


HÉRNIA INCISIONAL ESTRANGULADA POR OBSTRUÇÃO INTESTINAL, CAUSADA POR ÍLEO BILIAR EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA BILIODIGESTIVA POR LESÃO IATROGÊNICA DE VIA BILIAR: RELATO DE CASO

STRANGULATED INCISIONAL HERNIA DUE TO BOWEL OBSTRUCTION CAUSED BY GALL ILEUS IN THE LATE POSTOPERATIVE PERIOD OF BILIODIGESTIVE SURGERY DUE TO IATROGENIC INJURY OF THE BILIARY DUCT: CASE REPORT

HERNIA INCISIONAL ESTRANGULADA DEBIDO A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CAUSADA POR ÍLEO BILIAR EN EL POSTOPERATORIO TARDÍO DE CIRUGÍA BILIODIGESTIVA POR LESIÓN IATROGÉNICA DE LA VÍA BILIAR: REPORTE DE CASO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n10-241>

Data de submissão: 25/09/2025

Data de publicação: 25/10/2025

Michaela Helena Moretto Alves

Residente do Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral
Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente
E-mail: michaela.helena1@hotmail.com

Bruna Mazzetto Guimarães

Residente do Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral
Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente
E-mail: Brumazzetto@hotmail.com

Helen Brambila Jorge Pareja

Orientadora Professora
Membro do Dep. de Cirurgia Geral
Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente
E-mail: Brambila_hj@hotmail.com

RESUMO

Apresentação de caso: Homem, 63 anos, admitido no Pronto-socorro com quadro de dor abdominal há 1 semana, de forte intensidade, associado a hiporexia, nega náuseas ou vômitos e/ou alterações de hábitos intestinais. Apresentava cirurgia de colecistectomia há 5 anos, tendo evoluído com lesão iatrogênica de via biliar, necessitando de uma nova abordagem cirúrgica de anastomose biliodigestiva na mesma internação. Com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo (AAO), foi realizada radiografia (RX) de abdome agudo, evidenciando alças intestinais distendidas com nível hidroaéreo. Prosseguindo com a investigação foi realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome, evidenciando colecistectomia prévia com aerobilia, esplenomegalia homogênea, distensão de alças intestinais com nível hidroaéreo na linha mediana supra umbilical, compatível com abdome agudo obstrutivo por hérnia encarcerada. Exames laboratoriais demonstrando: TGO 119, TGP 199, FA 400, GGT 502, AM 243, CR 1,2. Foi submetido a laparotomia exploradora. No intraoperatório diagnosticado hérnia incisional estrangulada devido abdome agudo obstrutivo por íleo biliar, realizado lise de bridas com enterectomia do segmento perfurado na hérnia estrangulada, retirado cálculo biliar da alça bilio-pancreática do “y roux”, refeito anastomose biliodigestiva, realizado correção cirúrgica de hérnia incisional. Recebeu dieta no 2º dia de pós-operatório e alta no 5º dia. Discussão: A associação

entre íleo biliar e hérnia incisional estrangulada representa uma rara, mas desafiadora, apresentação de abdome agudo obstrutivo. O íleo biliar, caracterizado pela impactação de um cálculo biliar no trato intestinal, pode ocorrer mesmo em pacientes colecistectomizados, especialmente aqueles submetidos a anastomoses biliodigestivas ou portadores de fistulas bilioentéricas espontâneas. A presença de cálculos biliares transitando pelo lúmen intestinal pode, por si só, gerar obstrução em pontos de calibre reduzido, como o íleo terminal. Entretanto, quando uma alça intestinal contendo o cálculo gera obstrução intestinal, levando ao encarceramento da hérnia incisional previamente existente — geralmente resultante de cirurgias abdominais anteriores — há risco adicional de estrangulamento, agravando o quadro clínico e exigindo intervenção cirúrgica urgente. A hérnia incisional estrangulada, por sua vez, compromete o suprimento vascular da alça intestinal herniada, podendo evoluir rapidamente para isquemia e necrose. Se a alça intestinal impactada por um cálculo biliar se localizar dentro dessa hérnia, o risco de complicações aumenta significativamente. Essa sobreposição de fatores mecânicos — obstrução por cálculo e aprisionamento por hérnia — pode mascarar o diagnóstico inicial, dificultando a identificação precoce do íleo biliar. Comentários finais: A coexistência de ambas as patologias demanda alto grau de suspeição clínica e rápida tomada de decisão, visando evitar evolução desfavorável. Embora raro, o íleo biliar pós-colecistectomia é uma condição possível, especialmente na presença de fistulas biliointestinais tardias ou anastomoses biliares. O reconhecimento dessa fisiopatologia é essencial para diagnóstico precoce e manejo cirúrgico adequado, evitando complicações como necrose intestinal ou sepse abdominal.

