

Relato Caso

Abdome Agudo Obstrutivo por Íleo Biliar: Relato de Caso e Revisão Literária

Fabrizio Grenteski ^{1,*}, Laura Mendes Lopes ², Gabriel Rodrigo Cavalheiro ², Gustavo Henrique Morcelli da Costa ², Carlos Roberto Naufel Júnior ³, Guilherme de Andrade Coelho ¹, Guilherme Ferrarini ¹, Igor Luna Peixoto ⁴, José Anderson Feitoza ⁵

- ¹ Departamento de Cirurgia Geral, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie - HUEM, Curitiba, PR, Brasil.
- ² Faculdade de Medicina, Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná - FEMPAR, Curitiba, PR, Brasil.
- ³ Departamento de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie - HUEM, Curitiba, PR, Brasil.
- ⁴ Departamento de Transplante Hepático, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie - HUEM, Curitiba, Paraná/PR, Brasil.
- ⁵ Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie - HUEM, Curitiba, Paraná/PR, Brasil.

* Correspondência: fabriziogrenteski@gmail.com.

Citação: Grenteski F, Lopes LM, Cavalheiro GR, Costa GHM, Naufel Júnior CR, Coelho GA, Ferrarini G, Peixoto IL, Feitoza JA. Abdome Agudo Obstrutivo por Íleo Biliar: Relato de Caso e Revisão Literária. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr14.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr14>

Recebido: 29 Junho 2024

Aceito: 4 Agosto 2024

Publicado: 08 Agosto 2024

Resumo: O Íleo Biliar é uma rara complicação da colelitíase e uma das mais raras formas de obstrução intestinal mecânica. Ele ocorre em 0,3% a 0,5% dos pacientes acometidos por colelitíase e é responsável por 1% a 4% dos casos de obstrução mecânica, sendo causado pela impactação de cálculos biliares no trato gastrointestinal, após sua passagem através de fístulas bilio-entéricas. O diagnóstico é por muitas vezes atrasado ou não atingido pela falta de especificidade dos sintomas, o que leva o íleo ser uma patologia de prognóstico reservado com altas taxas de mortalidade e morbidade. Embora o tratamento e o manejo do íleo biliar permaneçam controversos, o principal objetivo terapêutico é a extração do cálculo através de abordagem cirúrgica. O presente caso visa descrever caso raro de oclusão intestinal por íleo biliar, cuja eliminação de cálculo ocorreu com medidas clínicas associado à cirurgia para correção de fístula coledocoduodenal.

Palavras-chave: Oclusão intestinal; Abdome Agudo; Fístula.



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O Íleo Biliar é uma rara complicação da colelitíase e uma das mais raras formas de obstrução intestinal mecânica. A condição acomete, em média, em 0,3% a 0,5% dos pacientes diagnosticados com colelitíase [1], possuindo uma taxa de recorrência em torno de 8,2%, com mais de 50% ocorrendo no primeiro mês após o quadro inicial, e o restante em um prazo de até dois anos [2]. Mostra-se responsável por menos de 0,1% dos casos de obstrução mecânica e de 1-4% dos casos de obstrução mecânica sem estrangulamento do intestino delgado [3].

A doença é atualmente descrita como resultado da impactação de cálculos biliares no lúmen do trato gastrointestinal, ocorrendo majoritariamente através de fístulas bilio-entéricas, tendo o duodeno como destino majoritário. A eliminação pode ocorrer da vesícula biliar para o cólon ou estômago ou, em casos extremamente raros, naturalmente através do ducto biliar, envolvendo a passagem da vesícula biliar para o ducto biliar comum e subsequentemente para a papila de Vater [4]. Contudo, esta patologia segue sendo um

desafio de resolução clínica e cirúrgica, apresentando altos níveis de mortalidade, flutuando entre 12% e 20% dos pacientes diagnosticados [5].

