

ÍLEO BILIAR COMO CAUSA RARA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

BOWEL OBSTRUCTION DUE TO GALLSTONE ILEUS AS A RARE CAUSE OF ACUTE ABDOMEN: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ÍLEO BILIAR COMO CAUSA RARA DE ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n12-032>

Data de submissão: 04/11/2025

Data de publicação: 04/12/2025

Felipe Lopes

Médico Cirurgião

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)

E-mail: felipecirurgioplastica@gmail.com

Laura Leme

Médica Cirurgiã

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)

E-mail: lemenglaura@gmail.com

Rodrigo Riccomi

Médico Residente em Cirurgia Geral

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)

E-mail: rodrigoriccomi@outlook.com

Antonio Augusto P. Pastre

Médico Residente em Cirurgia Geral

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)

E-mail: antonio.app@hotmail.com

Bianca Benelli Pizzolato

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)

E-mail: biancabenelli10@gmail.com

Victor Mondadori Cruz

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)

E-mail: Victormondadoricruz@gmail.com

RESUMO

O íleo biliar como causa de obstrução intestinal aguda é uma entidade rara, decorrente de uma complicação de uma doença comum, a colelitíase. É causado pela impactação do cálculo biliar no trato gastrointestinal, com potencial ameaça a vida no caso de atraso diagnóstico e em sua resolução. Apresentamos um caso de um homem, 65 anos, com íleo biliar gerando obstrução intestinal, tratado com enterotomia longitudinal e retirada do cálculo da alça intestinal com posterior enterorrafia

transversal de urgência, onde foi optado por não manipular topografia de vesícula biliar no mesmo tempo cirúrgico. A evolução no pós operatório foi satisfatória com alta hospitalar após 8 dias da admissão. Esse relato tem como objetivo reportar um evento incomum que deve fazer parte do repertório diagnóstico de abdome obstrutivo no cenário atual de aumento de casos de colelitíase.

Palavras-chave: Íleo Biliar. Abdome Agudo Obstrutivo. Colelitíase Complicada. Fístula Colecistoduodenal. Obstrução de Intestino Delgado.

ABSTRACT

Gallstone ileus as a cause of acute intestinal obstruction is a rare condition resulting from a complication of a common disease, cholelithiasis. It is caused by the impaction of a gallstone in the gastrointestinal tract, posing a potential life-threatening risk in cases of delayed diagnosis and management. We present the case of a 65-year-old man with gallstone ileus causing intestinal obstruction, treated with a longitudinal enterotomy and removal of the stone from the intestinal loop, followed by an urgent transverse enterorrhaphy, in which the surgical team opted not to manipulate the gallbladder region during the same procedure. Postoperative evolution was satisfactory, and the patient was discharged eight days after admission. This report aims to describe an uncommon event that should be included in the diagnostic repertoire of obstructive abdomen, especially in the current context of increasing cholelithiasis cases.

Keywords: Gallstone Ileus. Obstructive Acute Abdomen. Complicated Cholelithiasis. Cholecystoduodenal Fistula. Small Bowel Obstruction.

RESUMEN

El íleo biliar como causa de obstrucción intestinal aguda es una entidad rara, resultante de una complicación de una enfermedad común, la colelitiasis. Es causado por la impactación de un cálculo biliar en el tracto gastrointestinal, con un riesgo potencial para la vida en caso de retraso en el diagnóstico y en su resolución. Presentamos el caso de un hombre de 65 años con íleo biliar que generó obstrucción intestinal, tratado con una enterotomía longitudinal y extracción del cálculo de la asa intestinal, seguida de una enterorrafia transversal de urgencia, en la cual se optó por no manipular la región de la vesícula biliar en el mismo acto quirúrgico. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, con alta hospitalaria ocho días después del ingreso. Este reporte tiene como objetivo describir un evento poco común que debe formar parte del repertorio diagnóstico del abdomen obstrutivo en el escenario actual de aumento de casos de colelitiasis.

