

ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Laura Edla Ronau Hadlich¹ 1 Médica Residente de Cirurgia Geral, Hospital Santa Casa de Paranavaí (HSCP), Paranavaí, Paraná.
(laurahadlich@gmail.com)

RESUMO

Abdome agudo é uma síndrome caracterizada por sinais e sintomas clínicos, sendo o abdome agudo obstrutivo um dos seus exemplos. O íleo biliar, por sua vez, é uma causa rara de obstrução intestinal, decorrente da migração de cálculos biliares através de fístulas bilioentéricas. Este artigo apresenta o caso de uma paciente feminina de 55 anos que dá entrada em uma unidade de pronto-socorro com quadro sugestivo de obstrução intestinal inicial. Realizada investigação complementar com exames laboratoriais e tomografia computadorizada de abdome, que demonstrou achados compatíveis com íleo biliar. Durante o procedimento cirúrgico foi identificado a presença de fístula colecistogástrica e cálculo ectópico em íleo terminal. Após procedimento cirúrgico, que ocorreu sem intercorrências, a paciente apresentou evolução satisfatória e recebeu alta hospitalar no 14º dia pós-operatório. O caso destaca a importância do diagnóstico precoce e da conduta individualizada, de modo a obter o melhor desfecho clínico.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho descreve um relato de caso ocorrido em 2026, em hospital de referência no interior do Paraná, sobre íleo biliar, patologia decorrente de uma complicação tardia e incomum da colelitíase crônica, caracterizada pela migração de cálculos biliares para o trato gastrointestinal através de fístulas bilioentéricas, culminando em obstrução intestinal. Aborda também aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, além de discussão dos principais conceitos relacionados a essa rara entidade cirúrgica à luz da literatura atual.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso descritivo, retrospectivo e observacional, elaborado a partir da análise de dados clínicos obtidos através de prontuário médico. A coleta de dados foi realizada após revisão sistematizada do prontuário, com preservação da confidencialidade e anonimização das informações pessoais da paciente. O relato foi desenvolvido com finalidade acadêmico-científica, fundamentada em revisão de literatura científica disponível sobre o tema.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Paciente T.C.C., 55 anos, portadora de diabetes mellitus compensada, deu entrada no pronto-socorro com relato de dor abdominal intermitente há aproximadamente duas semanas, de moderada intensidade,

localizada em mesogástrio e associada a náuseas e vômitos, com piora após alimentação, e ausência de evacuação há 3 dias, porém eliminando flatos.

Ao exame físico, apresentava abdome não distendido, flácido, indolor à palpação e sem sinais de irritação peritoneal. Presença de leucocitose discreta ($12.000/\text{mm}^3$) e alteração da função renal, com creatinina de 2,26 mg/dL e ureia de 107 mg/dL em exames laboratoriais da entrada.

Paciente traz consigo ultrassonografia de abdome total, realizada externamente, que descrevia vias biliares e vasos intra-hepáticos sem alterações, vesícula biliar não visualizada e pâncreas com volume e morfologia preservados. Equipe de cirurgia geral é acionada pelo plantonista do pronto-socorro devido suspeita de abdome agudo de etiologia a esclarecer. A equipe de cirurgia solicitou tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso.

No dia seguinte ao internamento, enquanto a equipe médica aguardava laudo de tomografia computadorizada, a paciente mantinha dor abdominal leve associada a náuseas. Paciente manteve leucocitose discreta e melhora da função renal após manejo inicial.

No segundo dia de internamento, obteve-se o resultado da tomografia computadorizada, que evidenciou imagem compatível com cálculo biliar de baixa densidade, com tênue calcificação periférica, localizado no íleo distal, medindo aproximadamente 43×28 mm, compatível com íleo biliar. Observou-se ainda formação expansiva parauterina esquerda, provavelmente de origem anexial, com impregnação pelo meio de contraste, medindo 69×62 mm. Equipe da cirurgia geral indicou abordagem cirúrgica, visto achados tomográficos.

