

BILOMA COMO COMPLICAÇÃO RARA DE COLITE ISQUÊMICA: RELATO DE CASO

Gastrointestinal

DADOS DO CASO

Autores: Daniella Rezende Ferreira - daniellarferreira@gmail.com - Hospital de Base, Radiologia - São José do Rio Preto – (SP)

Alberto Maia Patrício de Figueiredo Júnior - Hospital de Base, Radiologia - São José do Rio Preto – (SP)

Bruna Bento Madalozzo - Hospital de Base, Radiologia - São José do Rio Preto – (SP)

Divanei Aparecida Bottaro Criado - Hospital de Base, Radiologia - São José do Rio Preto – (SP)

Autor Correspondente: Daniella Rezende Ferreira - daniellarferreira@gmail.com - Hospital de Base, Radiologia - São José do Rio Preto – (SP)

Palavras chaves: Bile, Colite Isquêmica e Diagnóstico por Imagem.

URL: <https://brad.org.br/article/4490/pt-BR/biloma-como-complicacao-rara-de-colite-isquemica--relato-de-caso>

DOI: 10.5935/2965-1980.2026v5e20260106

RESUMO

O biloma é uma coleção rara de bile fora das vias biliares, geralmente associada a trauma, procedimentos iatrogênicos ou coledocolitíase. Hipoperfusão sistêmica pode causar necrose ductal e extravasamento de bile. O diagnóstico precoce por ultrassom e tomografia permite manejo oportuno, destacando bilomas como complicação rara de processos isquêmicos.

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente feminina, 76 anos, com dor abdominal em cólica e diarreia líquida há três semanas, evoluindo com suboclusão intestinal, distensão abdominal e vômitos. Tomografia computadorizada evidenciou colite isquêmica. Após drenagem de conteúdo esverdeado por sonda nasogástrica, apresentou piora infecciosa, com ultrassom evidenciando microperfuração vesicular com formação de biloma.

ACHADOS RADIOLÓGICOS:

Tomografia computadorizada de abdome mostrando espessamento e realce parietal ao meio de contraste envolvendo a primeira e segunda porção duodenal, o íleo distal, ceco e cólon ascendente (Figura 1), associados à densificação dos planos adiposos adjacentes e à proeminência de linfonodos locorregionais. Ainda, observa-se área focal de hiporrealce parietal do cólon ascendente, podendo representar área isquêmica (Figura 2). Presença de coleção hipodensa de localização adjacente à vesícula biliar (Figura 3).

Ultrassom de abdome total evidenciando espessamento e

delaminação parietal na região fúndica da vesícula biliar, com imagens líquidas anecóicas, adjacentes às paredes e promovendo compressão extrínseca sobre a mesma na região fúndica e próximo a região do infundíbulo, sugerindo a possibilidade de microperfuração com extravasamento de bile e formação de biloma (Figuras 4 e 5).

DISCUSSÃO

O biloma é uma coleção de bile, encapsulada ou não, localizada fora das vias biliares, com predomínio intra- ou extra-hepático, podendo comunicar-se com a cavidade abdominal. Trata-se de condição rara, com incidência estimada entre 0,3% e 2,0% da população. As causas mais frequentes incluem coledocolitíase, trauma abdominal e etiologias iatrogênicas, especialmente após colecistectomia laparoscópica ou procedimentos hepatobiliares intervencionistas, sendo o vazamento espontâneo uma ocorrência incomum [1-3]. Os bilomas apresentam, em geral, bile verde-amarelada, mas podem conter sangue, exsudato ou sinais de infecção. O tamanho e a localização dependem do volume do extravasamento, do local da lesão, da etiologia e da capacidade de absorção do peritônio [4]. Além de causas traumáticas ou iatrogênicas, a isquemia vascular também pode induzir lesões ductais e bilomas. A árvore biliar depende exclusivamente de suprimento arterial, e comprometimentos do fluxo, por trombose, vasculopatia ou hipoperfusão sistêmica, podem provocar necrose do epitélio ductal, ruptura da barreira biliar e extravasamento de bile. Esse mecanismo é descrito como colangiopatia isquêmica, na qual a lesão do plexo peribiliar pode

