

Relato de Caso

# Apresentação Atípica de Íleo Biliar: Relato de Caso

Emilly Hanay Mori Santos <sup>1,\*</sup>, Lucas Terasoto <sup>1</sup>, Natalia Elena Trentiny Barbosa <sup>1</sup>, Sarah Alícia Garcia Stier <sup>1</sup>, Alyne Sousa Miranda <sup>1</sup>, Renan de Pizza Terasoto <sup>1</sup>, Raphael Machado de Sá Ferreira <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Cirurgia Geral e Aparelho Digestivo, Complexo Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

\* Correspondence: emillyhanay@gmail.com.

**Resumo:** O íleo biliar é uma complicação rara da colelitíase, resultante da impaction de um cálculo biliar ectópico no trato gastrointestinal, levando à obstrução intestinal. Sua apresentação clínica é variável, sendo a dor abdominal associada a sintomas oclusivos a apresentação mais comum. Neste relato, descrevemos um caso de uma paciente com apresentação atípica de íleo biliar, com diarreia como manifestação inicial, sem sinais evidentes de obstrução intestinal, submetida a tratamento cirúrgico videolaparoscópico para extração do cálculo ectópico e posterior seguimento ambulatorial de colelitíase.

**Palavras-chave:** Íleo biliar; Colelitíase; Apresentação Atípica.

**Citation:** Santos EHM, Terasoto L, Barbosa NET, Stier SAG, Miranda AS, Terasoto RP, Ferreira RMS. Apresentação Atípica de Íleo Biliar: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec; 06(1):bjcr 184.

<https://doi.org/10.52600/2163-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr184>

Received: 14 Abril 2025

Accepted: 10 Abril 2026

Published: 23 Abril 2026



**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 complicação rara da colelitíase, caracterizada por obstrução mecânica do trato gastrointestinal devido à impaction de um cálculo biliar ectópico, proveniente de uma fístula entre a vesícula biliar e o trato gastrointestinal [1]. Essa condição é mais frequente em mulheres idosas e em pacientes com múltiplas comorbidades, o que contribui para uma alta taxa de mortalidade, variando de 12% a 27% [2]. A apresentação clínica do íleo biliar é variável e depende do local de impaction do cálculo no trato gastrointestinal. Dor abdominal é o sintoma mais comum, frequentemente associada a sinais de obstrução intestinal, como distensão, náuseas e vômitos. No entanto, apresentações atípicas podem ocorrer e dificultar o reconhecimento precoce da doença. Em particular, quadros iniciais de diarreia podem mascarar o diagnóstico ao mimetizar condições comuns, como gastroenterite infecciosa, colite isquêmica ou diarreia associada a antibióticos, levando frequentemente a atraso diagnóstico e aumento da morbidade associada ao íleo biliar. Essa possibilidade diagnóstica deve ser considerada especialmente em pacientes idosos com história de colelitíase ou sintomas biliares prévios [3].

Além disso, a presença de fístulas biliodigestivas pode alterar o trânsito intestinal e favorecer episódios de diarreia devido à passagem direta de bile para o intestino, fenômeno descrito principalmente em fístulas colecistocolônicas ou colecistoduodenais. Assim, exames de imagem desempenham papel fundamental na confirmação diagnóstica nesses cenários clínicos inespecíficos [4, 5]. Estudos recentes destacam que apresentações clínicas atípicas podem contribuir significativamente para atraso diagnóstico no íleo biliar, reforçando a importância de alto índice de suspeição clínica em pacientes idosos com sintomas abdominais inespecíficos [1, 3].