O diagnóstico é por muitas vezes atrasado ou não atingido pela falta de especificidade dos sintomas relacionados ao íleo biliar como dor abdominal intermitente, distensão abdominal variada, náusea e vômitos [1]. Em parte dos casos, constata-se a presença do fenômeno denominado “tumbling”, onde os sintomas são gerados somente mediante a mobilização dos cálculos no trato gastrointestinal, produzindo sintomas intermitentes, dificultando ainda mais a investigação [6]. Além das dificuldades anteriores, os pacientes são, em sua vasta maioria idosos, com ampla presença de comorbidades e pobre condição geral, propiciando a ocorrência de agravamentos como desidratação, peritonite, sepse e choque séptico [7].

A investigação através de exames laboratoriais e de imagem também possui limitações. As alterações laboratoriais são pouco específicas, como discreto aumento de bilirrubinas totais e alterações de enzimas hepáticas [1]. A Tomografia Computadorizada de Abdome com contraste atinge alta sensibilidade (93%), especificidade (100%) e precisão (99%) no diagnóstico de íleo biliar [3]. Embora o tratamento e o manejo do íleo biliar permaneçam controversos, o principal objetivo terapêutico é a extração do cálculo através de abordagem cirúrgica [8]. O íleo biliar envolve três elementos principais: colelitíase, fístula biliar-entérica e obstrução intestinal. A colelitíase e a fístula são normalmente tratadas pela remoção do cálculo e fechamento da fístula. A remoção de cálculos normalmente promove a desobstrução intestinal. O passo a passo ideal para abordagem cirúrgica ainda não possui consenso, tendo atualmente três vias possíveis: 1) Enterolitotomia simples; 2) Enterolitotomia, colecistectomia e fechamento de fístula em uma abordagem e 3) Enterolitotomia com colecistectomia em segundo tempo [9].

Apesar das opções de tratamento e diagnóstico, o Íleo Biliar segue como uma patologia de prognóstico reservado com altas taxas de mortalidade e morbidade, sendo essa rara complicação descrita no presente caso.

2. Relato de Caso

Homem, 78 anos, previamente hígido encaminhado a hospital de referência no dia 15 de outubro de 2023 por quadro de abdome agudo associado a radiografia externa com sinal de empilhamento de moedas. Apresentava na admissão dor em hipocôndrio direito associado a vômitos pós prandiais. Negava febre, acolia, colúria, melena e hematêmese. Histórico de 1 episódio de cólica biliar por colelitíase há 7 anos tratado clinicamente, sem alterações intestinais e sem outras queixas. Foi instituído inicialmente medidas clínicas de abdome agudo oclusivo com passagem de sonda nasogástrica, hidratação e antibioticoterapia. Após estabilização do paciente, realizou-se tomografia contrastada de abdômen e pelve, ilustrado abaixo (Figura 1 e Figura 2).

Após início de medidas clínicas, foi solicitado sala em centro cirúrgico de urgência como plano terapêutico inicial. Tempo de sala estimado inicialmente de 6 horas, paciente foi mantido em observação intensiva. Após algumas horas em observação, o paciente evoluiu com retorno do trânsito intestinal e evacuações em grande quantidade. Débito em sondagem nasogástrica reduziu a uma quantidade desprezível. Foi então optado por repetir exame de imagem tomográfico, visto que paciente estava estável e sem disfunções orgânicas. Observou-se que cálculo havia migrado além da válvula ileocecal e já se encontrava em cólon descendente, como demonstrado a seguir (Figura 3).

Tão logo verificada a progressão do cálculo na sequência de exames realizados, foi optado por apenas manter medidas clínicas e observação de eliminação fecal do cálculo após mais algumas horas. Em virtude da boa evolução do paciente, de comorbidades compensadas e boa nutrição, decidimos por correção da fístula colecistoduodenal no mesmo internamento, após 5 dias do evento agudo conforme a figura abaixo.

Figura 1. Imagem de tomografia computadorizada com contraste em fase arterial evidencia distensão de alças de delgado associado a imagem hipertensa dentro de alça localizado em flanco a direita (seta em branco) compatível com cálculo biliar. É possível notar também presença de aerobiliar em corte tomográfico à esquerda.



Figura 2. Tomografia computadorizada com contraste demonstrando aerobiliar (seta em branco).

