

Íleo biliar como causa de abdome agudo obstrutivo - Relato de Caso

Biliary ileus as a cause of acute obstructive abdomen - Case Report

 Vanessa Condori Leandro ¹

 Carlos Augusto Marques Batista ¹

¹Centro Universitário de Valença – Valença/RJ

Autor correspondente:

Carlos Augusto Marques Batista
E-mail: carlos.batista@faa.edu.br

Como citar este artigo:

LEANDRO, V.C.; BATISTA, C.A.M.;
Íleo biliar como causa de abdome agudo
obstrutivo - Relato de Caso. Revista Saber
Digital, v. 19, n.2, e20261902,
maio/agosto, 2026.

Data de Submissão: 09/11/2025

Data de aprovação: 04/05/2026

Data de publicação: 12/05/2026



Esta obra está licenciada com uma licença
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

RESUMO: Introdução: O íleo biliar é uma causa rara de abdome agudo obstrutivo, representando aproximadamente 1-4% desses casos. Acontece como complicação da colecistite aguda. **Relato do caso:** Mulher, 56 anos, internada no Serviço de Cirurgia do HEV, relatando dor em hipocôndrio direito há 2 semanas, com piora nos três últimos dias, associado a vômitos, náuseas e inapetência. **Discussão:** A cirurgia foi inicialmente para tratamento do quadro obstrutivo, sendo deixado para um segundo tempo o tratamento definitivo devido ao intenso processo inflamatório sobre as vias biliares. **Conclusão:** A cirurgia foi realizada conforme descrito em literatura e a paciente evoluiu bem.

Palavras-chave: Abdome agudo obstrutivo; Íleo biliar; Colecistite aguda.

ABSTRACT: Introduction: Gallstone ileus is a rare cause of acute obstructive abdomen, representing approximately 1-4% of these cases. It occurs as a complication of acute cholecystitis. **Case report:** A 56-year-old woman was admitted to the Surgery Department of HEV, reporting pain in the right hypochondrium for 2 weeks, worsening in the last three days, associated with vomiting, nausea, and loss of appetite. **Discussion:** The surgery was initially performed to treat the obstructive condition, with the definitive treatment being postponed to a second stage due to the intense inflammatory process in the biliary tract. **Conclusion:** The surgery was performed as described in the literature, and the patient recovered well.

Keywords: Acute obstructive abdomen; Gallstone ileus; Acute cholecystitis.

INTRODUÇÃO

O íleo biliar (IB) é uma causa rara de abdome agudo obstrutivo, representando aproximadamente 1-4% dos casos de obstrução intestinal. Acontece como uma complicação da colecistite aguda, sendo definido como a passagem de um cálculo biliar grande através de uma fístula colecistoentérica, com posterior impactação no trato digestivo, sendo o local mais frequente o íleo terminal (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Pena *et al.*, 2020; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

Pode se apresentar de maneira inespecífica ou com sinais e sintomas de obstrução intestinal, tais como náuseas, vômitos, distensão e dor abdominal (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Pena *et al.*, 2020; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

O seu diagnóstico inicialmente é de um abdome agudo obstrutivo mecânico. Exames de imagem, como a rotina radiológica para abdome agudo (RRAA), ultrassonografia abdominal (USG) e tomografia computadorizada do abdome (TC) podem colaborar no diagnóstico etiológico, porém em muitos casos seu diagnóstico é feito no ato operatório (Alencastro *et al.*, 2013; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

O tratamento do IB é sempre cirúrgico e pode ser feito em uma etapa ou em duas etapas (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

A mortalidade associada ao IB é de aproximadamente 12%-27% (Moreira *et al.*, 2019).

RELATO DE CASO

O trabalho foi realizado no Hospital Escola de Valença/RJ (HEV) e aprovado na CEP – HEV, sendo o número CAAE: 90311224.0.0000.5246 e número do parecer: 7.924.658.