No intraoperatório, observou-se presença de líquido livre em cavidade abdominal com aspecto ascítico, sendo coletado para análise citopatológica. Identificou-se ainda massa tumoral aderida à parede abdominal, sem íntima relação com órgãos adjacentes, sendo realizada exérese para análise anatomopatológica. Evidenciado fistula colecistogástrica e cálculo impactado em íleo terminal, prosseguido então com enterotomia e extração do cálculo, seguido de enterorrafia primária. No passo seguinte foi realizada colecistectomia, procedimento realizado com certa dificuldade técnica devido intenso processo inflamatório local, porém sem intercorrências. Optou-se pela realização de colangiografia intraoperatória por meio da canulação do ducto cístico, para estudo na anatomia de vias biliares, exame sem alterações. Posteriormente, optou-se pela gastrorrafia da região fistulizada em corpo gástrico, após debridamento de bordos. Ao término do procedimento, optou-se pela drenagem da cavidade com dreno túbulo-laminar.

A paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva no pós-operatório imediato devido ao porte cirúrgico do procedimento, apesar de ter mantido estabilidade hemodinâmica durante toda a cirurgia. Devido às múltiplas raias e processo inflamatório importante, optou-se pelo início da nutrição parenteral total, visto que o jejum seria prolongado.

A paciente recebeu alta da unidade de terapia intensiva no sexto dia pós-operatório. No dia seguinte, após redução do débito da sonda nasogástrica para menos de 500 mL em 24 horas, foi iniciada dieta líquida. Paciente evoluiu com evacuação após reinício da dieta, mostrando não haver sinais de obstrução intestinal. Realizado progressão para dieta pastosa e desmame da nutrição parenteral total, assim como retirada de dreno abdominal, que apresentou débito seroso durante toda a evolução, sendo então removido na alta hospitalar, que ocorreu no 14º dia pós-operatório. Paciente foi devidamente orientada para retorno

ambulatorial em sete dias para seguimento clínico e obtenção dos resultados anatomopatológicos. Entretanto, a paciente não retornou ao serviço, sendo considerada perda de seguimento pós-operatório.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O íleo biliar corresponde a 1-4% das causas de obstrução intestinal. Sua fisiopatologia é decorrente de episódios frequentes de processo inflamatório da vesícula biliar, o que propicia formação de fistula entre a vesícula e o sistema digestivo, sendo o duodeno o local mais comum. A obstrução intestinal é explicada pela impactação do cálculo biliar, migrado através da fistula, no intestino, sendo o íleo terminal o local mais comum. No caso relatado a paciente apresentou fistula da vesícula biliar com o estômago, o que o torna ainda mais complexo e raro.

O diagnóstico foi dificultado devido ao quadro clínico pouco específico, pelo fato da ultrassonografia não identificar a vesícula biliar e pela demora de dois dias para obtenção do laudo da tomografia. Entretanto, este exame foi fundamental para o diagnóstico, permitindo identificar cálculo ectópico em íleo terminal, sugestivo de íleo biliar. Neste caso relatado é evidenciada a tríade de Rigler, clássica da patologia de íleo biliar, que é composta por obstrução intestinal, pneumobilia e cálculo ectópico.

Apesar da literatura ser controversa quanto ao melhor momento de correção da fistula colecistoentérica, neste caso foi optado pela correção em um único tempo cirúrgico, visto estabilidade clínica da paciente.

CONCLUSÃO

Este relato de caso ressalta a importância de uma anamnese detalhada, exames complementares direcionados e conduta individualizada. O diagnóstico adequado e precoce é de suma importância para o desfecho clínico do paciente, e este caso evidencia a complexidade do manejo cirúrgico diante da presença de fistula colecistogástrica e o correto seguimento realizado pela equipe, conduzindo a paciente a um desfecho satisfatório, sem intercorrências.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

NUÑO-GUZMÁN, Carlos Manuel; MARÍN-CONTRERAS, Maria Eugenia.; FIGUEROA-SÁNCHEZ, Mauricio; CORONA, Jorge. **Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach.** *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, v. 8, n. 1, p. 65-76, 2016.

INUKAI, Koichi. **Gallstone ileus: a review.** *BMJ Open Gastroenterology*, v. 6, n. 1, 2019.

KEAVENY, Andrew; AFDHAL, Nezam.; BOWERS, Shawn. **Gallstone ileus.** In: [UpToDate](#). Waltham, MA: UpToDate Inc., 2024. Disponível em: [UpToDate](#). Acesso em: 25 maio 2026.

MACEDO, Pamela et al. **Íleo biliar: uma abordagem detalhada no contexto da medicina humana.** *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 103, n. esp., 2024.