

## Íleo biliar em puérpera: um relato de caso

### Gallstone ileus in the puerperium: case report

## Íleo biliar em puérpera: reporte de un caso

DOI:10.34119/bjhrv7n3-041

Submitted: April 01st, 2024

Approved: April 22nd, 2024

#### **Guilherme Amantéa Costa Carvalho**

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: guilhermeamantea04@gmail.com

#### **Julia Dosualdo Gandolfi**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: jdgandolfi@gmail.com

#### **Liara Ruiz Lima**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: liararuizl@gmail.com

#### **Matheus Almeida Beckers**

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: matheusbeckersalmeida@gmail.com

#### **Ana Izabel**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: anaizabelmed@gmail.com

#### **Vinicius Lemes Fiorin**

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: viinilemes@gmail.com

**Fernanda Magni Cadamuro**

Residente em Cirurgia Geral

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: São Paulo, São Paulo, Brasil

E-mail: fernanda\_cadamuro@yahoo.com

**Pedro Gabriel Pedroso Montes**

Residente em Cirurgia Geral

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: pg.montes@yahoo.com.br

**Murilo de Carvalho Adami**

Residente em Cirurgia Geral

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: adamimurillo@gmail.com

**Gabriel de Carvalho Adami**

Residente em Cirurgia Geral

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA)

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: adamigc@hotmail.com

**Mario Eliever Ocampo Alves**

Graduado em Medicina pela Universidad Nacional de La Amazonia Peruana

Instituição: Hospital Padre Albino

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: eliver\_br@hotmail.com

**João Gabriel Romero Braga**

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Itajubá

Instituição: Hospital Padre Albino

Endereço: Catanduva, São Paulo, Brasil

E-mail: braga383@hotmail.com

**RESUMO**

O íleo biliar é uma complicação incomum da colelitíase, caracterizada pela obstrução da luz entérica devido à presença de cálculos biliares, decorrente de uma comunicação anormal entre a via biliar e o tubo digestivo, no qual permite a migração de um cálculo biliar para a luz entérica. A doença, observado em menos de 0,5% dos pacientes com cálculos biliares, é mais prevalente em indivíduos acima de 70 anos, com maior incidência no sexo feminino. Cursa clinicamente com um quadro de obstrução intestinal, manifestando-se com dor abdominal, vômitos e distensão abdominal. A gravidez é um fator de risco significativo para a formação de cálculos de colesterol devido às alterações hormonais e fisiológicas. O diagnóstico é feito pela história clínica, exame físico e exames de imagem. Quanto ao tratamento, deve ser iminentemente cirúrgico e a ação reside na desobstrução intestinal, na correção da fístula e colecistectomia precoce devido aos elevados índices de morbidade e mortalidade. O presente artigo apresenta o caso de uma paciente do sexo feminino, com 35 anos de idade, submetida a cesariana havia 30 dias, com íleo biliar.

**Palavras-chave:** colelitíase, íleo biliar, obstrução intestinal, gravidez.

## ABSTRACT

Biliary ileum is an unusual complication of cholelithiasis, characterized by obstruction of enteric light due to the presence of gallstones, resulting from an abnormal communication between the bile duct and the digestive tube, in which migration from a gallstone to enteral light is permitted. The disease, observed in less than 0.5% of patients with gallstones, is more prevalent in individuals over 70 years of age, with a higher incidence in the female sex. Courses clinically with a condition of intestinal obstruction, manifesting with abdominal pain, vomiting, and abdominal distension. Pregnancy is a significant risk factor for cholesterol stone formation due to hormonal and physiological changes. Diagnosis is by medical history, physical examination, and imaging tests. As for the treatment, it should be imminently surgical and the action lies in intestinal unobstruction, correction of the fistula and early cholecystectomy due to the high levels of morbidity and mortality. This article presents the case of a female patient, aged 35 years, who had undergone a cesarean section for 30 days, with biliary ileus.

**Keywords:** cholelithiasis, biliary ileus, intestinal obstruction, pregnancy.

## RESUMEN

El íleon biliar es una complicación inusual de la colelitiasis, caracterizada por la obstrucción de la luz entérica debido a la presencia de cálculos biliares, como resultado de una comunicación anormal entre el conducto biliar y el tubo digestivo, en la que se permite la migración de un cálculo biliar a la luz enteral. La enfermedad, observada en menos del 0,5% de los pacientes con litiasis vesicular, es más prevalente en individuos mayores de 70 años, con mayor incidencia en el sexo femenino. Cursos clínicos con un cuadro de obstrucción intestinal, que se manifiesta con dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal. El embarazo es un factor de riesgo significativo para la formación de cálculos de colesterol debido a cambios hormonales y fisiológicos. El diagnóstico se basa en la anamnesis, el examen físico y las pruebas de diagnóstico por la imagen. En cuanto al tratamiento, debe ser quirúrgico de manera inminente y la acción radica en la desobstrucción intestinal, corrección de la fístula y colecistectomía temprana debido a los altos niveles de morbimortalidad. En este artículo se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, sometida a cesárea por 30 días, con íleo biliar.

