

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA  
CURSO DE MEDICINA



## TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Acadêmica: Camila de Sousa Unias

Professor Orientador: Luís Fábio Botelho

João Pessoa – PB, maio de 2016.

## **ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO**

Camila de Sousa Unias<sup>1</sup>, Luís Fábio Barbosa Botelho<sup>2</sup>

### **ABSTRACT:**

O íleo biliar é uma obstrução mecânica provocada pela compactação de cálculo biliar no lúmen do trato gastrointestinal. Acomete tipicamente idosos, sendo responsável por um quarto dos casos de obstruções intestinais não-isquêmicas em pacientes com mais de 65 anos. A apresentação clínica é a de obstrução intestinal precedida por sinais e sintomas de comprometimento das vias biliares. Os achados radiológicos incluem obstrução intestinal, pneumobilia e cálculo biliar em localização aberrante. O tratamento depende do local da pedra impactada, sendo a cirurgia necessária na maioria dos casos.

O objetivo deste relato é descrever um caso de íleo biliar por cálculo em duodeno.

**PALAVRAS-CHAVES:** íleo biliar; fístula colecistoentérica; obstrução intestinal.

## **INTRODUÇÃO**

O íleo biliar é uma obstrução mecânica provocada pela impactação de cálculos biliares no trato gastrointestinal (TGI). É uma complicação rara de cálculos biliares. Pacientes com colelitíase, apenas 0,3-0,5% desenvolvem íleo biliar. Há predominância do sexo feminino e da população mais velha.

Relatamos o caso de uma paciente com quadro de abdome agudo obstrutivo, na qual se identificou a presença de cálculo biliar localizado em duodeno.

## **RELATO DE CASO**

Paciente, sexo feminino, 75 anos, deu entrada na Emergência do Hospital Geral de Fortaleza com quadro de dor abdominal associado a náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes há uma semana. A paciente referiu colecistectomia prévia por quadro de colelitíase sintomática. Ao exame abdominal, apresentava abdome globoso, distendido, com ruídos hidroaéreos ausentes, difusamente doloroso à palpação. O toque retal revelou ausência de fezes na ampola retal.

A radiografia abdominal revelou dilatação de alças intestinais em nível de delgado, sem evidências de cálculo e a tomografia computadorizada (TC) de abdome, leve dilatação das vias biliares intra-hepáticas, colédoco ectasiado

com até 2cm em segmento proximal/médio e o segmento intra-pancreático com calibre normal, além de formação densa ovalada, medindo 1,9x1,4cm em intestino delgado sugestiva de cálculo.