Palavras-chave: Íleo Biliar. Cirurgia Biliodigestiva. Lesão Iatrogênica de Via Biliar. Enterolitotomia. Fístula Entérica. Abdome Agudo Obstrutivo. Colecistectomia. Hernia de Parede Abdominal. Revisão de Literatura. Relato de Caso.

ABSTRACT

Case presentation: A 63-year-old man was admitted to the emergency room with severe abdominal pain for 1 week, associated with loss of appetite. He denied nausea, vomiting, and/or changes in bowel habits. He had undergone cholecystectomy 5 years earlier, which developed iatrogenic bile duct injury, requiring a new surgical approach for biliodigestive anastomosis during the same admission. With a suspected diagnosis of acute obstructive abdomen (AOA), an acute abdominal radiograph (X-ray) was performed, revealing distended bowel loops with an air-fluid level. Further investigation included abdominal computed tomography (CT), which revealed previous cholecystectomy with air-biliary obstruction, homogeneous splenomegaly, and distended bowel loops with an air-fluid level in the supraumbilical midline, consistent with acute obstructive abdomen due to an incarcerated hernia. Laboratory tests showed: TGO 119, TGP 199, FA 400, GGT 502, AM 243, CR 1.2. The patient underwent exploratory laparotomy. Intraoperatively, a strangulated incisional hernia was diagnosed due to obstructive acute abdomen caused by gallstone ileus. Band lysis was performed with enterectomy of the perforated segment of the strangulated hernia. The gallstone was removed from the biliopancreatic loop of the "roux-y", the biliodigestive anastomosis was re-performed, and the incisional hernia was surgically repaired. The patient was placed on a regular diet on postoperative day 2 and discharged on day 5. Discussion: The association between gallstone ileus and strangulated incisional hernia represents a rare but challenging presentation of obstructive acute abdomen. Gallstone ileus, characterized by the impaction of a gallstone in the intestinal tract, can occur even in cholecystectomized patients, especially those undergoing biliodigestive anastomoses or with spontaneous biliary-enteric fistulas. The presence of gallstones passing through the intestinal lumen can, in itself, generate obstruction in areas of reduced caliber, such as the terminal ileum. However, when a loop of bowel containing the stone generates intestinal obstruction, leading to incarceration of a previously existing incisional hernia—usually resulting from previous abdominal surgeries—there is an additional risk of strangulation, worsening the clinical picture and requiring urgent surgical

intervention. A strangulated incisional hernia, in turn, compromises the vascular supply to the herniated bowel loop, which can rapidly progress to ischemia and necrosis. If the bowel loop impacted by a gallstone is located within this hernia, the risk of complications increases significantly. This overlapping mechanical factors—stone obstruction and herniated entrapment—can obscure the initial diagnosis, hindering early identification of gallstone ileus. Final remarks: The coexistence of both pathologies requires a high degree of clinical suspicion and prompt decision-making to avoid adverse outcomes. Although rare, post-cholecystectomy gallstone ileus is a possible condition, especially in the presence of late biliary fistulas or biliary anastomoses. Recognition of this pathophysiology is essential for early diagnosis and appropriate surgical management, avoiding complications such as intestinal necrosis or abdominal sepsis.

Keywords: Gallbladder Ileus. Biliodigestive Surgery. Iatrogenic Bile Duct Injury. Enterolithotomy. Enteric Fistula. Acute Obstructive Abdomen. Cholecystectomy. Abdominal Wall Hernia. Literature Review. Case Report.