Palabras clave: Íleo Biliar. Abdomen Agudo Obstrutivo. Colelitiasis Complicada. Fístula Colecistoduodenal. Obstrucción del Intestino Delgado.

1 INTRODUÇÃO

O íleo biliar é uma causa rara de obstrução intestinal, responsável por cerca de 1-4% dos casos (W.Kirchmayr et al, 2005). É definido como uma complicação de um problema comum, a colelitíase, capaz de gerar uma obstrução mecânica pela presença de um ou mais cálculos biliares no trato gastrointestinal (A. Ayantunde, A. Agrawal, 2007), mais comumente através de uma fístula colecistoduodenal. A maior parte dos casos acomete indivíduos do sexo feminino (proporção com sexo masculino de 1.9-2.5:1), entre a sexta e sétima década de vida (Gonzalez-Urquijo M et al, 2020).

A fístula é formada durante sucessivos episódios de colecistite, onde a inflamação provoca uma adesão entre o duodeno e a vesícula biliar, que associada a pressão exercida pelo cálculo, gera a comunicação entre os dois órgãos. É possível haver outros tipos de comunicações como as colecistocolônicas (10-20%), colecistogástricas (5-10%) e coledocoduodenais (<5%) entretudo são menos comuns (Costi R, 2009; Kohl's DR, 2017).

A saída do cálculo biliar pela fístula resulta na obstrução do íleo terminal em até 89% dos casos (Nuño-Guzmán CM et al, 2016), devido a condições como a desproporção de diâmetro do cálculo e o pelo lúmen estreito, além do peristaltismo reduzido quando comparado aos outros segmentos intestinais (M.B Luu, D.J. Deziel, 2014). Outros sítios de impacto são: jejuno/íleo proximal (0-50%), jejuno (0-50%), indeterminado (0-25%), duodeno (0-10.5%) e cólon (0-8,1%) (Nuño-Guzmán CM et al, 2016). Nos casos em que o cálculo passa via fístula e obstrui a porção proximal do duodeno ou até mesmo o piloro, resultando em obstrução gástrica, a apresentação é conhecida como “Síndrome de Bouveret” (Caldwell KM et al, 2018). É possível a ocorrência de outra condição, também associada com a presença da fístula, a “Síndrome de Mirizzi”, sendo caracterizada pela presença de um grande cálculo biliar na porção distal da vesícula biliar ou no ducto cístico, provocando um estreitamento do ducto hepático comum (Esparza Monzavi CA et al, 2019).

Além da colelitíase, a obstrução intestinal também é uma patologia comum, responsável por altos índices de admissão hospitalar e morbidade (Nuño-Guzmán CM et al, 2016; Caldwell KM et al, 2018; G. Miller et al, 2000), sendo a principal etiologia a obstrução causada por aderências (> 70% dos casos). Outras causas menos comuns são: hérnias, malignidades, doenças inflamatórias intestinais, volvo intestinal, intussuscepção e íleo biliar (Nuño-Guzmán CM et al, 2016; B.T. Fevang, 2000).

Apresentamos o caso de um paciente portador de colelitíase, com sinais de colecistite crônica e quadro de abdome agudo obstrutivo por íleo biliar, necessitando de tratamento cirúrgico de urgência. Esse relato tem por objetivo evidenciar a necessidade de cogitar a etiologia de forma ativa, com alto nível de suspeição diagnóstica, através de um exemplo bem sucedido de tratamento cirúrgico imediato.

2 RELATO DE CASO

Paciente J.B., masculino, 65 anos, portador de Diabetes Mellitus do tipo 2, admitido no Pronto Socorro do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo com queixa de dor abdominal em hipogastro, fossa ilíaca direita e fossa ilíaca esquerda com início há um mês associado a quadro de náuseas e vômitos de caráter bilioso. Referia, ainda, parada de evacuações e parada de eliminação de flatos há uma semana.

Ao exame físico mostrava-se anictérico, desidratado, taquicárdico e com pressão arterial de 90/50 mmHg, com pulsos periféricos filiformes. A palpação do abdome apresentava dor em hipogástrio, com timpanismo à percussão e aumento da ausculta de ruídos hidroaéreos. O toque retal apresentava-se sem sangue ou melena, com fezes em dedo de luva.