evoluir para formação de bilomas [5]. Embora a colite isquêmica afete primariamente a parede do cólon, estados de hipoperfusão sistêmica ou disfunção microvascular extensa podem teoricamente comprometer a perfusão biliar, favorecendo a lesão ductal e coleções biliares, como sugerido em modelos clínicos de lesão biliar isquêmica [6]. Clinicamente, os bilomas podem ser assintomáticos ou manifestar dor abdominal, distensão, mal-estar, anorexia, náuseas, calafrios e febre, podendo o diagnóstico ser retardado nos casos silenciosos. A detecção baseia-se na correlação entre história clínica, achados de imagem e, se necessário, análise do líquido aspirado. Ultrassonografia e tomografia são úteis para detecção inicial, enquanto colangiopancreatografia por ressonância magnética permite identificar pontos de extravasamento. A confirmação diagnóstica pode ser obtida por aspiração percutânea [5,7]. Coleções pequenas frequentemente se resolvem espontaneamente e podem ser manejadas conservadoramente, enquanto bilomas maiores ou sintomáticos geralmente necessitam de drenagem percutânea [4]. No presente caso, a associação temporal entre colite isquêmica e aparecimento do biloma, na ausência de trauma ou procedimento biliar, sugere que mecanismos de hipoperfusão e injúria vascular podem ter comprometido a árvore biliar, resultando em extravasamento de bile. Esse relato reforça a possibilidade, embora rara, de bilomas decorrentes de injúria isquêmica ductal, ampliando a compreensão do espectro clínico da colangiopatia isquêmica.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

- Abscesso pericólico
- Hematoma secundário a perfuração
- Coleção inflamatória
- Linfocisto
- Pseudocisto
- Cisto hepático
- Seroma

O QUE APRENDI COM ESTE CASO

Este caso ilustra a importância de considerar o biloma como uma complicação rara, mas possível, de processos isquêmicos viscerais, como a colite isquêmica, mesmo na ausência de trauma ou intervenções biliárias prévias, destacando que a hipoperfusão sistêmica e a injúria microvascular podem comprometer a árvore biliar, resultando em necrose ductal, extravasamento de bile e formação de bilomas, o que expande o conceito tradicional de colangiopatia isquêmica. Além disso, o caso reforça a relevância dos achados de imagem para o diagnóstico precoce, pois a combinação de tomografia e ultrassonografia foi essencial para identificar áreas de espessamento, delaminação e coleções líquidas anecóicas, sugerindo microperfuração e biloma, mesmo diante de manifestações clínicas inespecíficas, como dor abdominal, distensão e sinais de infecção.

REFERÊNCIAS

1. Gössling PAM, Alves GRT, Silva RVA, Corrêa JRM, Marques HF, Haygert CJP. Bilioma espontâneo: relato de caso e revisão da literatura. Radiol Bras. 2012;45(1):59-60. doi:10.1590/S0100-39842012000100013.
2. Yousaf MN, D'Souza RG, Chaudhary F, Ehsan H, Sittambalam C. Biloma: a rare manifestation of spontaneous bile leak. Cureus. 2020;12(5):e8116. doi:10.7759/cureus.8116.
3. Würstle S, Göß A, Spinner CD, Huber W, Algül H, Schlag C, et al. A retrospective clinical and microbial analysis of 32 patients with bilomas. BMC Gastroenterol. 2019;19(1):50. doi:10.1186/s12876-019-0968-2.
4. Copelan A, Bahoura L, Tardy F, Kirsch M, Sokhandon F, Kapoor B. Etiology, diagnosis, and management of bilomas: a current update. Tech Vasc Interv Radiol. 2015;18(4):236-243. doi:10.1053/j.tvir.2015.07.007.
5. Deltenre P, Valla DC. Ischemic cholangiopathy. Semin Liver Dis. 2008;28(3):235-246.
6. Alabdulghani F, Healy GM, Cantwell CP. Radiological findings in ischaemic cholangiopathy. Clin Radiol. 2019;74(12):973.e1-973.e7. doi:10.1016/j.crad.2019.06.010.
7. Tana C, D'Alessandro P, Tartaro A, Tana M, Mezzetti A, Schiavone C. Sonographic assessment of a suspected biloma: a case report and review of the literature. World J Radiol. 2013;5(5):220-225. doi:10.4329/wjr.v5.i5.220.

IMAGENS



Figura 1: Tomografia computadorizada de abdome total e pelve, plano axial, fase portal, com setas amarelas mostrando espessamento e realce parietal ao meio de contraste envolvendo o cólon ascendente.