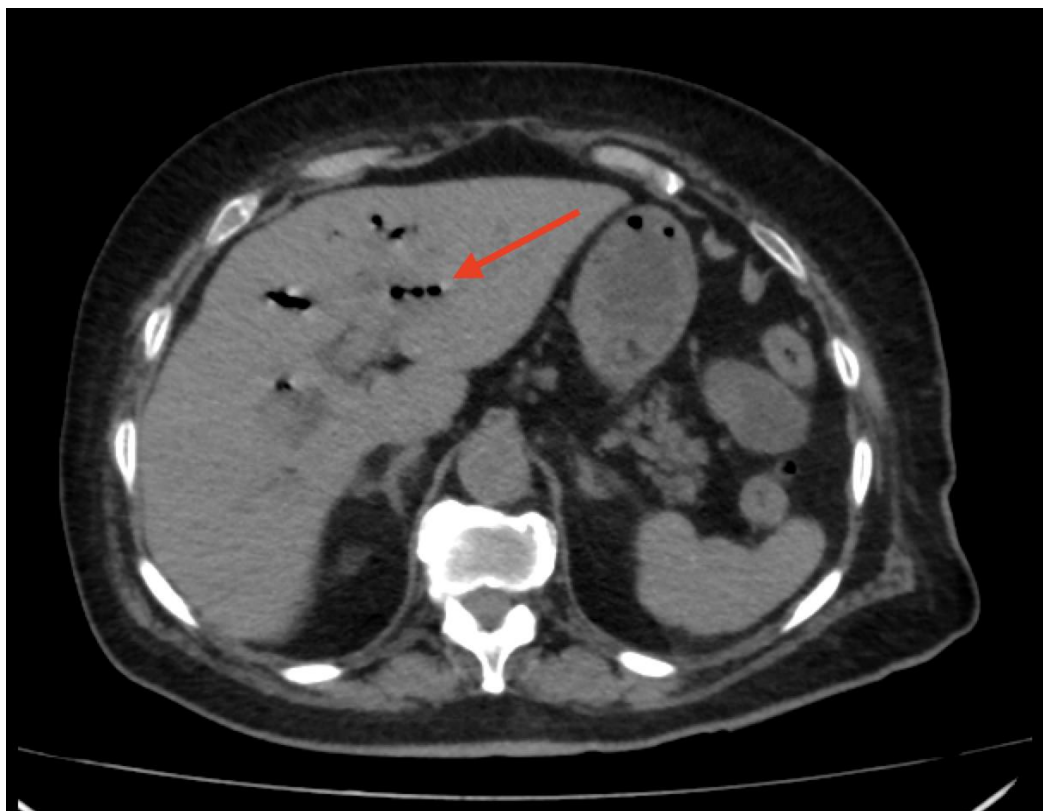
Apresentaremos um relato de caso de uma paciente com íleo biliar de manifestação atípica, com sintomas de dor abdominal e diarreia, sem obstrução intestinal, destacando

o diagnóstico e tratamento instituído, com objetivo de reforçar a necessidade de alta suspeição diagnóstica para identificação dessa condição, especialmente em casos de apresentação atípica.

## 2. Case Report

Paciente feminina, 79 anos, cardiopata, diabética e hipertensa, foi admitida em um hospital terciário com dor abdominal difusa, diarreia e vômitos há 3 dias. Ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente estável, com abdômen distendido e doloroso à palpação profunda, sem sinais de peritonite. Os exames laboratoriais evidenciaram leucocitose, elevação de proteína C reativa e discreto aumento de enzimas canaliculares, sem outras alterações significativas. A tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou dilatação do ducto colédoco (13 mm), aerobilia intra-hepática e ausência de vesícula biliar visível, apesar da ausência de história cirúrgica abdominal prévia, exceto por histerectomia. A TC também revelou pequena distensão líquida de alças jejunais no hipocôndrio esquerdo, pequeno espessamento de alça distal e leve densificação do mesentério adjacente, sugerindo processo inflamatório (Figura 1).

**Figura 1.** Tomografia computadorizada de abdome (corte axial) evidenciando aerobilia, caracterizada pela presença de gás nas vias biliares intra-hepáticas (seta vermelha), achado sugestivo de fístula bilioentérica no contexto clínico adequado.