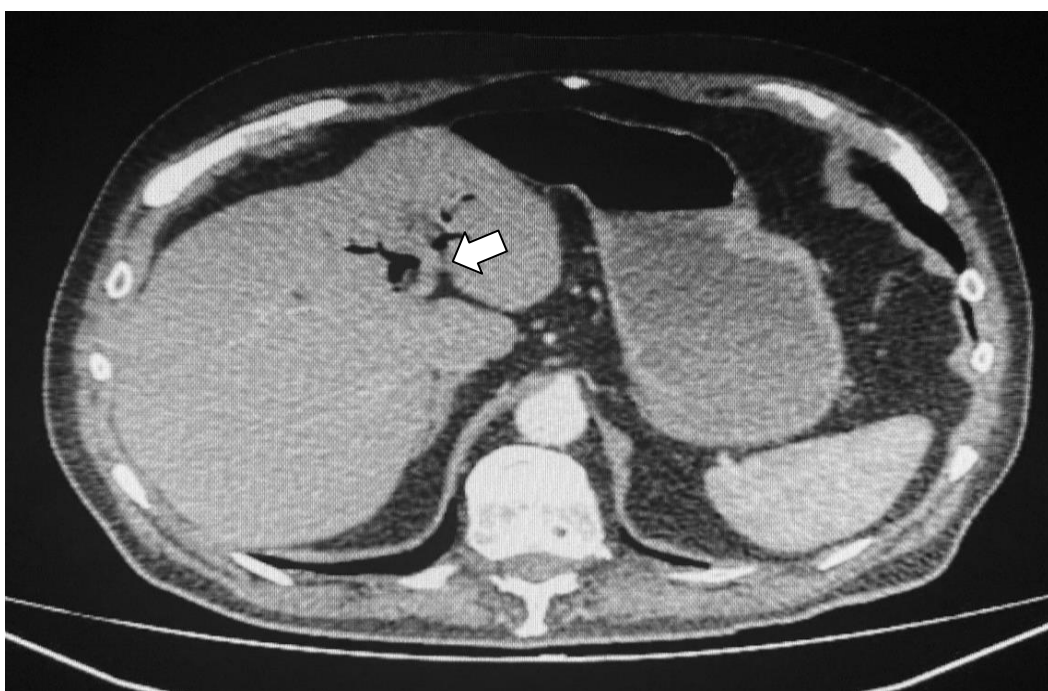


Figura 3. Tomografia computadorizada com contraste demonstrando aerobiliar (seta em branco).