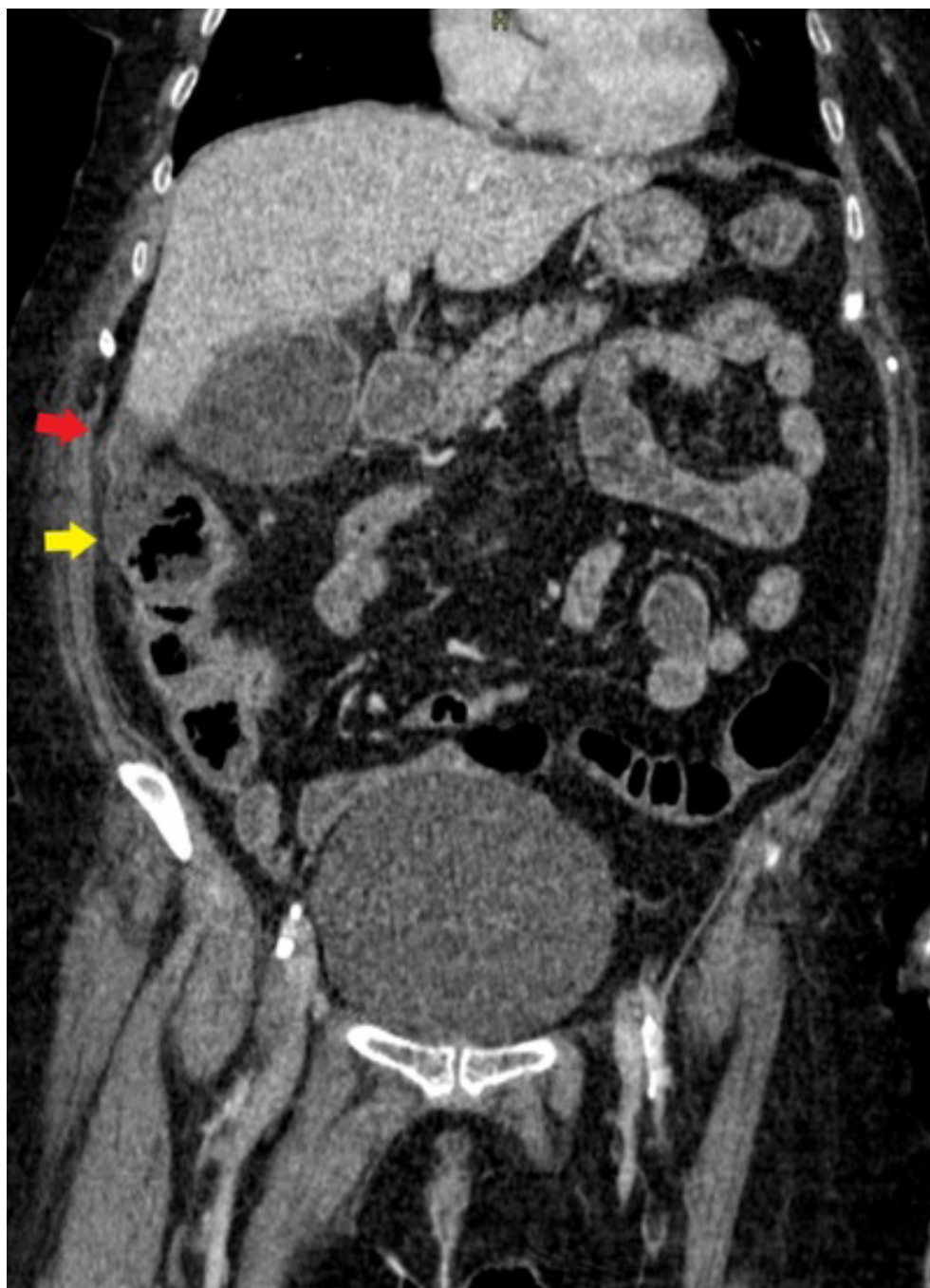


Figura 2: Tomografia computadorizada de abdome e pelve, corte coronal, fase portal, seta amarela evidenciando área focal de hiporrealce parietal do cólon ascendente representando área isquêmica. A seta vermelha indica a coleção hipodensa adjacente à vesícula biliar.



Figura 3: Tomografia computadorizada de abdome total, plano axial, fase portal, com setas amarelas mostrando coleção hipodensa de localização adjacente à vesícula biliar.



