

# ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

## GALLSTONE ILEUS: A CASE REPORT

DANIEL CAPDEVILLE TANURE, JANSEN CHERFANI TANURE, FRANÇOISE RIBEIRO DOFFÉMOND, SAMIR ALMEIDA BORGES, CÉZAR LIMA MOTA

### RESUMO

Os autores apresentam um caso de obstrução intestinal mecânica pouco comum, devido à passagem de cálculo biliar através de fistula colecistoentérica. Comentam a apresentação clínica, a fisiopatologia, o diagnóstico e as possibilidades de tratamento. O diagnóstico requer alto índice de suspeição clínica, pois a sintomatologia geralmente é inespecífica e os exames complementares nem sempre ajudam no diagnóstico etiopatogênico.

PALAVRAS-CHAVE: ÍLEO BILIAR; FÍSTULA BILIO-DIGESTIVA; ULTRASSONOGRRAFIA.

### ABSTRACT

The authors present a case of mechanical bowel obstruction, uncommon, due to the passage of a gallstone through a cholecystoenteric fistula. The clinical presentation, the pathophysiology, the diagnosis and treatment possibilities are commented on. The diagnosis requires high clinical suspicion, since symptoms are usually nonspecific and complementary exams don't always help in the etiopathogenic diagnosis.

KEYWORDS: GALLSTONE ILEUS; BILIOENTERIC FISTULA; ULTRASOUND.

### INTRODUÇÃO

O íleo biliar é a obstrução do trânsito intestinal causada pela migração de um cálculo biliar volumoso para o lúmen intestinal, que em 70% dos casos se faz através de uma fistula colecisto-duodenal<sup>1</sup>. Esta é uma causa rara (1-4%) de obstrução intestinal, embora possa corresponder a até 25% das obstruções não estranguladas em pacientes acima de 65 anos<sup>2</sup>. A idade média de apresentação é de 74 anos e o atraso diagnóstico médio é de 3,5 dias<sup>3</sup>.

A mortalidade relacionada ao íleo biliar variou de 5,5-30%<sup>4-6</sup> a depender do local de obstrução e da abordagem cirúrgica.

A tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste é o exame de imagem padrão ouro<sup>7</sup>, com sensibilidade, acurácia e especificidade de 93%, 100% e 99%, respectivamente<sup>8</sup>, para o diagnóstico de íleo biliar.

Neste caso, no entanto, a suspeição do íleo biliar se deu pelos achados ecográficos de perfuração evidente da parede vesicular, formação ecogênica com sombra posterior sugestiva de cálculo em alça intestinal proximal, e nítida mobilidade retrógrada do conteúdo líquido intestinal para a luz da vesícula durante o peristaltismo.

### RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 78 anos de idade, procurou

atendimento médico devido a desconforto agudo em abdome superior. Ao exame tinha abdome globoso, levemente doloroso à palpação. Recebeu tratamento sintomático e retornou ao atendimento por três dias seguidos.

No terceiro dia, relatou piora do desconforto abdominal, assim como surgimento de distensão abdominal e vômitos. Foi avaliada pelo cirurgião de plantão e apresentava o abdome flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal.

Foi encaminhada para realização de ultrassonografia abdominal total, que mostrou os seguintes achados:

- Vesícula biliar de formato atípico, sem conteúdo evidente, com paredes irregulares e área sugestiva de comunicação (1,35cm) com alça delgada, em cuja luz observa-se imagem hiperecótica arqueada, com intensa sombra acústica posterior, sugestiva de cálculo, medindo 3,2cm de diâmetro – aspecto sugestivo de fistula colecisto-intestinal (figura 1).

- Presença de alças intestinais delgadas distendidas (4,0cm), com válvulas coniventes evidentes e conteúdo líquido móvel, apresentando peristalse aumentada e fluxo retrógrado, especialmente no hemi-abdome esquerdo (figura 2).

- Observação de áreas laminares anecóicas entre as alças e no espaço hepatorenal, sugestivas de líquido livre.

- Fígado e vias biliares normais.

- Conclusão do laudo: sinais ecográficos sugestivos de obstrução intestinal (íleo biliar).

1. Hospital São Vicente de Paulo, Araçuaí, MG, Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:  
DANIEL CAPDEVILLE TANURE  
Email: danielcapdeville@hotmail.com



Figura 1: À esquerda: abertura parietal mínima de 1,35cm, comunicante com a luz de alça delgada (fístula colecistoentérica). À direita: cálculo (C) e sombra acústica posterior característica. Pontas de seta: parede anterior da vesícula biliar (VB).



Figura 2: segmento de alça sentinela.

A paciente foi internada para acompanhamento pela equipe cirúrgica.

Os exames laboratoriais iniciais não evidenciaram alterações. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou:

- Esôfago: normal
- Estômago: grande quantidade de secreção biliar, com mucosa e relevo mucoso do fundo e do corpo de aparência endoscópica normais.
- Duodeno: bulbo deformado pela presença de uma úlcera profunda em parede posterior, com fundo necrótico e irregular. Regurgitação de material intestinal bilioso. Segunda porção sem alterações macroscópicas, evidenciando a regurgitação de material bilioso em grande volume (figura 3).