Com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo, foi iniciado o tratamento clínico com hidratação e passagem de sonda nasogástrica (SNG) para descompressão gástrica. Na entrada foi solicitada a realização da série radiológica do abdome agudo – raio-X de abdome em pé e deitado –, que mostrou distensão importante de alças de delgado com níveis hidroaéreos (Figura 01). Os exames laboratoriais mostraram leucocitose sem desvio e alterações nos níveis de uréia, creatinina e proteína C reativa aumentada.

Na sequência da investigação, foi realizada tomografia de abdome superior e pelve com contraste, que mostrou vesícula biliar pouco repleta, com paredes discretamente espessadas associada a aerobilia (Figura 02) e imagem sugestiva de cálculo, no interior de alça ileal distal na fossa ilíaca direita (Figura 03). Na avaliação das alças intestinais, mostrava moderada distensão de alças de intestino delgado e nível hidroaéreo de alças à montante. Os achados deste exame de imagem eram compatíveis com a tríade de Rigler, sugestiva de íleo biliar, que se associava a fístula colecistoduodenal.

O paciente foi submetido a laparotomia exploradora, que evidenciou grande distensão de alças de delgado difusamente e hiperemia, sem sinais de isquemia, com cálculo biliar, de cerca de quatro centímetros de diâmetro, impactado a 90 centímetros da válvula ileocecal (Figura 04). Havia, ainda, intenso bloqueio em região de topografia da via biliar, tendo-se optado por não desfazer o bloqueio local. Optou-se por realizar enterotomia a 150 centímetros da válvula ileocecal, vertical com retirada de cálculo da alça intestinal e posterior enterorrafia horizontal (Figura 05).

Após a cirurgia, o paciente permaneceu por seis dias em setor fechado de unidade hospitalar, utilizando antibioticoterapia combinada de ciprofloxacino e metronidazol, evoluindo clinicamente estável sem uso de hemoderivados ou drogas vasoativas, com retorno da eliminação de flatos e normalização do resultado de exames laboratoriais. Inicialmente introduzida dieta líquida que, no

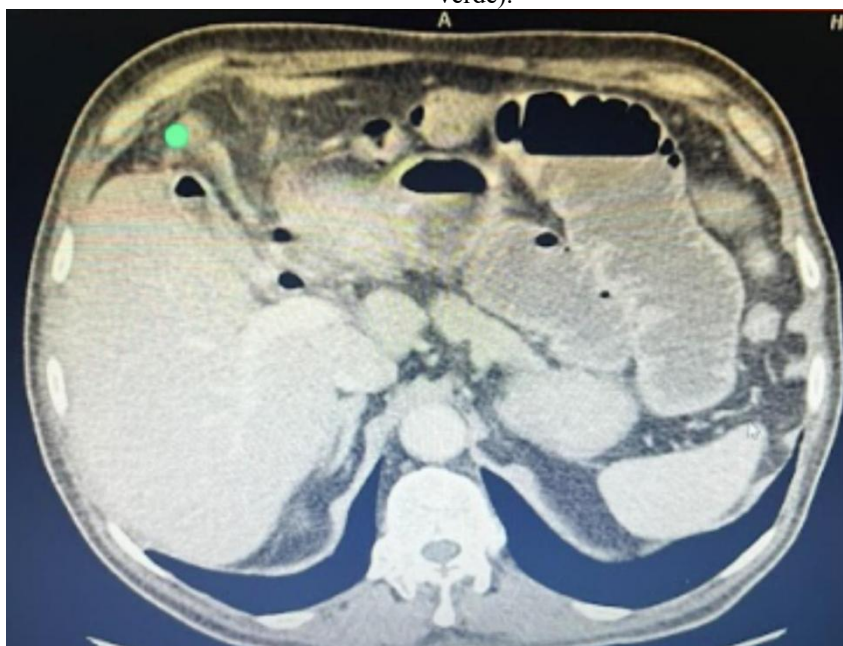
sexto dia de pós-operatório, foi progredida para dieta pastosa e posteriormente dieta branda. Paciente recebe alta hospitalar 8 dias após admissão hospitalar e 7 dias após cirurgia de enterectomia por laparotomia com programação cirúrgica eletiva para correção de defeito de parede de vesícula biliar.