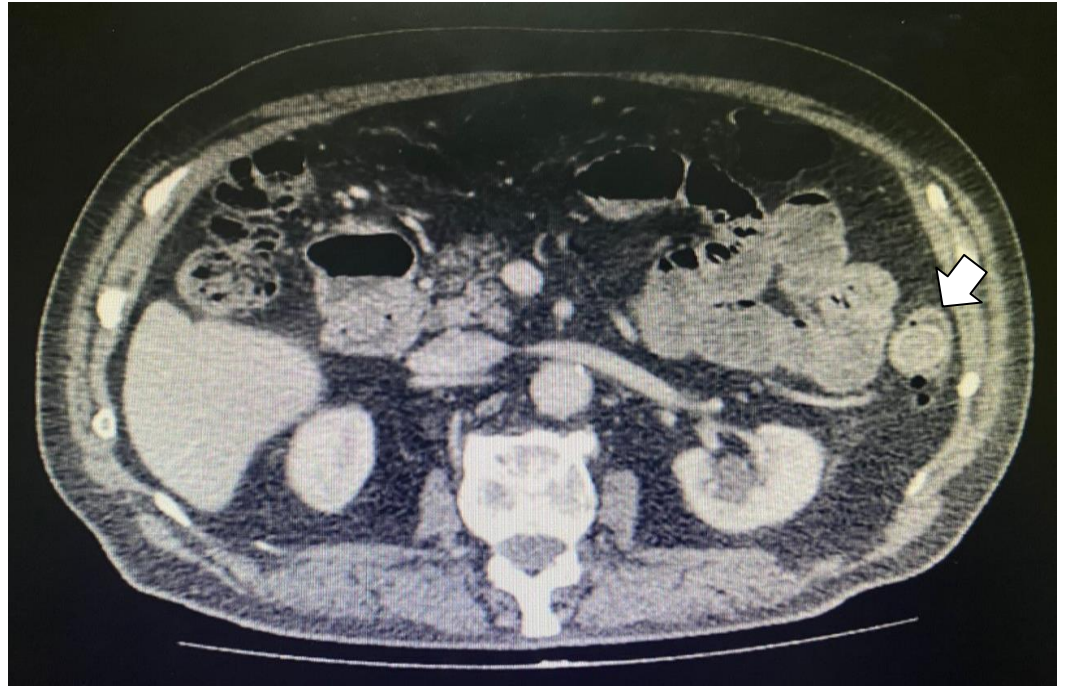
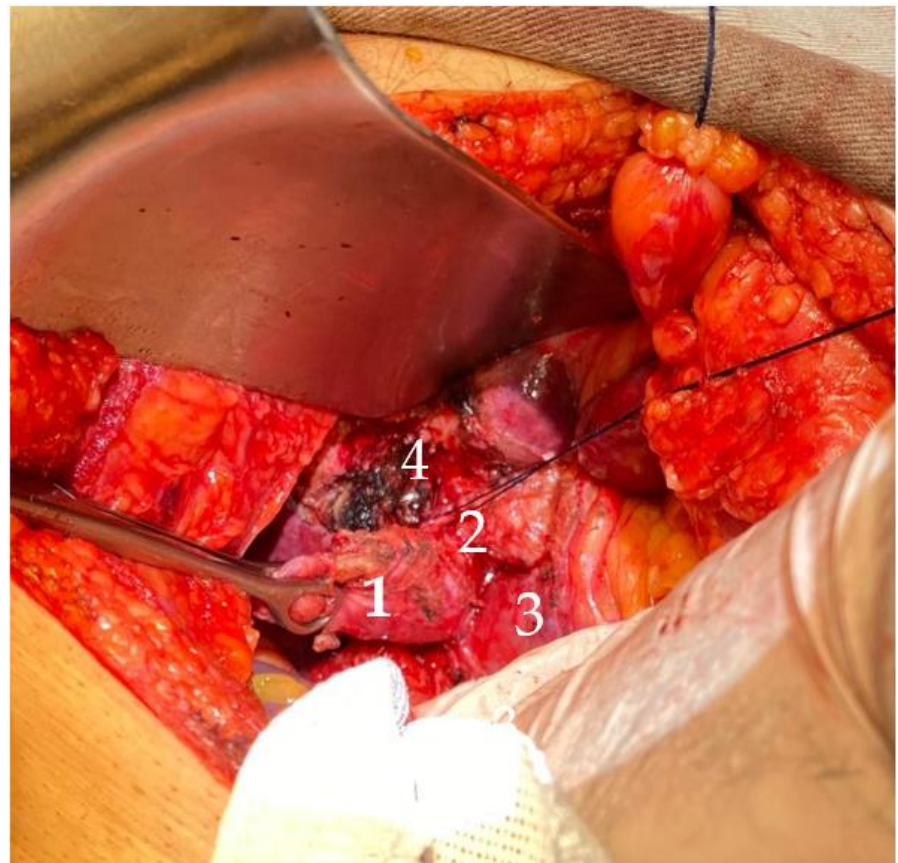


Figura 4. Imagem da laparotomia demonstrando o fundo da vesícula biliar (1) reparada por uma pinça Collis presa apenas pela via biliar principal através do ducto cístico reparado pelo fio (2). Imediatamente abaixo, a fístula colecistoduodenal (3). É possível observar leito hepático cauterizado imediatamente abaixo do afastador (4).



Na abordagem cirúrgica, na incisão mediana supra umbilical foi visualizado a cavidade abdominal com intenso processo inflamatório entre alças do intestino delgado, vesícula biliar e via biliar principal. A vesícula biliar mostrava-se esclerotrófica, com paredes espessadas. Foi encontrada a presença de fístula entre duodeno e o infundíbulo vesicular, sendo realizado dissecação e liberação das aderências da vesícula biliar, da artéria cística e reparo de ducto cístico. A vesícula foi dissecada, permitindo a ressecção de fístula colecistoduodenal. Após, fez-se a rafia do ducto cístico, na inserção do ducto colédoco e rafia do duodeno com pontos contínuos em dois planos. Na finalização da abordagem foi revisada a cavidade e hemostasia com o posicionamento de dreno tubulolaminar em leito hepático, saindo por contraincisão em flanco direito. Após procedimento cirúrgico, paciente foi de alta com drenagem e retorno ambulatorial. Não apresentou complicações pós-operatórias e manteve seguimento. O paciente segue bem até nos dias de hoje sem intercorrências pós cirúrgicas.