Figura 3: Fístula colecistoentérica e refluxo biliar visualizados na EDA.

Adotada conduta inicialmente expectante, pela estabilidade clínica da paciente. Solicitada TC de abdome para acompanhamento, que evidenciou:

- Acentuada distensão de alças delgadas com até 4,5cm de calibre e aflamento abrupto na linha média do hipogástrio, achados estes sugestivos de sub-oclusão intestinal, sem identificação do fator obstrutivo.
- Sinais de aerobilia hepática e vesícula biliar não identificada.

No 6º dia de internação, apresentou vômitos e dor abdominal em cólicas. No 8º dia, evoluiu com prostração, vômitos escurecidos em grande volume e piora da distensão e dor abdominais, ainda sem sinais de irritação peritoneal.

Foi submetida a laparotomia exploradora no 9º dia de internação. À inspeção da cavidade, foi evidenciada obstrução do intestino delgado próximo ao íleo terminal, em local de estreitamento abrupto. Pela enterotomia foram retirados dois cálculos biliares (figura 4-6), com posterior enterorrafia, revisão da cavidade e fechamento por planos.



Figura 4: Cálculo intraluminal



Figura 5: remoção do cálculo por enterotomia



Figura 6: Cálculos biliares.

No 3° dia pós operatório a paciente apresentou pneumotórax, que foi manejado com drenagem torácica, até sua alta hospitalar no 9°, em boas condições.

## DISCUSSÃO

O padrão-ouro para o diagnóstico por imagem do íleo biliar continua sendo a TC contrastada do abdome<sup>7,8</sup>. No entanto, a US abdominal pode se mostrar um valioso instrumento na detecção de tais casos em regiões geográficas onde o acesso à tomografia é limitado. O diagnóstico precoce neste caso contribuiu para o planejamento cirúrgico.

Exceto nos casos de fístula colecisto-entérica em que o ponto de perfuração da vesícula biliar se encontra em locais de difícil acesso ao exame ecográfico, e/ou em que os cálculos já migraram para as porções mais distais do intestino delgado, onde podem ser obscurecidos pela interposição de alças e gases intestinais, a ultrassonografia se mostra uma ferramenta útil e que pode contribuir para a redução da alta

morbimortalidade relacionada a esta condição<sup>9</sup>.

Existem duas estratégias cirúrgicas possíveis para o tratamento do íleo biliar. A primeira consiste em apenas aliviar o processo obstrutivo, através da retirada do cálculo por enterotomia. A segunda, consiste em fazer a colecistectomia e a abordagem da fístula e seu fechamento. Esta última está associada a maior mortalidade (16,9%) quando comparada à primeira (11, 7%)<sup>2</sup>.

Devem-se considerar as condições gerais do paciente e as condições inflamatórias locais, que aumentam a dificuldade técnica, o tempo cirúrgico, e a morbimortalidade. Desse modo, um segundo procedimento eletivo pode ser realizado, evitando futuras complicações biliares. O tratamento da obstrução continua sendo o pilar básico no íleo biliar.

## CONCLUSÃO

O íleo biliar é uma afecção pouco comum na população geral, mas contribui para as causas de obstrução intestinal em pacientes mais velhos, com mortalidade considerável. A suspeição clínica deve ser alta, para que o manejo do paciente seja o mais efetivo possível.

Neste caso, a suspeita diagnóstica foi dada por exame ultrassonográfico, enquanto a TC de abdome não identificou o fator obstrutivo.

Ressaltamos aqui a importância da ultrassonografia abdominal como ferramenta propedêutica de fácil acesso, e da escolha da melhor abordagem cirúrgica para cada paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Conceição SA, Rausch M, Savassi Rocha PR. Tipos especiais de obstrução intestinal. In Savassi Rocha PR, Souza C: *Abdome Agudo*, 1ª ed, Ed Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1982
2. Reiser RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg*. 1994;60(6): 441-446.
3. Muthukumarasamy G, Venkata SP, Shaikh IA, Somani BK, Ravindran R. Gallstone ileus: surgical strategies and clinical outcome. *J Dig Dis*. 2008;9(3): 156-161.
4. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, Imagawa DK, Demirjian AN. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg*. 2014;259(2): 329-335.
5. Mallipeddi MK, Pappas TN, Shapiro ML, Scarborough JE. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. *J Surg Res*. 2013;184(1): 84-88.
6. O'Brien JW, Webb LA, Evans L, Speakman C, Shaikh I. Gallstone Ileus caused by cholecystocolonic fistula and gallstone impaction in the sigmoid colon: review of the literature and novel surgical treatment with trephine loop colostomy. *Case Rep Gastroenterol*. 2017;11(1): 95-102.
7. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AJ, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol*. 2018;25(2): 189-196.
8. Yu CY, Lin CC, Shyu RY, Hsieh CB, Wu HS, Tyan YS, Hwang JI, Liou CH, Chang WC, Chen CY. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol*. 2005;11(14): 2142-2147.
9. Lasson A, Lorén I, Nilsson A, Nirhov N, Nilsson P. Ultrasonography in gallstone ileus: a diagnostic challenge. *Eur J Surg*. 1995;161(4): 259-263.