**Palabras clave:** colelitiasis, íleo biliar, obstrucción intestinal, embarazo.

## 1 INTRODUÇÃO

O íleo biliar representa uma complicação incomum da colelitíase, caracterizada pela obstrução da luz entérica devido à presença de cálculos biliares, resultantes de uma comunicação anômala entre o tubo digestivo e a vesícula biliar. Essas fístulas bilioentéricas, que ocorrem em 60% dos casos como colecistoduodenais, desencadeiam obstrução mecânica abdominal em 1-4% dos casos de forma geral. A dimensão dos cálculos é determinante na obstrução, sendo que cerca de 90% dos casos envolvem pedras com mais de 2 cm, com

aproximadamente 70% afetando o íleo, o segmento mais estreito do intestino. Essa patologia, observada em menos de 0,5% dos pacientes com cálculos biliares, é mais prevalente em indivíduos acima de 70 anos, afetando o sexo feminino mais frequentemente (1,2).

Destaca-se que a gravidez é um fator de risco significativo para a formação de cálculos de colesterol, devido às alterações hormonais e fisiológicas que ocorrem durante esse período. A apresentação clínica típica do íleo biliar é semelhante a um episódio de obstrução intestinal, manifestando-se com dor abdominal, vômitos e distensão abdominal. A hematêmese, decorrente de hemorragia no local da fístula bilioentérica, pode ocorrer como complicação ocasional. O exame físico revela distensão abdominal, ruídos intestinais aumentados, e eventualmente, febre e sinais de desidratação (1,2,3).

O diagnóstico de obstrução é estabelecido por meio da história clínica, exame físico e exames de imagem, como tomografia computadorizada, ultrassonografia e radiografia. A intervenção terapêutica pode variar, desde casos de resolução espontânea até a necessidade de abordagem cirúrgica (4,5,6).

O tratamento cirúrgico geralmente envolve a desobstrução intestinal, reparo da fístula e colecistectomia. A realização desses procedimentos em um único ato cirúrgico é discutível e deve ser avaliada individualmente. Em linhas gerais, todos os pacientes com íleo biliar devem ser submetidos à enterolitotomia para aliviar a obstrução intestinal. Em casos de baixo risco, a colecistectomia pode ser realizada no mesmo procedimento cirúrgico. (7,8)

No entanto, pacientes de alto risco, como aqueles com condições médicas graves, podem ter o procedimento biliar adiado, inicialmente realizando apenas a enterolitotomia e posteriormente avaliando a resolução ou recorrência dos sintomas. Em síntese, o íleo biliar é uma condição rara, desafiadora no diagnóstico e requer abordagens cuidadosas. A escolha terapêutica varia nas diferentes literaturas, destacando a importância do estudo de casos para aprimorar o entendimento e a aplicação de condutas mais adequadas (2,5,6).

## 2 DESCRIÇÃO DO CASO

A paciente do sexo feminino, com 35 anos de idade, G3PC2A0, submetida a cesariana havia 30 dias, apresentou-se com sintomas que incluíam dor abdominal em cólica pós-prandial, vômito amarelado de odor fétido e ausência de eliminação de flatus e fezes ao longo de um período de 5 dias. O exame físico revelou um abdome globoso, timpânico e doloroso à palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal, sem evidência de visceromegalias. Diante da abordagem sistemática da anamnese e exame físico, procedeu-se à realização de uma

tomografia de abdômen e pelve, identificando uma imagem ectópica radiopaca de 3 cm de diâmetro localizada no íleo distal.

Figura 1: Cortes tomográficos coronal e axial demonstrando a presença de distensão de alças de intestino delgado e imagem ectópica radiopaca em íleo distal.



Fonte: Próprios autores

Diante do conjunto de dados clínicos, resultados do exame físico e os achados na tomografia que corroboraram a presença de íleo biliar, foi determinada a necessidade de intervenção cirúrgica. A paciente foi então submetida a uma laparotomia exploradora, durante a qual se identificou um cálculo biliar de 4 cm impactado no íleo distal, localizado a 50 cm da válvula ileocecal.