3. Discussão

O íleo biliar ocorre em 0.3% a 0.5% dos pacientes diagnosticados com colelitíase [1] e em menos de 0.1% dos casos de abdome agudo obstrutivo [9]. Quando presente, ele costuma ser precedido de histórico de colelitíase, colecistite de repetição ou presença de pedras maiores que 2 cm. Ao diagnóstico, paciente do relato apresentava apenas um episódio prévio de cólica biliar por colelitíase e nenhum de colecistite, o que vai de encontro com os fatores de risco relatados na literatura [7]. A apresentação clínica do íleo biliar é variável. Ele pode produzir episódios agudos, recorrentes ou crônicos de obstrução intestinal, sendo a presença de náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal comuns [8]. Em acordo com Guzmán et al, 2019 [7] o quadro do nosso caso foi aberto pela presença de sintomas de obstrução intestinal completa com náusea e êmese.

Segundo Souza et al, 2018 [8] para o diagnóstico de íleo biliar a radiografia simples pode apontar a presença de níveis hidroaéreos, mas não é útil na identificação do cálculo. Nosso paciente possuía um raio-x de abdome, realizado em unidade de pronto atendimento, que apontava o sinal de empilhamento de moedas, característico de obstrução intestinal alta. Para o reconhecimento do Íleo Biliar, Souza et al, 2018 [8] recomenda a tomografia computadorizada contrastada com identificação da presença de pneumobilia, evidenciando a presença de conteúdo gasoso na árvore biliar, gerada pela fístula. Em parte dos casos, é possível a identificação da tríade de Rigler: obstrução de alças de delgado, pneumobilia e cálculo biliar ectópico, tríade presente em nosso caso. De acordo com estudo realizado por Reisner e Cohen, 1994 [5], as principais locais de impactação dos cálculos: íleo 60,5%, seguido pelo jejuno 16,1%, estômago 14,2%, cólon 4,1% e duodeno 3,5%. Em nosso paciente, na primeira tomografia realizada no serviço, o cálculo se apresentava em alça de jejuno, causando obstrução em todo o segmento jusante. Através de medidas clínicas, realizadas na internação, o cálculo foi movimentado até o cólon, sendo eliminado.

A abordagem não operatória é uma opção terapêutica, desde que o paciente possua condições clínicas e que o tamanho do cálculo seja menor que 25 mm e estabelecido pela tomografia contrastada [10]. No caso do nosso paciente, a desobstrução foi um acaso, a priori não esperado pela equipe, mas que suscitou discussões. Possivelmente pelo tamanho diminuto do cálculo, pela desobstrução através da via nasogástrica e pela compensação clínica do paciente, como correção hidroeletrolítica, o trânsito intestinal deslocou o cálculo de tal forma que fosse possível até passar pela válvula ileocecal. Contudo, o tratamento preconizado idealmente na literatura é o cirúrgico [11]. Atualmente, há dois métodos. O primeiro consiste apenas na correção da obstrução causada pelo cálculo, através de enterotomia seguida da extração manual do cálculo, com possível ressecção do trecho intestinal seguinte que fora desvitalizado em repercussão da presença do cálculo [12]. Já o segundo, engloba o primeiro método, aliado a correção da fístula e colecistectomia [13]. Nosso paciente foi submetido ao segundo método, parcialmente, pois a retirada do cálculo

não foi necessária, justamente porque fora expelida antes mesmo do procedimento de urgência. Portanto, fez-se a correção da fístula colecistoduodenal, seguida de colecistectomia. Entretanto, Turner et al. [3] preconiza que o procedimento mais seguro é a enterotomia, seguida de desobstrução, uma vez que a maioria dos pacientes não apresentam bom estado geral, aliado a comorbidades e diagnóstico tardio. Todos esses fatores combinados tornam o paciente propenso a desenvolver quadros de desidratação, peritonite, sepse e até choque [8].