Figura 01 - Raio-X de abdome agudo mostrando distensão de alças de delgado com níveis hidroaéreos em seu interior.



Fonte: Prontuário do paciente no sistema do Hospital São Vicente de Paula

Figura 02 - Corte tomográfico evidenciando distensão de alças intestinais com nível hidroaéreo, e aerobilia (ponto em verde).



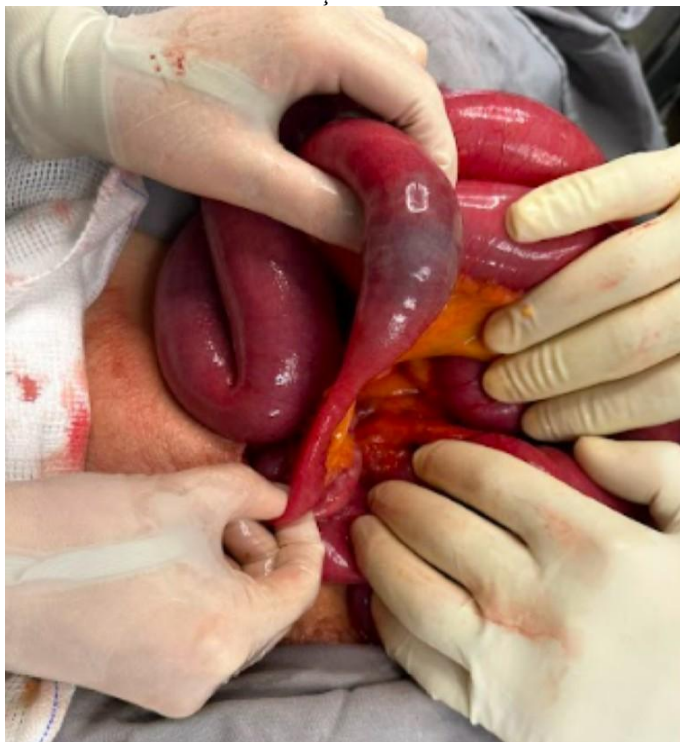
Fonte: Prontuário do paciente no sistema do Hospital São Vicente de Paula

Figura 03 - Cortes tomográficas com imagem sugestiva de processo inflamatório onde ocorreu a fistula colecisto-enterica



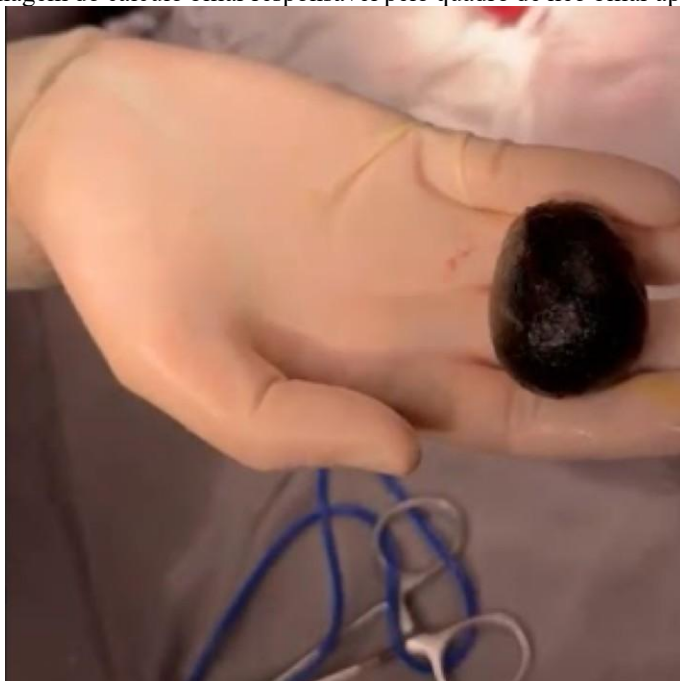
Fonte: Prontuário do paciente no sistema do Hospital São Vicente de Paula

Figura 04 - Imagem realizada no intra operatório mostrando local de impactação de cálculo com importante distensão de alças a montante.