Figura 4: Ultrassom de abdome total realizado com transdutor convexo, evidenciando espessamento e delaminação parietal na região fúndica da vesícula biliar, com imagens líquidas anecóicas, adjacentes às paredes, promovendo compressão extrínseca sobre a mesma na região fúndica e próximo a região do infundíbulo.

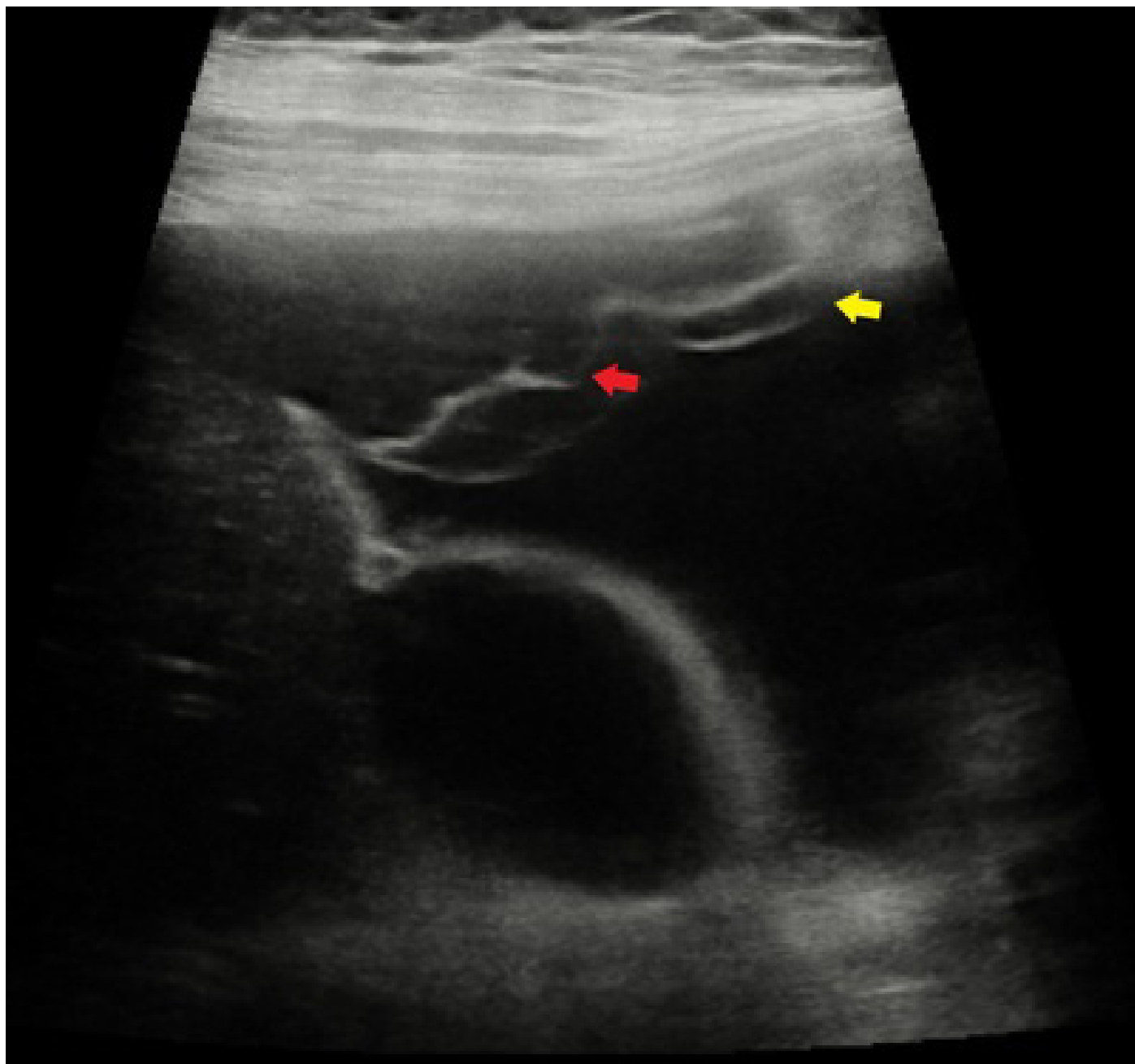


Figura 5: Ultrassom de abdome total realizado com transdutor linear de alta frequência, seta amarela mostra a delaminação da parede da vesícula biliar na região fúndica. Já a seta vermelha denota microperfuração parietal da vesícula biliar com formação do biloma adjacente.