

## ÍLEO BILIAR

Gastrointestinal , Emergência

---

### Dados do Caso

<b>Data submissão:</b>	16/07/2020
<b>Data publicação:</b>	12/11/2020
<b>Seção :</b>	Destaque
<b>Tipo de Caso :</b>	Tipo Caso 1
<b>Autor:</b>	
<b>Autor correspondente:</b>	LUAN DOS SANTOS CASTRO - SOCIEDADE BENEFICÊNCIA E CARIDADE DE LAJEADO - HOSPITAL BRUNO BORN Email: luanminuzzi@hotmail.com
<b>Dados do paciente :</b>	Feminino , 70 anos
<b>Palavras-Chave :</b>	Vesícula Biliar, Cálculos Biliares, Obstrução Intestinal
<b>URL:</b>	<a href="http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/186">http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/186</a>
<b>Link do Abstract no PUBMED:</b>	
<b>DOI :</b>	Ahead of DOI

### Resumo

A obstrução intestinal é uma condição frequente entre as emergências de abdome agudo, constando entre suas possíveis causas, as mais variadas origens. Quando esta ocorre secundariamente a um cálculo biliar no interior de alças intestinais, passa a se chamar íleo biliar. Apesar de infrequente, é uma condição que demanda atenção e adequado entendimento do médico radiologista, para sua rápida caracterização e diagnóstico. O presente caso demonstra seus achados e características por imagem.

### Histórico Clínico

Paciente feminina, 70 anos, foi levada a emergência de um hospital por história de síncope, acompanhada de queda do estado geral de instalação aguda. Familiares referiam quadro progressivo de inapetência, concomitante a vômitos, de início há 1 mês, com piora na noite anterior. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hipocorada, sudorética e gemente, apresentando pressão arterial de 106/64 mmHg e frequência cardíaca de 80 bpm. Realizada aferição da escala de Glasgow, com pontuação de 9, confirmando o rebaixamento do nível de consciência referido pelos familiares. O abdome era globoso, com hipertimpanismo à

percussão, sem sinais de peritonite. Com histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus em insulino terapia e transtorno depressivo, paciente estava em uso de polifármacos. A paciente foi submetida a exames laboratoriais que evidenciaram anemia normocrômica, leucocitose de 16.300 leucócitos com 2% de bastões, em injúria renal aguda representada pela creatinina de 3,4 mg/dL, associado a hiponatremia e hipocalcemia. Iniciado protocolo hospitalar de sepse com suspeita de foco abdominal, sendo submetida a tomografia computadorizada (TC) de abdome e TC de crânio, sem uso do meio de contraste em virtude de sua função renal. A imagem do crânio não demonstrou alterações agudas dignas de nota. Entretanto, a imagem do abdome foi capaz de demonstrar a presença de fístula colecistoentérica, com obstrução intestinal por presença de cálculo biliar, configurando o íleo biliar. Após tratamento cirúrgico, conforme relato cirúrgico, foi confirmado os achados de fístula entre o corpo da vesícula biliar e bulbo duodenal, e paciente foi encaminhada a unidade de terapia intensiva (UTI), onde permaneceu por 96 horas, evoluindo ao óbito.

## Achados Radiológicos

TC de abdome evidenciou importante distensão desde a câmara gástrica até alças de intestino delgado, com presença de nível hidroaéreo (figura 1). Na reformatação no plano coronal, observou-se a exuberante distensão gástrica e de intestino delgado (figura 2). Adicionalmente, identificou-se vesícula biliar vazia, com solução de continuidade em sua parede, em íntimo contato com o bulbo duodenal, sugerindo local de fístula colecistoduodenal (figura 3). Em cortes do abdome inferior, foi identificado a presença de cálculo biliar de grandes dimensões, em topografia de alça jejunal, a qual apresentava-se distendida, com marcada visualização de alças coniventes, achados compatíveis com íleo biliar (figura 4). Cortes do abdome inferior, pouco acima do cálculo biliar, com alça jejunal distendida com marcada visualização de alças coniventes (figura 5).

## Discussão

O íleo biliar é uma causa infrequente de obstrução mecânica causada pela impactação de um cálculo biliar que fistulizou para o interior da luz intestinal, sobretudo para intestino delgado e geralmente visualizado em pacientes idosos. É uma complicação rara da colecistopatia litiásica, descrita primeiramente por Thomas Bartholin, em 1654 [1, 2]. Dentre as possíveis causas de uma obstrução intestinal, é tida como a mais insidiosa e de difícil diagnóstico, com maior morbidade e mortalidade, secundário a episódios de colecistite litiásica, afetando em maior grau mulheres idosas, chegando a uma relação de 6:1 [1,3]. Apresenta-se de forma subjacente a uma fístula colecistoentérica, sendo mais frequente a colecistoduodenal, em virtude de sua proximidade a vesícula biliar. Entretanto, pode estar presente na vigência de fístulas colecistojejunal, colecistocolônica, colecistoduodenocolônica e até mesmo colecistogástrica. O cálculo tem como locais de impactação mais comuns, em ordem decrescente: o íleo, a válvula íleocecal, o jejuno, o estômago e o cólon [4,5]. Os sintomas apresentados pelo paciente são em sua maioria inespecíficos, podendo variar inclusive conforme a temporalidade de instalação da entidade patológica, cursando primariamente com dor abdominal, náuseas, vômitos e distensão abdominal, e em menor frequência com sinais de peritonite e sangramento gastrointestinal [5]. Ainda que um exame físico realizado com excelência possa sugerir sinais de obstrução intestinal e outras complicações relacionadas ao íleo biliar, seu diagnóstico é primordialmente baseado em imagens, sendo de suma importância o papel do radiologista neste quesito. Dentre os métodos de imagem disponíveis, a radiografia (RX) de abdome apresenta-se como a de maior disponibilidade em nosso meio, sendo capaz de demonstrar sinais de obstrução intestinal, e em 30-35% dos casos, a clássica tríade de Rigler, descrita em 1941, formado por