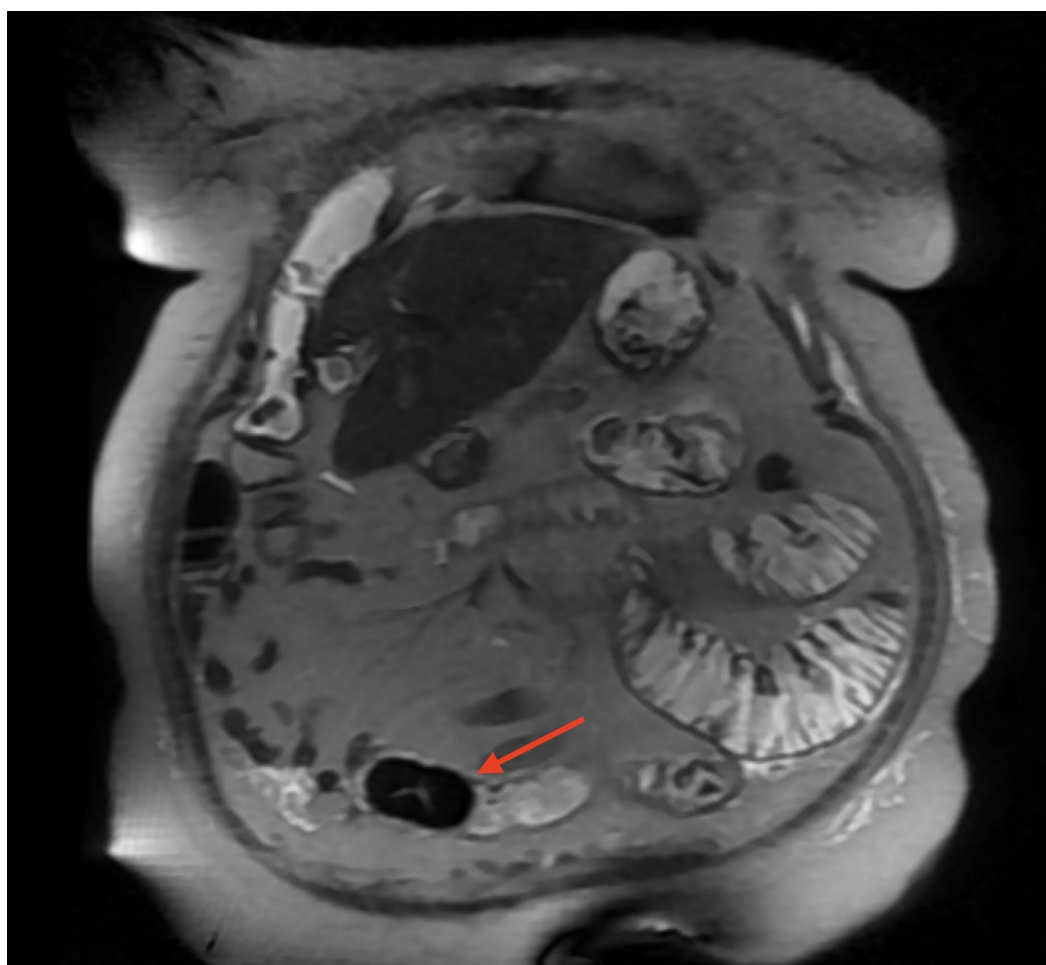


Considerando que a diarreia foi o sintoma inicial predominante, foi considerada também a hipótese de gastroenterite infecciosa. Exames de fezes foram solicitados para investigação microbiológica, incluindo coprocultura e pesquisa de parasitas intestinais. Entretanto, a paciente não conseguiu fornecer amostra adequada para análise durante o período inicial da internação. Apesar do tratamento empírico com antibioticoterapia, não houve melhora do quadro diarreico, o que motivou a ampliação da investigação diagnóstica por métodos de imagem.

Embora a tomografia computadorizada tenha demonstrado achados sugestivos da doença, incluindo aerobilia e alterações inflamatórias intestinais, o exame que permitiu a confirmação diagnóstica foi a colangiorressonância magnética (MRCP), que evidenciou claramente a presença do cálculo ectópico no jejuno associado à fístula colecistoduodenal. Dessa forma, a MRCP foi considerada o exame definitivo para o diagnóstico neste caso, conforme descrita a seguir.

Na MRCP de vias biliares e abdome superior, com identificação de vesícula biliar de pequenas dimensões, indefinida, com paredes difusamente espessadas, com comunicação da vesícula com a face lateral da transição da 1<sup>a</sup>/2<sup>o</sup> porções do duodeno. A região distal do cólon ascendente apresentava-se retraída em direção à vesícula, sem planos de clivagem com a mesma. Visualizada imagem ovalada, acentuadamente hipointensa em T2, medindo cerca de 5 cm no maior eixo, localizada no interior da região do jejuno (região mediana / paramediana direita do aspecto superior do hipogástrio), sugerindo cálculo biliar ectópico. Dilatação discreta a moderada das alças jejunais a montante deste cálculo e as alças ileais a jusante do mesmo com pouca quantidade de conteúdo (Figura 2).