Fonte: Foto tirada pelos próprios autores

Figura 05 - Imagem do cálculo biliar responsável pelo quadro de íleo biliar apresentado pelo paciente



Fonte: Foto tirada pelos próprios autores

3 DISCUSSÃO

O íleo biliar, complicação rara da colelitíase, é a causa de 1-3% das obstruções mecânicas intestinais e a colelitíase acomete aproximadamente 65% da população acima de 65 anos (W.Kirchmayr et al, 2005; Halabi WJ et al, 2014). Devido a alta prevalência de cálculos biliares e o íleo biliar ser uma complicação destes, esses casos podem vir a apresentar casos de rotina na prática médica, o que justifica a necessidade de se pensar nesta patologia como diagnóstico diferencial nos casos de abdome agudo. A mortalidade para os casos de íleo biliar pode chegar a 18% em pacientes idosos, principalmente quando se considera as comorbidades associadas nesta população e alta prevalência de apresentação insidiosa (Halabi WJ et al, 2014). O diagnóstico precoce e o timing para abordagem cirúrgica são considerados os dois mais importantes preditores de bom prognóstico (W.Kirchmayr et al, 2005).

Os achados clínicos desta patologia são variáveis e inespecíficos, a depender do local da obstrução. O sintoma mais comum na apresentação é a dor abdominal (91.5% dos pacientes), acompanhada de distensão abdominal (84.7%), vômitos (59.7%) e febre (40.9%) (Nakao A et al, 2008). A apresentação pode ser uma obstrução intestinal aguda, intermitente ou crônica; com mortalidade variável de 7-20% que aumenta a partir da presença de fatores de risco como idade avançada, presença de múltiplas comorbidades e apresentação tardia dos sintomas (Nuño-Guzmán CM et al, 2016; Chang L et al, 2018; Inukai K, 2019).

O diagnóstico é realizado através da apresentação clínica com auxílio de exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada (TC) contrastada a modalidade com maior sensibilidade diagnóstica (Lassandro F et al, 2004).

Na radiografia de abdome, a presença da Tríade de Rigler é sinal patognomônico, no entanto, está presente em < 50% dos casos (Ravikumar R, Williams JG, 2010), composta por obstrução de intestino delgado com distensão, pneumobilia e presença de cálculo biliar ectópico (Rigler LG, Borman CN, Noble JF, 1941). Dois de três sinais radiológicos são suficientes para o diagnóstico de íleo biliar. No entanto, a TC é a modalidade de escolha no cenário de emergência almejando um diagnóstico rápido e esclarecedor da etiologia do abdome agudo obstrutivo (Halabi WJ et al, 2014; Chang L et al, 2018; Rigler LG, Borman CN, Noble JF, 1941; Yu C-Y et al, 2005; Ravikumar R, Williams JG, 2010; Doko M et al 2003). Outros dois sinais foram adicionados à tríade de Rigler: a mudança na localização do cálculo em um exame subsequente, e a presença de vários níveis de fluídos adjacentes ao quadrante superior direito (Yu C-Y et al, 2005).

A TC é descrita como possuindo alta sensibilidade (93%), especificidade (100%) e acurácia (99%) no diagnóstico de íleo biliar (Yu C-Y et al, 2005).

Os exames laboratoriais são tipicamente não específicos, podendo evidenciar: hiperbilirrubinemia, aumento de enzimas transaminases hepáticas, leucocitose, distúrbios hidroeletrólíticos, distúrbios ácido-base e insuficiência renal aguda. Essas alterações dependerão do tempo de início do quadro, a intensidade da resposta inflamatória gerada e de condições comórbidas prévias (Nuño-Guzmán CM et al, 2016; Halabi WJ et al, 2014).