Paciente do sexo feminino, 56 anos de idade, foi internada durante a noite no Serviço de Cirurgia do HEV, vinda de outro município, relatando dor em hipocôndrio direito há cerca de 2 semanas, com piora nos três últimos dias, associado a episódios repetidos de vômitos, náuseas e inapetência. A mesma refere que em um dos episódios de vômitos notou a presença de um conteúdo sugestivo de cálculo biliar. Negava icterícia, colúria, acolia e febre. Negava relação do quadro com a alimentação. História familiar de colelitíase (mãe). Negava cirurgias prévias e alergias. Portadora de hipertensão arterial, em uso de atenolol 25mg. Relatou que estava em acompanhamento ambulatorial com quadro de colelitíase há cerca de 2 anos,

aguardando cirurgia. Ao exame físico: algo desidratada e afebril; abdome distendido; doloroso a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal; peristalse aumentada; timpanismo aumentado; ausência de cicatrizes. Foi realizada prescrição de dieta zero, hidratação venosa e reposição eletrolítica, passagem de sonda nasogástrica (SNG) com saída de 30 ml de secreção e analgesia regular.

Apresentava TC de abdome da véspera da internação: dilatação de alças intestinais com níveis hidroaéreos e imagem sugestiva de cálculo biliar em topografia intraluminal jejunal; sinais de aerobilia; quadro sugestivo de íleo biliar.

Exames laboratoriais de internação (Tabela 1).

Tabela 1 – Exames laboratoriais.

PARÂMETRO	RESULTADO	INTERVALO DE REFERÊNCIA
Hematócrito	36,2%	36,0 a 47,0 %
Hemoglobina	11,5 g	12,0 a 16,0 g
Leucometria	12.500 mm ³	4.000 - 10.000 mm ³
Uréia	84 mg/dL	15 - 50 mg/dL
Creatinina	0,9 mg/dL	0,6 a 1,1 mg/dL
Sódio	145 mmol/L	135 a 145 mmol/L
Potássio	3,9 mmol/L	3,5 a 5,0 mmol/L
Amilase	80 U/L	25 A 100 U/L
Transaminase glutâmico oxalacética	37 UI/L	5 – 37 UI/L
Transaminase glutâmico pirúvica	58 UI/L	5 – 40 UI/L
Gama glutamil transferase	31 U/L	< = 38 U/L
Fosfatase alcalina	100 U/L	40 A 300 U/L
Bilirrubina total	0,7 mg/dL	até 1,2 mg/dL
Bilirrubina direta	0,4 mg/dL	até 0,4 mg/dL
Bilirrubina indireta	0,3 mg/dL	até 0,9 mg/dL
Proteína c reativa	24,2 mg/L	até 5,0 mg/L

Fonte: Autores, 2025.

Pela manhã, foi realizada nova TC de abdome que evidenciou formação nodular oval no interior do intestino delgado, na fossa ilíaca direita, medindo 4,6 x 3,4 cm, contendo finas calcificações periféricas (Figura 1), achado que determinava obstrução mecânica intestinal, com dilatação a montante (Figura 2); sinais de aerobilia (Figura 3); ausência de dilatação das vias biliares intra e extra-hepática.

Figura 1 – TC abdome – Imagem de formação nodular oval com calcificações periféricas.



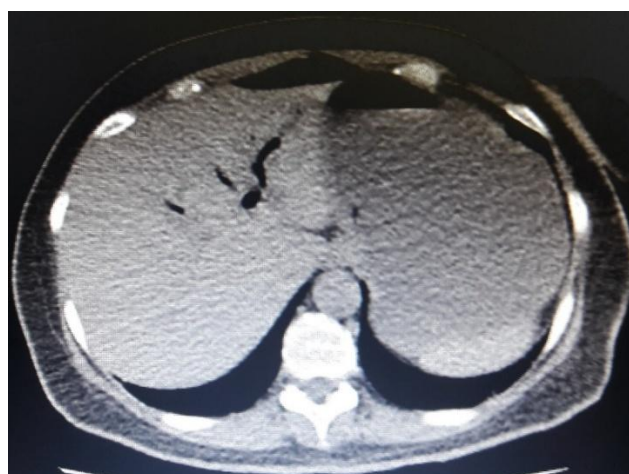
Fonte: Autores, 2025.