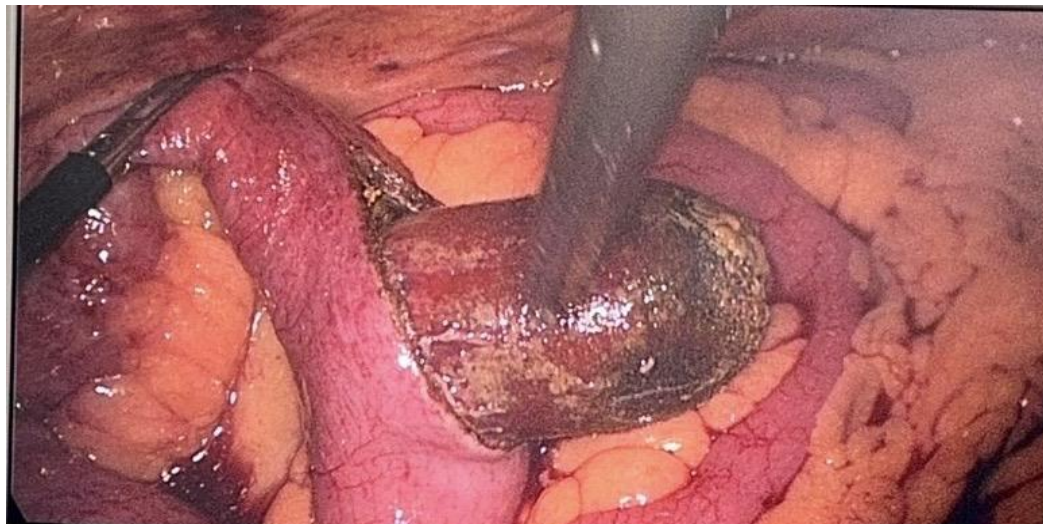
**Figura 2.** Tomografia computadorizada de abdome evidenciando imagem ovalada hiperdensa no interior de alça de jejuno distal (seta vermelha), compatível com cálculo biliar ectópico, achado sugestivo de íleo biliar no contexto clínico adequado.



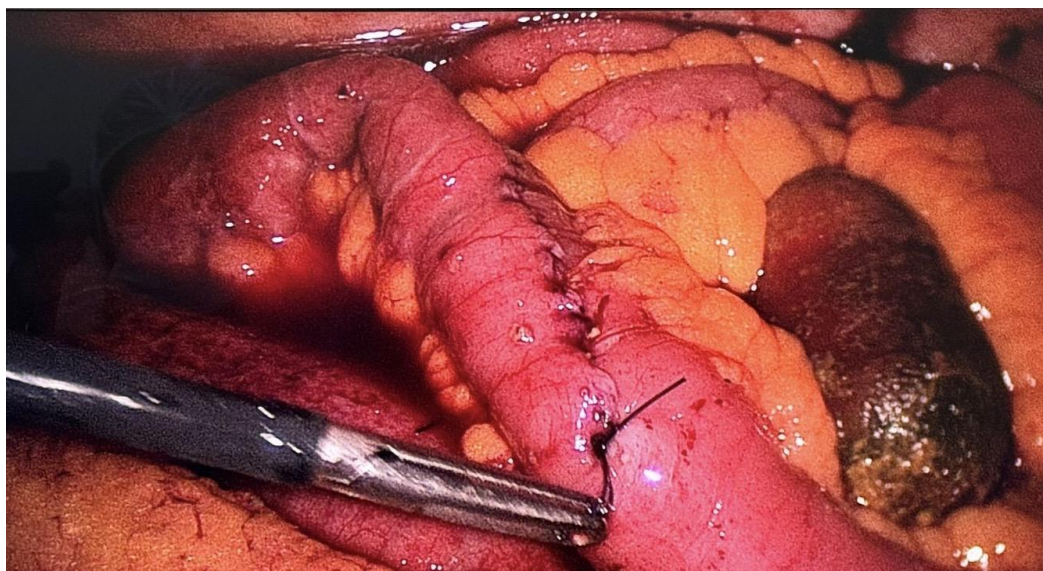
Após esses achados na MRCP e confirmado o diagnóstico de íleo biliar, no décimo dia de internação, foi realizada uma videolaparoscopia de urgência. Durante o período de investigação, a paciente passou por avaliação da equipe de anestesiologia, sendo considerada ASA III. No intraoperatório, identificou-se um cálculo biliar de 5 cm impactado no