O tratamento desta condição é a remoção cirúrgica do cálculo causador da obstrução, via enterotomia proximal, com ou sem excisão da fistula bilioentérica durante o mesmo procedimento, dependendo do status performance do paciente e sua condição global (Halabi WJ et al, 2014; Ravikumar R, Williams JG, 2010). O procedimento em 2 tempos cirúrgicos é a técnica mais comumente aplicada no manejo destes casos, com colecistectomia laparoscópica eletiva realizada após algumas semanas do primeiro procedimento.

Em geral, a expulsão do cálculo espontânea ocorre em uma parcela mínima dos casos (1,3%) (Ravikumar R, Williams JG, 2010), é indicado o procedimento em um tempo cirúrgico ou dois. A morbidade nos casos de íleo biliar é maior na abordagem em um tempo cirúrgico (61.1%) em comparação com a resolução em dois tempos (27.3%), com mortalidade de 9% no grupo de duas intervenções e de 10.5% no grupo com uma intervenção (Doko M et al 2003). Além disso, há dados que indicam um aumento na permanência hospitalar e níveis de mortalidade nos pacientes submetidos à resolução do quadro em um tempo cirúrgico (Halabi WJ et al, 2014), considerado procedimento excessivamente invasivo, com maior associação com complicações pós-operatórias.

O procedimento em duas etapas envolve uma etapa inicial, com a retirada do cálculo, seguida de fechamento da fístula em procedimento posterior. No entanto, esse procedimento tem a desvantagem de ter associado maior risco de recorrência, colecistite retrógrada e desenvolvimento de neoplasias (Cooperman AM, Dickson ER, ReMine WH, 1968; Bossart PA, Patterson AH, Zintel HA, 1962).

Foi reportado que há um fechamento natural da fístula em 61,5% dos casos, sugerindo que o planejamento de resolução em duas etapas pode promover o fechamento espontâneo da mesma (Kaneda H et al, 2007).

Sendo assim, o procedimento em duas etapas é considerado o método padrão ouro para os casos de íleo biliar que envolvem obstrução intestinal.

4 CONCLUSÃO

As fístulas colecistoentéricas são entidades raras que permanecem como um desafio diagnóstico e terapêutico, devido sua natureza inespecífica na apresentação do quadro. Assim sendo,

a etiologia biliar deve ser suspeitada em todos os pacientes com dor abdominal aguda ou crônica, diarreia crônica, obstrução gástrica ou de intestino delgado, especialmente nos pacientes com patologias biliares crônicas e múltiplas comorbidades. Todos os cirurgiões devem estar cientes desse diagnóstico diferencial, já que o mesmo requer alto índice de suspeição, mesmo décadas após a colecistectomia, que pode ser confirmado pela TC abdominal com contraste demonstrando a tríade de Rigler. O manejo do íleo biliar é essencialmente cirúrgico, e a escolha do procedimento depende da condição basal cirúrgica do paciente, os achados intraoperatórios e a expertise do cirurgião. A aumento no índice de patologias biliares nos últimos anos, deve chamar ainda mais atenção para essa possibilidade diagnóstica.