RESUMEN

Presentación del caso: Un hombre de 63 años ingresó a la sala de emergencias con dolor abdominal severo durante 1 semana, asociado con pérdida de apetito. Negó náuseas, vómitos y/o cambios en los hábitos intestinales. Se había sometido a una colecistectomía 5 años antes, que desarrolló una lesión iatrogénica de la vía biliar, requiriendo un nuevo abordaje quirúrgico para la anastomosis biliodigestiva durante el mismo ingreso. Con un diagnóstico sospechado de abdomen obstructivo agudo (AOA), se realizó una radiografía abdominal aguda (rayos X), revelando asas intestinales distendidas con un nivel hidroaéreo. La investigación adicional incluyó una tomografía computarizada (TC) abdominal, que reveló colecistectomía previa con obstrucción hidroaérea, esplenomegalia homogénea y asas intestinales distendidas con un nivel hidroaéreo en la línea media supraumbilical, consistente con abdomen obstructivo agudo debido a una hernia encarcerada. Las pruebas de laboratorio mostraron: TGO 119, TGP 199, FA 400, GGT 502, AM 243, CR 1.2. Se le realizó una laparotomía exploratoria. Durante la operación, se diagnosticó una hernia incisional estrangulada debido a un abdomen agudo obstructivo por íleo biliar. Se realizó lisis de banda con enterectomía del segmento perforado en la hernia estrangulada, se extrajo el cálculo biliar del asa biliopancreática del "roux-y", se rehizo la anastomosis biliodigestiva y se realizó la reparación quirúrgica de la hernia incisional. Recibió dieta el segundo día postoperatorio y fue dado de alta el quinto día. Discusión: La asociación entre íleo biliar y hernia incisional estrangulada representa una presentación rara pero desafiante de abdomen agudo obstructivo. El íleo biliar, caracterizado por la impactación de un cálculo biliar en el tracto intestinal, puede ocurrir incluso en pacientes colecistectomizados, especialmente en aquellos sometidos a anastomosis biliodigestivas o con fistulas bilioentéricas espontáneas. La presencia de cálculos biliares que atraviesan la luz intestinal puede, por sí sola, generar obstrucción en zonas de calibre reducido, como el íleon terminal. Sin embargo, cuando un asa intestinal que contiene el cálculo genera obstrucción intestinal, lo que lleva a la encarceración de una hernia incisional preexistente (generalmente resultante de cirugías abdominales previas), existe un riesgo adicional de estrangulación, lo que empeora el cuadro clínico y requiere una intervención quirúrgica urgente. Una hernia incisional estrangulada, a su vez, compromete el suministro vascular del asa intestinal herniada, lo que puede progresar rápidamente a isquemia y necrosis. Si el asa intestinal impactada por un cálculo biliar se encuentra dentro de esta hernia, el riesgo de complicaciones aumenta significativamente. Esta superposición de factores mecánicos (obstrucción litiásica y atrapamiento herniario) puede enmascarar el diagnóstico inicial, dificultando la identificación temprana del íleo biliar. Comentarios finales: La coexistencia de ambas patologías requiere un alto grado de sospecha clínica y una rápida toma de decisiones para evitar resultados desfavorables. Aunque poco frecuente, el íleo biliar poscolecistectomía es una posible afección, especialmente en presencia de fistulas biliares tardías o

anastomosis biliares. El reconocimiento de esta fisiopatología es esencial para el diagnóstico temprano y el manejo quirúrgico adecuado, evitando complicaciones como la necrosis intestinal o la sepsis abdominal.

Palabras clave: Íleo Biliar. Cirugía Digestiva Biliar. Lesión Iatrogénica de la vía Biliar. Enterolitotomía. Fístula Entérica. Abdomen Obstructivo Agudo. Colecistectomía. Hernia de la Pared Abdominal. Revisión Bibliográfica. Informe de Caso.

1 INTRODUÇÃO

O abdome agudo obstrutivo constitui uma emergência cirúrgica caracterizada pela interrupção parcial ou completa da passagem do conteúdo intestinal, levando a manifestações clínicas como dor abdominal difusa, distensão, náuseas, vômitos e parada da eliminação de fezes e flatos. Esta condição representa uma das principais causas de internação por abdome agudo em serviços de urgência e emergência, demandando avaliação clínica e cirúrgica imediata para evitar complicações graves, como isquemia ou necrose intestinal. Estudos demonstram que cerca de 15% a 20% dos quadros de abdome agudo atendidos nos prontos-socorros são causados por obstrução intestinal. As causas variam de acordo com a faixa etária, condição clínica e histórico cirúrgico dos pacientes. As aderências intestinais pós-operatórias são a principal causa em adultos (50-70%), enquanto hérnias encarceradas (10-15%), neoplasias intestinais (10-20%), volvo (3-5%) e íleo biliar (1-4%) também figuram como etiologias relevantes (SAKORAFAS et al., 2005; REISNER & COHEN, 1994; FERNANDES et al, 2017; COPELAND, 2012).

Os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de abdome agudo obstrutivo incluem: histórico de cirurgias abdominais prévias, hérnias não tratadas, doenças inflamatórias intestinais, neoplasias, idade avançada e patologias biliares crônicas (SILVA; SANTOS, 2017).