jejuno distal, a 2,5 metros da válvula ileocecal, causando obstrução. Confirmou-se a presença de fistula colecistoduodenal, sem evidência de fistula colecistocolônica. O cálculo foi removido por enterotomia de 5 cm na borda antimesentérica, com rafia primária, sem necessidade de enterectomia segmentar (figura 3 e 4). A colecistectomia e o reparo da fistula não foram realizados no mesmo ato cirúrgico devido à instabilidade hemodinâmica da paciente.

**Figura 3.** Imagem intraoperatória demonstrando extração de cálculo biliar ectópico por meio de enterotomia realizada na borda antimesentérica de alça de intestino delgado.



**Figura 4.** Imagem intraoperatória evidenciando rafia primária da enterotomia em alça de intestino delgado após extração do cálculo biliar ectópico.



Após a cirurgia, a paciente foi encaminhada à UTI extubada e sem necessidade de droga vasoativa, permanecendo por 2 dias para estabilização hemodinâmica, sem necessidade de drogas vasoativas ou intubação prolongada. Durante os primeiros dois dias na UTI, apresentou estável, porém com picos hipertensivos, taquicardia e sinais de hipovolemia, manejados pela equipe intensiva. No segundo dia de pós-operatório, iniciou-se di-

eta líquida restrita, com progressão gradual até dieta geral no quinto dia, sem intercorrências. A antibioticoterapia (ceftriaxona e metronidazol) foi suspensa no sexto dia de pós-operatório, com estabilidade clínica e laboratorial mantida. Além disso, paciente apresentou melhora da diarreia no pós-operatório.

Recebeu alta hospitalar no oitavo dia de pós-operatório após otimização de medicações para controle da insuficiência cardíaca pela equipe da cardiologia. Durante o acompanhamento ambulatorial inicial, após um mês da alta hospitalar, a paciente manteve-se assintomática, com boa aceitação alimentar e normalização do hábito intestinal. A diarreia cessou completamente após o procedimento cirúrgico, reforçando a relação entre o quadro clínico inicial e a patologia biliodigestiva. Foi programado acompanhamento ambulatorial com a equipe de cirurgia do aparelho digestivo para monitoramento clínico da fístula colecistoduodenal e avaliação da necessidade de abordagem cirúrgica tardia. A paciente foi acompanhada por 6 meses, se mantendo assintomática e não apresentando novas complicações.

### 3. Discussão

O íleo biliar resulta da migração de um cálculo biliar para o trato gastrointestinal por meio de uma fístula biliodigestiva, geralmente formada por inflamação crônica ou isquemia da parede da vesícula devido à pressão do cálculo [1]. A fístula colecistoduodenal é a mais comum, presente em cerca de 68% dos casos, seguida pelas fístulas colecistocolônica e colecistoduodenocolônica [2]. Uma vez no trato gastrointestinal, o cálculo pode ser excretado espontaneamente ou impactar, causando obstrução, especialmente em regiões de lúmen estreito, como o piloro, íleo terminal e válvula ileocecal. O tamanho do cálculo é um fator crítico: cálculos menores que 2,5 cm tendem a ser excretados espontaneamente, enquanto os maiores têm mais chance de impactação. Condições como divertículos, neoplasias e estenoses aumentam o risco de impactação, o que pode levar a complicações como isquemia, necrose, perfuração e peritonite [3]. Quando impactado, o cálculo biliar ectópico pode causar obstrução gastrointestinal de forma aguda, intermitente ou crônica. Dor abdominal ocorre em 71% dos casos e é frequentemente acompanhada por náuseas e vômitos (86%). O exame físico tende a ser inespecífico, com distensão abdominal e sinais de desidratação [3, 6, 7].