Adicionalmente, foi observada uma fístula colecistoentérica com aproximadamente 2 cm de extensão, localizada entre o fundo da vesícula e a segunda porção do duodeno. A conduta cirúrgica consistiu na realização de uma enterolitotomia, seguida da rafia primária da fístula, culminando na colecistectomia.

Procedeu-se à passagem de uma sonda nasogástrica, a qual foi mantida posicionada após o ângulo de Treitz, e à colocação de um dreno siliconado no leito biliar. Importante destacar que a paciente manteve-se estável ao longo de todo o procedimento, e evoluiu bem no pós-operatório em leito de enfermagem, sem complicações. O dreno foi retirado no 7º dia de pós-operatório com débito mínimo e seroso.

Figura 2- Achado cirúrgicos: A- Enterotomia e retirada do cálculo. B- Fístula colecistoentérica. C- Cálculo de aproximadamente 4cm.



Fonte figura 2: Próprios autores

### 3 DISCUSSÃO

O íleo biliar é caracterizado por uma obstrução mecânica do tubo digestivo causada por um cálculo biliar proveniente de uma fístula biliar. Sua etiopatogenia é explicada pela presença de colecistopatia calculosa crônica, que resulta na inflamação dos tecidos adjacentes e, conseqüentemente, na formação de uma fístula entre a vesícula biliar e o tubo digestivo (1).

No entanto, a literatura evidencia que aproximadamente um terço dos pacientes pode não apresentar histórico prévio de patologia das vias biliares, como observado no presente relato (9). O íleo terminal emerge como o local mais frequentemente obstruído, com os cálculos variando em tamanho de 1,9 a 3,5 cm de diâmetro (9).

A apresentação clínica, muitas vezes insidiosa, não manifesta sintomas típicos de doença biliar, o que dificulta o diagnóstico clínico (6). Geralmente, a suspeita recai sobre idosos com quadros obstrutivos, sendo mais prevalente entre indivíduos de 70 a 80 anos; no entanto, o caso em análise destaca-se pela paciente ser uma puérpera de 36 anos, acrescentando complexidade ao diagnóstico (9).

Os sintomas são inespecíficos, caracterizados principalmente por sinais de obstrução, como náuseas, vômitos, distensão abdominal e, em alguns casos, diarreia (4,5,6,9). Os episódios obstrutivos podem apresentar caráter intermitente, sugerindo a migração do cálculo, um fenômeno conhecido como rolagem ou "tumbling". Em geral, os pacientes buscam auxílio médico após três a cinco dias do início dos sintomas. Entretanto, com a paciente em questão, apesar dos sintomas típicos de abdome agudo obstrutivo, a procura da unidade de atendimento médico só ocorreu após 11 dias do início dos sintomas, diferentemente do que é apresentado na literatura (4,5,6,9).

Os exames radiológicos identificam a tríade de Riegler (obstrução do intestino delgado, cálculos biliares ectópicos e presença aerobilia), esses achados são valiosos para o diagnóstico, principalmente quando dois desses elementos estão presentes (40-50% dos casos) (9). A ultrassonografia e a tomografia computadorizada também contribuem para evidenciar a presença de cálculos na vesícula biliar, distensão de alças, aerobilia e dilatação ou cálculos na via biliar principal. Embora o ultrassom não seja geralmente utilizado como método isolado para o diagnóstico de íleo biliar, a tomografia computadorizada destaca-se por sua maior eficácia em identificar a obstrução intestinal mecânica e outros detalhes relevantes (10,11,12,13,14,15).

Quanto ao tratamento, o foco primário reside na desobstrução intestinal. Dada a idade avançada e as comorbidades frequentes em pacientes com íleo biliar, a abordagem cirúrgica gera debate quanto à escolha entre enterolitotomia isolada ou sua associação com a abordagem da fístula e colecistectomia. A decisão deve levar em consideração o aumento do tempo cirúrgico e da morbimortalidade, sem evidências substanciais de benefícios a longo prazo (7,8).

O tratamento em dois estágios, visando resolver a obstrução intestinal na primeira cirurgia e corrigir a fístula colecistoentérica numa abordagem eletiva, é uma estratégia adequada. Conforme a revisão abrangente conduzida por Reisner e Cohen (7), envolvendo mais de 1000 casos, a cirurgia em um único tempo demonstrou uma maior taxa de mortalidade (17%) em comparação com pacientes sem manipulação da vesícula ou da fístula (11,7%).

Portanto, a adição de colecistectomia e abordagem da fístula é justificada apenas em casos criteriosamente selecionados, considerando a tolerância ao tempo cirúrgico prolongado (7). No caso estudado, a paciente, por ser uma adulta jovem com baixo risco cirúrgico, foi submetida a uma cirurgia em uma única etapa. Optou-se pela realização de enterotomia com extração do cálculo e rafia primária, seguida de colecistectomia com correção de fístula colecistoentérica. A paciente manteve-se estável hemodinamicamente durante todo o procedimento, apresentando uma evolução favorável.