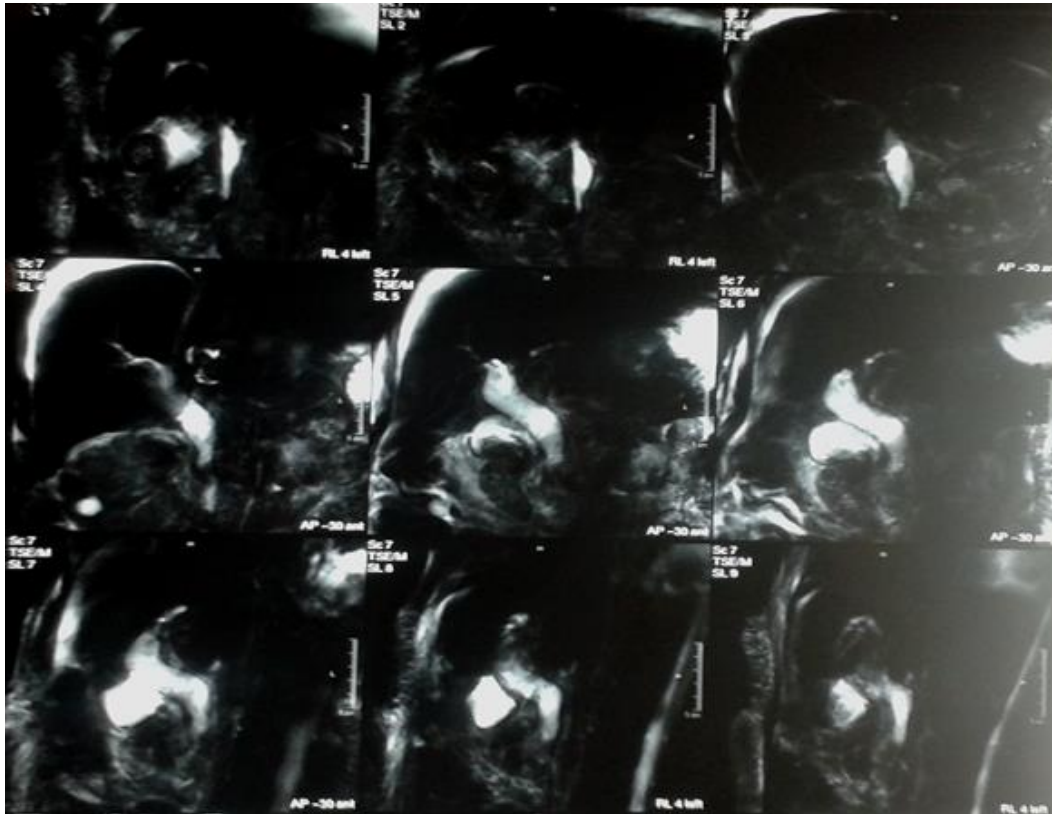


Imagem 01: Tomografia computadorizada de abdome mostrando formação densa ovalada, medindo 1,9x1,4cm em intestino delgado sugestiva de cálculo.

Paciente foi submetida à vídeolaparoscopia diagnóstica seguida de enterotomia para retirada de cálculo e enterorrafia, evoluindo sem intercorrências no pós-operatório.



Imagem 02: Cálculo biliar retirado após enterotomia.

## **DISCUSSÃO**

Íleo biliar é uma condição rara. Acontece quando um cálculo biliar entra no TGI, como resultado de uma fístula entre a vesícula biliar e intestino. Na maioria dos casos, o íleo biliar é precedido por um quadro de colecistite aguda, causando inflamação e aderências na vesícula biliar. Isto, em associação com a pressão exercida pelo cálculo, contribuem para a formação da fístula. A impactação do cálculo pode ocorrer em qualquer porção do TGI: íleo, no jejuno, cólon, duodeno e estômago.

A apresentação clínica é de obstrução intestinal, geralmente precedida por sinais e sintomas de comprometimento das vias biliares, assim como

apresentou a paciente do caso. Os sintomas são de náuseas, vômitos, distensão e dor abdominal.

Os achados na radiografia simples de abdome são uma téttrade: obstrução intestinal parcial ou completa, pneumobilia ou contraste na árvore biliar, cálculos biliares aberrantes e alteração na posição de um cálculo anteriormente observado, às vezes, acrescentado de um quinto achado, que é a descoberta de dois níveis de fluido de ar em quadrante superior direito da radiografia secundário ao ar na vesícula. Na ultrassonografia, as alterações encontradas são dilatação intestinal, presença de fluido extraluminal, cálculos ectópicos, anormalidades da vesícula biliar e pneumobilia.

A TC é útil principalmente para estimar o tamanho e o número de cálculos biliares impactados e o ponto de transição entre a região de dilatação e de colapso da alça intestinal.

Fístulas colecistoentéricas podem ser visualizadas em estudos baritados e na colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

O objetivo do tratamento do íleo biliar é aliviar a obstrução intestinal. Cálculos menores que 2,5cm normalmente passam através do lúmen intestinal espontaneamente, justificando apenas uma descompressão por drenagem nasogástrica. No entanto, no nosso caso, um cálculo menor de 2,5cm não foi eliminado espontaneamente e causou obstrução.

O manejo cirúrgico inclui enterotomia apenas com extração do cálculo ou combinada com colecistectomia e fechamento da fístula; apenas ressecção intestinal; ou ressecção intestinal com fechamento da fístula. Se não houver

cálculos biliares remanescentes, a fístula, provavelmente, irá fechar-se espontaneamente, desde que o ducto cístico e a árvore biliar estejam patentes.

O tratamento depende do local de impactação do cálculo. Os localizados próximo à saída do estômago, o tratamento endoscópico ou a litotripsia podem ser úteis; caso contrário, a cirurgia aberta, a laparoscopia ou enterolitotomia assistida por laparoscopia podem ser preferíveis.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Hayes N, Saha S. Recurrent gallstone ileus. Clin Med Res 2012; 10: 236-239.
2. Dai X-Z, Li G-Q, Zhang F, Wang X-H, Zhang CY. Gallstone ileus: case report and literature review. World J Gastroenterol. 2013;19(33):5586–9.
3. Gopalakrishnan G, Debasis Naik, V. Bhandari, M. Tandon: Gallstone ileus-An uncommon cause of bowel obstruction: A case report and review of literature. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) 2014;13:108-111.
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 2013 Jan 4; Epub ahead of print [PMID: 23295322]

5. Gupta M, Goyal S, Singal R, Goyal R, Goyal SL, Mittal A. Gallstone ileus and jejunal perforation along with gangrenous bowel in a young patient: A case report. N Am J Med Sci 2010; 2: 442-443