Diferente da maioria dos casos relatados, caracterizados por obstrução intestinal, o destaque neste caso foi a apresentação com diarreia aguda, inicialmente sugestiva de gastroenterite. Com esse diagnóstico diferencial em mente, foram solicitados exames de fezes a paciente desde o primeiro dia de internamento, porém a mesma não colaborou com a coleta do exame. Apesar do tratamento com antibioticoterapia ter sido utilizado, paciente não apresentou melhora do quadro diarreico. Nesse contexto, exames de imagem, como a tomografia e a colangiorressonância, foram cruciais para o diagnóstico. Na colangiorressonância, foram observados os três sinais de Rigler: aerobilia, sinais de obstrução em alças jejunais a montante do cálculo e um cálculo ectópico de 5 cm no jejuno terminal. Esses achados, descritos como patognomônicos do íleo biliar desde 1941, auxiliaram no diagnóstico preciso [3,6,8]. Três relatos de casos de íleo biliar cursando com diarreia foram encontrados nas plataformas Pubmed e Scielo nos últimos 20 anos, todos relacionados a fístulas colecistocolônicas ou colecistoduodenais [9,10,11]. No caso atual, a ressonância magnética identificou uma fístula colecistoduodenal, a rota mais comum para passagem de cálculos, e contato com o cólon ascendente, sem evidência de solução de continuidade.

O tratamento consiste, primeiramente, na resolução da obstrução intestinal com remoção do cálculo ectópico através de enterolitotomia. Em alguns casos, porém, é necessário a ressecção do segmento da alça envolvida por sinais de sofrimento que podem evoluir com necrose. A abordagem pode ser realizada em um único tempo, realizando em conjunto a colecistectomia e correção da fístula ou em dois tempos, deixando a colecistectomia e correção da fístula para um segundo momento. A correção em um único tempo é

controversa e tem maior risco de complicações pós-operatórias, principalmente em pacientes com alto risco de gravidade. Em maior parte dos casos relatados, a extração é realizada por laparotomia [6, 12]. A abordagem videolaparoscópica ainda não parece estar bem difundida, porém tem mostrado bons resultados em pacientes com baixo risco de complicações [13-17].

A escolha pela realização de enterolitotomia isolada nesta paciente foi baseada nas condições clínicas da paciente, que apresentava múltiplas comorbidades e classificação anestésica ASA III. Em pacientes idosos ou com elevado risco cirúrgico, diversos estudos sugerem que a enterolitotomia isolada apresenta menor morbimortalidade quando comparada à abordagem em um único tempo com colecistectomia e correção da fístula [18,19]. Além disso, durante o procedimento cirúrgico a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica transitória durante a indução anestésica, o que reforçou a decisão de limitar o procedimento ao tratamento da obstrução intestinal. A literatura demonstra que a maioria das fístulas biliodigestivas pode permanecer assintomática após a resolução do quadro obstrutivo, sendo possível realizar apenas acompanhamento clínico nesses casos [18,19].

A opção por enterolitotomia videolaparoscópica resultou em recuperação precoce e redução de complicações no pós-operatório. A colecistectomia foi postergada devido ao risco cirúrgico elevado, com seguimento ambulatorial para monitorar a recorrência dos sintomas. A necessidade de colecistectomia em segundo momento depende da persistência dos sintomas de colelitíase, podendo ser optado por acompanhamento ambulatorial e programação de colecistectomia eletiva em casos que há manutenção dos sintomas [18,19].

A resolução completa da diarreia após a remoção do cálculo ectópico sugere fortemente que o sintoma inicial estava relacionado à fisiopatologia do íleo biliar. A passagem anômala de bile diretamente para o intestino através de fístulas biliodigestivas pode alterar o trânsito intestinal e desencadear diarreia, fenômeno descrito principalmente em casos associados a fístulas colecistocolônicas ou colecistoduodenais. Embora raro, esse mecanismo deve ser considerado em pacientes com sintomas gastrointestinais inespecíficos e histórico de colelitíase [20].