Figura 2 – TC abdome – Imagem de distensão de intestino delgado.



Fonte: Autores, 2025.

Figura 3 – TC abdome – Imagem de aerobilia



Fonte: Autores, 2025.

Indicado laparotomia exploradora. Durante o inventário da cavidade abdominal foi evidenciado: presença de pouca quantidade de líquido seroso no abdome; saída de aproximadamente 1.200 ml de secreção gástrica através da SNG, após reposicionamento da mesma; presença de bloqueio por grande omento em região de vesícula biliar; presença de cálculo de aproximadamente 4 cm no maior diâmetro impactado ao nível de jejuno a 80 cm de distância do ângulo de Treitz e 260 cm da válvula ileocecal (Figura 4). Foi realizado enterotomia longitudinal com retirada do cálculo biliar (Figura 5), seguido de enterorrafia transversa em plano único com polipropileno 000; a manipulação cirúrgica das vias biliares foi deixada para uma segunda etapa.

Figura 4 – Achado operatório – Cálculo biliar grande dentro do jejuno.



Fonte: autores, 2025.

Figura 5 – Achado operatório – Cálculo biliar com jejuno aberto.



Fonte: Autores, 2025.

O pós-operatório (PO) transcorreu na enfermaria, sem intercorrências e sem alterações no exame físico geral e abdominal. Iniciou dieta no segundo dia de PO, após retirar a SNG. Recebeu alta no 6º dia de PO, sendo orientada ao ambulatório para acompanhamento e programação de cirurgia para abordar as vias biliares. Atualmente a paciente encontra-se sem queixas e não decidiu pela outra cirurgia.

DISCUSSÃO

O íleo biliar foi descrito pela primeira vez por Erasmus Bartholin em 1654 (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010).

O IB é uma complicação incomum da colecistite aguda e ocorre pela formação de uma fístula entre a vesícula biliar e algum segmento do trato digestivo, possibilitando a passagem de um ou mais cálculos, que podem obstruir o trânsito intestinal (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Pena *et al.*, 2020; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

A sua fisiopatologia acontece com episódios prévios de colecistite aguda, seguida de inflamação nos tecidos que circundam a vesícula biliar, formando aderências entre ela e o intestino delgado. O cálculo responsável produz erosão gradual através das paredes reunidas, formando uma fístula colecistoentérica. Então, há migração do cálculo para a luz intestinal, até que haja impactação do mesmo e obstrução (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Pena *et al.*, 2020).

A migração do cálculo biliar ocorre mais comumente por uma fístula colecistoduodenal e a impactação acontece com cálculos grandes (maiores que dois centímetros) em áreas de estreitamento anatômico (ângulo de Treitz e válvula ileocecal), sendo encontrada no íleo (60-70 %), jejuno (16 %), estômago (14 %), cólon (4 %) e duodeno (3 %) (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Pena *et al.*, 2020; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

Quando o cálculo impacta no piloto ou duodeno, causando importante estase gástrica, constitui a rara síndrome de Bouveret (Alencastro *et al.*, 2013; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

Ocorre em 0,3% a 0,5% dos portadores de colelitíase e é encontrado em 1%-4% das obstruções intestinais. É mais comum no sexo feminino, sendo a faixa etária mais acometida acima de 60 anos de idade e em obesos (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Pena *et al.*, 2020; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

Junto com as hérnias, aderências, neoplasias, intussuscepção e volvo constitui o termo HANGIV, onde o G é a tradução para o inglês de íleo biliar (gallstone ileus), como as principais causas de obstrução intestinal (Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

O quadro clínico pode apresentar-se com sintomas inespecíficos ou com sinais e sintomas de obstrução intestinal (oclusão total ou sub-oclusão), tais como, dor abdominal, náuseas, vômitos, distensão abdominal, aumento dos ruídos hidroaéreos e do timpanismo na percussão (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Pena *et al.*, 2020; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

Pode também ocorrer quadro obstrutivo de caráter intermitente, com períodos de melhora, sugerindo o fenômeno de rolagem, denominado “tumbling”, que corresponde à migração distal do cálculo ((Alencastro *et al.*, 2013).