5. Conclusões

Embora o manejo cirúrgico do abdome agudo obstrutivo esteja bem estabelecido na literatura médica, a rara complicação que é o Íleo Biliar levando a esse quadro ainda gera controvérsias e dificuldades diagnósticas, não apresentando consenso quanto ao tratamento [14]. Por meio desse caso, instiga-se a possibilidade do tratamento clínico inicial para o íleo biliar a depender de critérios bem estabelecidos como estabilidade clínica do paciente, tamanho do cálculo e vigilância intensiva e seriada da evolução bem como disposição de equipe cirúrgica em tempo integral.

Financiamento: Não se aplica.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da instituição, através do parecer substanciado (CAAE) número 80020724.1.0000.0103, parecer número 6.874.541. Os autores declaram que nenhum dado pessoal do paciente foi compartilhado no relato do caso e o paciente autorizou a redação e publicação do caso por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Agradecimentos: Agradecemos a toda equipe pelo excelente manejo multidisciplinar e especialmente ao Hospital Universitário Evangélico Mackenzie na contribuição e fornecimento de dados para a realização do presente trabalho.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Turner AR, Sharma B, Mukherjee S. Gallstone Ileus [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Sep.
2. Hussain Z, Ahmed MS, Alexander DJ, Miller GV, Chintapatla S. Recurrent recurrent gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2010 Jul [citado 2024 Jul 22];92(5). doi: 10.1308/147870810X12659688851753.
3. Teelucksingh S, Boppana LKT, Goli S, Naraynsingh V. Gallstone ileus 1 year after cholecystectomy. *J Surg Case Rep*. 2018 Jul;2018(7). doi: 10.1093/jscr/rjy153.
4. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol*. 2019 Nov;6(1). doi: 10.1136/bmjgast-2019-000344.
5. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg*. 1994 Jun;60(6):441-6.
6. Izanec JL, Gordon SJ. The "Tumbling Phenomenon" in Gallstone Ileus: 513. *Am J Gastroenterol*. 2005 Sep;100.
7. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg*. 2016 Jan 27;8(1):65-76. doi: 10.4240/wjgs.v8.i1.65.
8. Rodrigues de Souza N, Lopes MT, Fernanda LE, Schimitz Junior A, Toneto MG. Aspectos atuais no manejo dos pacientes com íleo biliar. *Acta Med (Porto Alegre)*. 2014 Sep;35.
9. Inukai K, Tsuji E, Takashima N, Yamamoto M. Laparoscopic two-stage procedure for gallstone ileus. *J Min Access Surg* [Internet]. 2019 Jul;15(2):164-6. doi: 10.4103/jmas.JMAS_88_18.
10. Pezzoli A, Maimone A, Fusetti N, Pizzo E. Gallstone ileus treated with non-surgical conservative methods: a case report. *J Med Case Rep*. 2015 Mar 2;9:15. doi: 10.1186/1752-1947-9-15.
11. Portincasa P, Di Ciaula A, de Bari O, Garruti G, Palmieri VO, Wang DQ. Management of gallstones and its related complications. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;10(1):93-112. doi: 10.1586/17474124.2016.1109445.
12. Jakubauskas M, Luksaitis R, Sileikis A, Strupas K, Poskus T. Gallstone Ileus: Management and Clinical Outcomes. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Sep 17;55(9):598. doi: 10.3390/medicina55090598.
13. Scuderi V, Adamo V, Naddeo M, Di Natale W, Bognione L, Cavalli S. Gallstone ileus: monocentric experience looking for the adequate approach. *Updates Surg*. 2018 Dec;70(4):503-511. doi: 10.1007/s13304-017-0495-z.
14. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñoz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, Rea-Azpeitia LA, López-Lizarraga CR. Gallstone ileus: An overview of the literature. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017 Jul-Sep;82(3):248-254. doi: 10.1016/j.rgmx.2016.07.006.