#### **4 CONCLUSÃO**

O íleo biliar, uma condição clinicamente variável e classificada como uma urgência médica, é uma afecção rara. O entendimento prévio do quadro clínico é essencial, destacando-se a importância de sua consideração, especialmente em pacientes idosos do sexo feminino que apresentem suspeita de abdômen agudo obstrutivo.

O tratamento visa primariamente resolver a obstrução intestinal por meio da enterolitotomia. Contudo, divergências na literatura persistem quanto à realização isolada da enterolitotomia versus a abordagem simultânea da via biliar com colecistectomia e reparo da fístula. Nesse contexto, vários fatores devem ser ponderados, incluindo a experiência prévia do cirurgião, a infraestrutura do local de atendimento e, crucialmente, o estado geral do paciente.

**REFERÊNCIAS**

- 1 Santos Leandro Ricardo de Aquino, et al. Íleo biliar: relato de caso. Revista Médica de Minas Gerais [Internet]. 2015 Jul 09 [cited 2023 Apr 19];26 e1809 Available from: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2090#revistamedicademinas>  
<https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2090>
- 2 Keaveny Andrew P. Gallstone ileus [Internet]. UptoDate; 2022 Aug 26 [cited 2023 Apr 19]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/gallstone-ileus?search=ileo%20biliar&source=search\\_result&selectedTitle=1~15&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H11](https://www.uptodate.com/contents/gallstone-ileus?search=ileo%20biliar&source=search_result&selectedTitle=1~15&usage_type=default&display_rank=1#H11)
- 3 Chaves Eclésio José Vascurado, et al. COLECISTITE NO CICLO GRÁVIDO – PUERPERAL: UMA SÉRIE DE CASOS [Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção de grau do curso de Medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde on the Internet]. Faculdade Pernambucana de Saúde; 2019 [cited 2023 May 21]. Available from: <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/484/1/TCC%20Ecle%CC%81sio%20Jose%CC%81%20Vascurado%20Chaves%20-%20Versa%CC%83o%20Final.pdf>
- 4 van Hillo M, van der Vliet JA, Wiggers T, Obertop H, Terpstra OT, Greep JM. Gallstone obstruction of the intestine: an analysis of ten patients and a review of the literature. *Surgery*. 1987 Mar;101(3):273-6. PMID: 3547736.
- 5 Brogna B, Ventola M, Blasio R, Colucci LJ, Gagliardi G, Bignardi E, Laporta A, Iovine L, Volpe M, Musto LA. Spontaneous resolution of gallstone ileus followed by imaging: A case report and a literature review. *Radiol Case Rep*. 2023 Jan 11;18(3):1175-1180. Doi: 10.1016/j.radcr.2022.12.023. PMID: 36660573; PMCID: PMC9842964.
- 6 Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg*. 2007;31(6):1292-7.
- 7 Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg*. 1994 Jun;60(6):4416. PMID: 8198337.
- 8 Deitz DM, Standage BA, Pinson CW, McConnell DB, Krippaehne WW. Improving the outcome in gallstone ileus. *Am J Surg*. 1986;151(5):572-6.
- 9 Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdome agudo por obstrução por íleo biliar. *Ver Col Bras Cir*. 2013; 40:275-80
- 10 Ayantunde, A A, and A Agrawal. “Gallstone ileus: diagnosis and management.” *World journal of surgery* vol. 31,6 (2007): 1292-7. doi:10.1007/s00268-007-9011-9
- 11 Lasson A, Lorén I, Nilsson A, Nirhov N, Nilsson P. Ultrasonography in gallstone ileus: a diagnostic challenge. *Eur J Surg*. 1995;161(4):259-63.
- 12 Murphy KP, Kearney DE, Mc Laughlin PD, Maher MM. Complete radiological findings in gallstone ileus. *J Neurogastroenterol Motil*. 2012;18(4):448-9.

13 Weiss RG, Oliveira LF, Susin VA, Oliveira M, Weiss T. Íleo biliar: relato de seis casos e revisão de literatura. *Rev AMRIGS*. 2001;45:88-90.

14 Godoy AQ, Tacla Junior O, Godoy ARS. Íleo biliar: enterolitotomia videoassistida. *Rev Col Bras Cir*. 2000; 27:425-6.

15 Halabi WJ, Kang CY, Ketana, NK, Lafaro, KJ, Nguyen VK, Stamos MJ, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg*. 2013; Jan 4. [Epub ahead of print]