Nas consultas ambulatoriais pós-operatórias, paciente não manifestou queixas relacionadas à colelitíase. Dentro desse contexto, a equipe optou por não realizar a abordagem cirúrgica da vesícula e da fístula colecistoduodenal, mantendo o seguimento ambulatorial da paciente. Dentro de 6 meses, não houve novas queixas abdominais pela paciente, e portanto, optou-se pelo tratamento conservador.

#### 4. Conclusão

O presente relato tem como objetivo ressaltar que, em alguns casos, o íleo biliar pode se apresentar com quadro de diarreia sem obstrução intestinal, destacando a importância de exames complementares e alto índice de suspeição diagnóstica, principalmente em mulheres idosas, com história prévia de colelitíase, que buscam recorrentemente os serviços de saúde por queixas de colelitíase. Ainda, este caso resalta a efetividade e segurança da videolaparoscopia no manejo individualizado dessa condição, particularmente em pacientes com comorbidades significativas, sendo a remoção do cálculo ectópico o principal objetivo do tratamento.

**Financiamento:** Nenhum.

**Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa:** O paciente forneceu consentimento livre e esclarecido por escrito para participar, e o estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas descritas na Declaração de Helsinque.

**Agradecimentos:** Nenhum.

**Conflitos de Interesse:** Nenhum.

## Referência

1. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol.* 2019 Nov;6(1):e000344.
2. Clavien PA, et al. Gallstone ileus. *Br J Surg.* 2005 Dec 8;77(7):737-742.
3. Nuño-Guzmán CM. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(1):65.
4. Pavlidis TE, et al. Management of gallstone ileus. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2003 Aug 1;10(4):299-302.
5. Salazar-Jiménez MI, et al. Gallstone ileus, surgical management review. *Cir Cir (Engl Ed).* 2019 Jun 21;86(2):2264.
6. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg.* 2007;31(6):1294-1299.
7. Lai YT, Wu PH. Gallstone ileus. *N Engl J Med.* 2022;387:924.
8. Rigler LG, Borman CN, Noble JF. Gallstone obstruction. *JAMA.* 1941;117(21):1753.
9. Engelberger S, Schuld J, Schilling MK, Kollmar O. Cholecystocolonic fistula prevents upper intestinal obstruction by a large gallstone after perforation into the duodenum. *Langenbecks Arch Surg.* 2010 Jan;395(1):95-97.
10. Okubo H, Nogawa T, Jibiki M. A case of gallstone ileus which the cholecystoduodenal fistula closed spontaneously after laparoscopic-assisted simple enterolithotomy. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi.* 2006 Oct;103(10):1157-1162.
11. Lansom JD, Lambrakis P. Concurrent gallstone ileus and cholecystocolic fistula causing high volume diarrhoea. *ANZ J Surg.* 2020 May;90(5):934-935.
12. Augustin G, Bruketa T, Kunjko K, Romić I, Mikuš M, Vrbanić A, Tropea A. Colonic gallstone ileus: a systematic literature review with a diagnostic-therapeutic algorithm. *Updates Surg.* 2023 Aug;75(5):1071-1082.
13. Moberg AC, Montgomery A. Laparoscopically assisted or open enterolithotomy for gallstone ileus. *Br J Surg.* 2007;94:53-57.
14. Watanabe Y, Takemoto J, Miyatake E, Kawata J, Ohzono K, Suzuki H, Inoue M, Ishimitsu T, Yoshida J, Shinohara M, et al. Single-incision laparoscopic surgery for gallstone ileus: an alternative surgical procedure. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5:365-369.
15. Yang D, Wang Z, Duan ZJ, Jin S. Laparoscopic treatment of an upper gastrointestinal obstruction due to Bouveret's syndrome. *World J Gastroenterol.* 2013;19:6943-6946.
16. Allen JW, McCurry T, Rivas H, et al. Totally laparoscopic management of gallstone ileus. *Surg Endosc.* 2003;17:352.
17. Ferraina P, Gancedo MC, Eli F, et al. Video-assisted laparoscopic enterolithotomy: new technique in the surgical management of gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2003;13:83-87.
18. Doko M, Zovak M, Kopljarić M, Glavan E, Ljubicić N, Hochstädter H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg.* 2003 Apr;27(4):400-404.
19. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994 Jun;60(6):441-446.