REFERÊNCIAS

- AGHA, R. A.; FRANCHI, T.; SOHRABI, C.; MATHEW, G.; SCARE Group. **The SCARE 2020 Guideline: Updating Consensus Surgical CAse REport (SCARE) Guidelines.** International Journal of Surgery, v. 84, p. 226–230, 2020.
- AYANTUNDE, A.; AGRAWAL, A. **Gallstone ileus: diagnosis and management.** World Journal of Surgery, v. 31, n. 6, p. 1294–1299, 2007.
- BOSSART, P. A.; PATTERSON, A. H.; ZINTEL, H. A. **Carcinoma of the gallbladder: A report of seventy-six cases.** American Journal of Surgery, v. 103, p. 366–369, 1962.
- CALDWELL, K. M. et al. **Bouveret syndrome: Current management strategies.** Clinical and Experimental Gastroenterology, v. 11, p. 69–75, 2018.
- KANEDA, H.; MIMATSU, K.; OIDA, T. et al. **A case of gallstone ileus with naturally closed biliary-enteric fistula.** Journal of Nihon University Medical Association, v. 66, p. 119–123, 2007.
- CHANG, L. et al. **Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review.** Emergency Radiology, v. 25, n. 2, p. 189–196, 2018.
- COOPERMAN, A. M.; DICKSON, E. R.; REMINE, W. H. **Changing concepts in the surgical treatment of gallstone ileus: a review of 15 cases with emphasis on diagnosis and treatment.** Annals of Surgery, v. 167, p. 377–383, 1968.
- COSTI, R. et al. **Cholecystocolonic fistula: Facts and myths. A review of the 231 published cases.** Journal of Hepatobiliary Pancreatic Surgery, v. 16, n. 1, p. 8–18, 2009.
- DOKO, M. et al. **Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report.** World Journal of Surgery, v. 27, p. 400–404, 2003.
- ESPARZA MONZAVI, C. A.; PETERS, X.; SPAGGIARI, M. **Cholecystocolonic fistula: A rare case report of Mirizzi syndrome.** International Journal of Surgery Case Reports, v. 63, p. 97–100, 2019.
- FEVANG, B. T. et al. **Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction: a 35-year institutional experience.** Annals of Surgery, v. 231, n. 4, p. 529–537, 2000.
- GONZALEZ-URQUIJO, M. et al. **Cholecystoenteric fistula with and without gallstone ileus: A case series.** Hepatobiliary Pancreat Dis Int., v. 19, n. 1, p. 36–40, 2020.
- HALABI, W. J. et al. **Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes.** Annals of Surgery, v. 259, p. 329–335, 2014.
- INUKAI, K. **Gallstone ileus: a review.** BMJ Open Gastroenterology, v. 6, n. 1, e000344, 2019.

KIRCHMAYR, W. et al. **Gallstone ileus: rare and still controversial**. ANZ Journal of Surgery, v. 75, n. 4, p. 234–238, 2005.

KOHLI, D. R.; ANIS, M.; SHAH, T. **Cholecystoenteric fistula masquerading as a bleeding subepithelial mass**. ACG Case Reports Journal, v. 4, n. 1, e125, 2017.

LASSANDRO, F. et al. **Gallstone ileus: analysis of radiological findings in 27 patients**. European Journal of Radiology, v. 50, p. 23–29, 2004.

LUU, M. B.; DEZIEL, D. J. **Unusual complications of gallstones**. Surgical Clinics, v. 94, n. 2, p. 377–394, 2014.

MARKOGIANNAKIS, H. et al. **Acute mechanical bowel obstruction: clinical**

presentation, etiology, management and outcome. World Journal of Gastroenterology, v. 13, n. 3, p. 432–437, 2007.

MILLER, G.; BOMAN, J.; SHRIER, I.; GORDON, P. **Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction**. British Journal of Surgery, v. 87, n. 9, p. 1240–1247, 2000.

NAKAO, A. et al. **The oldest patient with gallstone ileus: report of a case and review of 176 cases in Japan**. Kurume Medical Journal, v. 55, p. 29–33, 2008.

NUÑO-GUZMÁN, C. M. et al. **Gallstone ileus: clinical presentation, diagnostic and treatment approach**. World Journal of Gastrointestinal Surgery, v. 8, p. 65–76, 2016.

RAVIKUMAR, R.; WILLIAMS, J. G. **The operative management of gallstone ileus**. Annals of the Royal College of Surgeons of England, v. 92, p. 279–281, 2010.

RIGLER, L. G.; BORMAN, C. N.; NOBLE, J. F. **Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations**. JAMA, v. 117, p. 1753–1759, 1941.

YU, C.-Y. et al. **Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus**. World Journal of Gastroenterology, v. 11, p. 2142–2147, 2005.