pneumobilia, cálculo biliar radiopaco ectópico e sinais de obstrução de intestino delgado [3,5,6]. A TC tem maior acurácia na investigação diagnóstica, sendo possível aferir além dos achados previamente citados, o tamanho e números de cálculos ectópicos (geralmente maiores que 2-2,5 cm), o nível da obstrução intestinal, alterações intestinais como espessamento ou irregularidade parietal, visualização da ruptura de parede da vesícula biliar, sobretudo quando realizada com o uso do meio de contraste endovenoso [7,8]. O presente relato tem inúmeras semelhanças as informações contidas na literatura, atuando como meio de aprendizado na abordagem diagnóstica.

## Lista de Diferenciais

- Obstrução intestinal
- Pneumobilia
- Colecistite litiásica

## Diagnóstico

- Íleo Biliar

## Aprendizado

Apesar de incomum, o íleo biliar é uma das possíveis causas de obstrução intestinal, exigindo a realização de uma busca ativa desta entidade para seu correto diagnóstico. O caso relatado trouxe ainda a importância de se buscar o local de fistulização para ocorrência do íleo biliar, bem como dados adicionais que possam guiar a conduta terapêutica do médico assistente, na busca do melhor desfecho ao paciente.

## Referências

1. Aldo, C.; Lorenzo, M.; Olgerta, L.; Alberto, C. et al. Rolling in the Deep: Imaging Findings and Diagnostic Pearls in Gallstone Ileus. *Surg Res Pract*, 2020, p. 1421753, 2020.
2. Raiford, T. S. Intestinal obstruction due to gallstones. (Gallstone ileus). *Ann Surg*, 153, p. 830-838, 1961.
3. Hudspeth, A. S.; Mcguirt, W. F. Gallstone ileus. A continuing surgical problem. *Arch Surg*, 100, n. 6, p. 668-672, 1970.
4. Beuran, M.; Ivanov, I.; Venter, M. D. Gallstone ileus-clinical and therapeutic aspects. *J Med Life*, 3, n. 4, p. 365-371, 2010.
5. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol*. 2018 Apr;25(2):189-196.
6. Kirchmayr W, Mühlmann G, Zitt M, Bodner J, Weiss H, Klaus A. Gallstone ileus: rare and still controversial. *ANZ J Surg*. 2005 Apr;75(4):234-8.
7. 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 Apr 14;11(14):2142-7.

- 8. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, Pinto A, Gatta G, Mazzeo R. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. Eur J Radiol. 2004 Apr;50(1):23-9.

## Imagens

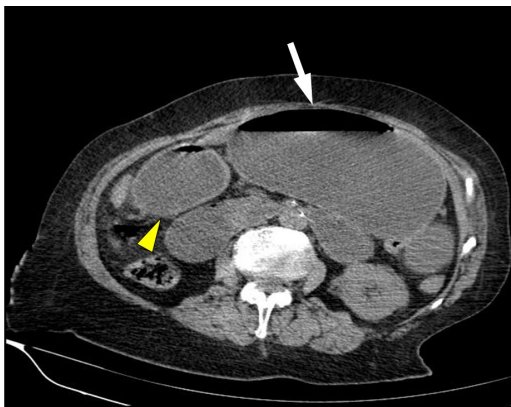


Figura 1: TC de abdome não contrastada, no plano axial, demonstrando exuberante distensão gástrica (seta branca) e de alças duodenais (cabeça de seta amarela), com presença de nível hidroaéreo.



Figura 2: TC de abdome não contrastada, reformatada no plano coronal, observando-se distensão gástrica e de alças duodenais.



Figura 3: TC de abdome não contrastada, no plano axial, identificando-se vesícula biliar vazia (cabeça de seta amarela) adjacente a alça duodenal (seta branca), sendo possível identificar defeito de parede e pertuito entre as duas estruturas, relacionado ao local de fístula colecistoduodenal (seta vazada).



Figura 4: TC de abdome não contrastada, no plano axial, em cortes mais inferiores, observou-se cálculo biliar no interior de alça jejunal, medindo cerca de 5,0 cm.

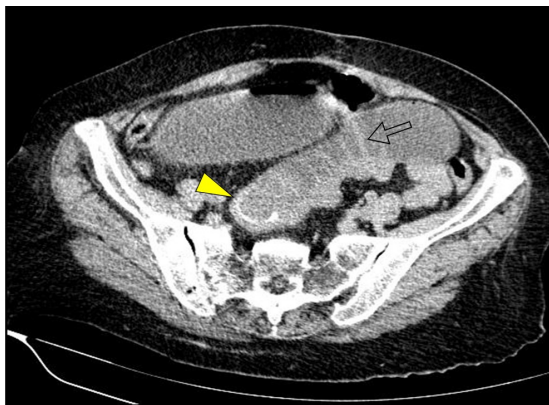


Figura 5: TC de abdome não contrastada, no plano axial, em cortes de abdome inferior, visualizando-se parcialmente o cálculo proveniente da vesícula biliar no interior da alça jejunal (cabeça de seta amarela) e a distensão jejunal com marcada visualização de válvulas coniventes (seta vazada).

## Vídeos

Nenhum resultado encontrado