados já é patognomônico de íleo biliar^{5,7}. A ultrassonografia de abdome é utilizada para identificar a colelitíase, identificar o cálculo em segmento de alça e distensão abdominal¹. A tomografia computadorizada é o padrão-ouro, sendo possível visualizar a tríade de Rigler em 77% dos casos. Além disso, a colangiressonância magnética pode ser utilizada, principalmente para detectar cálculos que não foram identificados na tomografia, além de permitir a visualização do trajeto fistuloso⁷. A paciente do estudo teve seu diagnóstico pré operatório, visto que apresentava a tríade de Rigler, divergindo da literatura, pois a grande parte dos casos são diagnosticados no intraoperatório.

O objetivo do tratamento na urgência é a resolução da obstrução intestinal. Como epidemiologicamente os pacientes com íleo biliar apresentam múltiplas comorbidades e idade avançada, é discutível a melhor abordagem cirúrgica: enterolitotomia isolada ou associada a abordagem da fístula e colecistectomia². Porém, foi evidenciado que, na cirurgia em um único tempo, há um aumento da morbimortalidade pelo aumento do tempo cirúrgico. Entretanto, reduz o risco de recorrência de íleo biliar, colangite ou carcinoma de vesícula^{1,2,5}. A revisão de literatura, realizada por Reisner e Cohen⁸, que citam mais de 1000 casos, demonstrou que a cirurgia em um único tempo apresenta uma maior mortalidade (17%) quando comparada à cirurgia em dois tempos (11,7%)^{1,8}. A paciente do relato de caso, como era idosa e apresentava múltiplas comorbidades, foi optado pela realização da cirurgia em dois tempos. Ou seja, no contexto da urgência, foi procedido com a enterolitotomia visando retardar o tempo cirúrgico e não agravar as condições clínicas da paciente.

O pós-operatório, na maioria das vezes, é prolongado, sendo que as principais complicações incluem: pneumonia, evisceração e infecção de ferida operatória^{1,7}. No caso em questão, a paciente cursou com boa evolução clínica e recebeu alta no terceiro dia pós-operatório com seguimento ambulatorial para abordagem cirúrgica em segundo tempo.



3. **Considerações finais**

Apesar de o íleo biliar ser uma causa incomum de obstrução intestinal, deve-se levá-lo em consideração como diagnóstico diferencial principalmente em pacientes idosos e com histórico de colelitíase que evoluem com obstrução intestinal. O tratamento cirúrgico, seja ele em um único tempo ou em dois tempos, deve ser indicado de acordo com as condições clínicas do paciente, visando a diminuição da taxa de morbimortalidade.

4. **Referências**

1. Alencastro MC de, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB de, Fraga GP. Abdome agudo por obstrução por ileobiliar. *Rev Col Bras Cir.* 40(4):275–80, 2013.
2. Ferreira FG, Neto FCR, Souza JR, Leal PB, Bizanha A, Rocha FE. Conservative treatment of biliary ileus in an elderly patient: Case Report. *Rev Med Saúde Brasília;* 8(2): 140-146, 2019.
3. Guimarães S, Moura JC de, Pacheco Jr AM, Silva RA. Íleo biliar - uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. *Rev bras geriatr gerontol.;* 13(1):159-163, 2010.
4. Szajnbock I, Lorenzi F, Rodrigues Jr. AJ, Zantut LFC, Poggetti RS, Steinman E, et al.. Gallstone ileus as a cause of upper intestinal obstruction. *Sao Paulo Med J;* 114(4): 1239-1243, 1996.
5. Cardoso, J. B., Féres, O., & Andrade, J. I. de. Íleo biliar colônico. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões,* 26(4), 255–257, 1999.
6. Rodrigues JM da S, Galletti RP, Andrade AV de, Oliveira LFD de, Alvim LB, Ikeda LH, Silva MO de M, Pessoa HA, Blaas SK, Duarte Junior DM. Íleo biliar. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba,* v.9, 2018.
7. Macedo PS, Nunes FS, Bernardina BAFD3, Natali LD, Khouri JF, Oliveira LGMS, Moitinho GC, Abreu-Santos FHR. Íleo biliar: uma abordagem detalhada



no contexto da medicina humana - relato de caso e considerações clínicas. Rev Med (São Paulo). 103(1):e-216905, 2024.

8. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg;60(6):441-6, 1994.