O diagnóstico pode ser feito pela apresentação clínica e com ajuda de exames de imagem, tais como, RRAA, USG e TC (Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

A acurácia do diagnóstico pré-operatório varia de 13%-48% (Alencastro *et al.*, 2013).

Muitas vezes o diagnóstico etiológico do íleo biliar é feito somente no intraoperatório (Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Pena *et al.*, 2020; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

A RRAA pode mostrar ar na topografia da via biliar (aerobilia ou pneumobilia), sinais de obstrução intestinal parcial ou completa, visualização do cálculo biliar radiopaco ectópico e a migração de cálculo previamente visualizado. Os três primeiros correspondem à Tríade de Rigler e, a presença de dois destes é considerada patognomônica de IB, sendo encontrada em 40 a 50% dos casos. Um quinto sinal radiológico tem sido descrito: presença de ar na vesícula biliar, no duodeno ou em ambos, formando assim duas imagens de líquido livre adjacente à direita dos corpos da primeira e segunda vértebras lombares (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Pena *et al.*, 2020).

A tomografia abdominal, é o exame mais eficiente pela resolução de imagem, para mostrar aerobilia (sensibilidade de 50%), sinais de obstrução intestinal e cálculo impactado (20%) (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Pena *et al.*, 2020).

O estudo contrastado do tubo digestivo pode mostrar a fístula e localizar o cálculo no segmento do delgado (Brunelli *et al.* 2015; Guimarães *et al.* 2010; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

A USG pode demonstrar fístulas, cálculos impactados, colelitíase residual ou coledocolitíase, porém, com as limitações do método (Brunelli *et al.*, 2015; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

Quando comparado com a RRAA, a USG parece ser mais sensível para mostrar: quadro obstrutivo inicial, pequena quantidade de ar nas vias biliares ou vesícula, cálculos biliares em posições atípicas, cálculos concomitantes, fístula entre a vesícula e o duodeno, presença de ascite ou isquemia intestinal (Alencastro *et al.*, 2013).

A indicação de exames endoscópicos pode ser útil para o diagnóstico como também para o tratamento de cálculos localizados no duodeno ou cólon (Alencastro *et al.*, 2013).

A associação de métodos de imagem permite um diagnóstico específico mais precoce, o que possibilita a indicação de tratamento cirúrgico com maior segurança (Alencastro *et al.*, 2013).

O tratamento é cirúrgico e normalmente realizado em caráter de urgência e o objetivo maior é a resolução da obstrução intestinal (Alencastro *et al.*, 2013).

Pode ser feito a enterotomia e remoção do cálculo biliar para tratamento do quadro obstrutivo, deixando a abordagem da fístula e a colecistectomia para um segundo tempo, nos casos de processo inflamatório intenso na topografia da vesícula biliar com maior risco de lesões iatrogênicas, nos pacientes mais graves e com comorbidades e nos pacientes que se mantém sintomáticos. Pode também ser realizada a enterotomia com remoção do cálculo junto com a colecistectomia e correção da fístula nos pacientes estáveis clinicamente e sem alterações sobre as vias biliares (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Pena *et al.*, 2020; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

A enterotomia deve ser longitudinal e na borda antimesentérica da alça intestinal, com seu fechamento em sentido transversal para diminuir chance de estenose; e também deve-se inspecionar todo o intestino à procura de outros cálculos, o que ocorre em 3%-16% dos casos (Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016). A ressecção intestinal é indicada quando ocorre perfuração ou necrose do segmento envolvido (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015).

A abordagem por via laparoscópica vem sendo realizada em alguns casos selecionados. Há relato de casos tratados com litotripsia extracorpórea e hidráulica e de remoção endoscópica do cálculo impactado (Alencastro *et al.*, 2013; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

Nos pacientes com comorbidades graves e alto risco cirúrgico é muito arriscado insistir no tratamento não operatório, monitorando clinicamente e aguardando a eliminação do cálculo, mas encontramos na literatura a descrição dessa controversa conduta. Alguns métodos menos

invasivos têm sido propostos também para esses pacientes, dependendo da localização do cálculo. É citado a retirada endoscópica de cálculos localizados no estômago e duodeno e também a de cálculos impactados no cólon e íleo terminal através de colonoscopia (Alencastro *et al.*, 2013).

Trabalhos relatam que o risco de recorrência do IB é alto (5%-17%) e que complicações como mal absorção intestinal, perda de peso, dor recorrente, colecistite recorrente, colangite e câncer da vesícula biliar podem acontecer, havendo, portanto, a necessidade de tratamento definitivo da fístula. Outros trabalhos relataram o fechamento espontâneo de algumas fístulas e defendem que, se o ducto biliar estiver patente e não houver cálculos residuais, a fistula colecistoentérica pode fechar espontaneamente; enfatizam também que, mesmo que a fístula esteja presente, o risco de complicações é baixo e que muitas fístulas são bem toleradas. Muitos autores consideram que o segundo tempo só deverá ser realizado caso haja sintomas relacionados às vias biliares ou nos pacientes com expectativa de vida alta (Alencastro *et al.*, 2013; Pena *et al.*, 2020).

A mortalidade associada ao íleo biliar é de 4,5%-27%, e a ocorrência de infecções entre 20%-55% dos casos, devido ao fato de que a maioria dos pacientes é idosa e possui importantes doenças associadas (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2010; Moreira *et al.*, 2019; Santos; Oliveira; Mascarenhas, 2016).

Estudos recentes relatam um decréscimo da morbimortalidade, sugerindo que o uso de antibióticos, o manuseio perioperatório e os cuidados em Unidades de Tratamento Intensivo apresentam papel preponderante (Alencastro *et al.*, 2013; Brunelli *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

A paciente do caso relatado era portadora de colelitíase sintomática e aguardava cirurgia. Apresentou um quadro de dor abdominal, que evoluiu para um quadro clínico característico de obstrução intestinal mecânica, leucocitose no exame laboratorial, o que junto com a TC abdominal ajudou no diagnóstico de IB. O diagnóstico foi então confirmado no ato operatório e a cirurgia foi inicialmente para tratamento do quadro obstrutivo, sendo deixado para um segundo tempo o tratamento definitivo sobre as vias biliares devido ao intenso processo inflamatório sobre as vias biliares.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflito de interesses para a realização deste trabalho.

SUPORTE FINANCEIRO

Não houve suporte financeiro para a realização deste trabalho, sendo o financiamento da pesquisa realizado pelos próprios autores.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Vanessa Condori Leandro: Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Análise laboratorial, Análise estatística dos dados, Redação inicial, Redação final do artigo e correção, Formatação nas normas da Revista, **Carlos Augusto Marques Batista:** Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Análise laboratorial, Análise estatística dos dados, Redação inicial, Redação final do artigo e correção, Formatação nas normas da Revista, Submissão no site e autor para correspondência.

REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, M. C. *et al.* Abdome agudo por obstrução por ileobiliar. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 40, n. 4, p. 275-280, 2013.

BRUNELLI, A. C. *et al.* Íleo biliar: relato de caso. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 60, p. 32-34, 2015.

GUIMARÃES, S. *et al.* Íleo biliar: uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n. 1, p. 159-163, 2010.

MOREIRA, P. C. *et al.* Íleo biliar: relato de caso. **Journal of Coloproctology**, v. 39, s.1, p. 125–126, 2019.

PENA, J. H. W. *et al.* Íleo biliar: Dois relatos de caso de obstrução intestinal por cálculo biliar. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 31, n.3, p.74-77, 2020.

SANTOS, L. R. A.; OLIVEIRA, K. D. R.; MASCARENHAS, B. B. Íleo biliar: relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, 26:e-1809, p. 1-4, 2016.