As hérnias da parede abdominal, como as incisionais, representam cerca de 10% a 15% dos casos de obstrução intestinal aguda. Quando complicadas por encarceramento ou estrangulamento, tornam-se causas mecânicas diretas de AAO. Nessas situações, ocorre aprisionamento do conteúdo intestinal no saco herniário, resultando em distensão, isquemia e risco de necrose, configurando um quadro de urgência cirúrgica. Apresentam como sintomas, nesse contexto, dor abdominal localizada em região da hérnia, distensão abdominal, vômitos frequentes, parada de eliminação de flatos e fezes, peritonite (se houver isquemia, necrose e perfuração intestinal). Como exames de imagem pode-se usar radiografia de abdome simples para observar sinais de alarme (Pneumoperitônio) e sinais de obstrução intestinal e a TC de abdome para melhor visualização do quadro. (MAINGOT, 2013).

O íleo biliar é uma causa rara de obstrução intestinal mecânica, representando aproximadamente 1% a 4% dos casos. Ocorre pela migração de cálculo biliar através de uma fistula colecistoentérica, geralmente impactando-se na válvula ileocecal. Os sintomas são dor e distensão abdominal, náuseas e vômitos biliosos, parada de eliminação de flatos e fezes, desidratação e taquicardia. O diagnóstico consiste na radiografia simples de abdome onde se observa a tríade de Rigler: obstrução intestinal, ar nas vias biliares e visualização do cálculo (REISNER & COHEN, 1994).

O íleo biliar se apresenta mais frequente em mulheres, de faixa etária >60 anos, com história de colelitíase crônica não tratada, presença de fatores facilitadores como anastomoses biliodigestiva e presença de comorbidades (hipertensão arterial, obesidade, diabetes). Já as hérnias abdominais são mais frequentes com alguns fatores de risco, como tabagismo, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, idade avançada, história prévia de cirurgia abdominal e apresentam epidemiologia semelhante em ambos os sexos. (COPELAND, 2012).

O íleo biliar é classicamente associado à presença de fistula entre a vesícula biliar e o intestino delgado, o que permite a passagem de cálculos biliares para o trato gastrointestinal. Entretanto, em pacientes previamente submetidos à colecistectomia ou a anastomose biliodigestiva, a ocorrência dessa condição é extremamente rara. A formação de cálculos residuais ou recorrentes e a migração para o lúmen intestinal por meio de trajetos fistulosos tardios pode explicar tais casos. A incidência de íleo biliar em pacientes colecistectomizados é muito baixa, estimada em menos de 0,5% dos casos relatados na literatura (CLARK et al., 2001). Esses casos constituem desafios diagnósticos e terapêuticos importantes, dado o histórico cirúrgico prévio e a apresentação clínica inespecífica (LOPEZ MONCLUS et al, 2019).

A anastomose biliodigestiva cria uma comunicação direta entre a via biliar e o intestino — o que, em teoria, facilita o trânsito de cálculos biliares residuais ou formados após a cirurgia. Casos de íleo biliar pós-anastomose são extremamente raros, mas possíveis. A incidência foi relatada em casos isolados, sem taxa consolidada na literatura. Um estudo de caso publicado por Alencastro et al. (2013) relatou um caso de íleo biliar 3 anos após anastomose biliodigestiva, reforçando que a complicação pode surgir tardiamente e sem sintomas prévios biliares.

Ambas as entidades clínicas — hérnias complicadas e íleo biliar — compartilham a característica de causarem obstrução intestinal do tipo mecânica, diferindo principalmente no mecanismo de instalação da obstrução. Enquanto nas hérnias há uma falha anatômica da parede abdominal com exteriorização do conteúdo, no íleo biliar o processo patológico se dá internamente, por migração e impactação de cálculo. Além disso, em casos mais complexos, como descrito em relatos clínicos, pode haver associação entre as duas condições, como quando um paciente com íleo biliar também apresenta hérnia encarcerada, agravando o quadro de obstrução intestinal e demandando uma abordagem cirúrgica ainda mais precisa e rápida. (ALENCASTRO, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Relatar o caso de Abdome agudo obstrutivo causado por um íleo biliar, em um paciente submetido a cirurgia biliodigestiva após cirurgia de colecistectomia que sofreu uma lesão iatrogênica da via biliar, levando a uma hérnia incisional estrangulada, com a finalidade de descrever uma circunstância individual do paciente, abordando a sequência de eventos, história clínica, assim como exames e demais informações particulares relevantes ao caso.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abordar a fisiopatologia do íleo biliar em paciente colecistectomizado, bem como o que levou a obstrução e consequentemente estrangulamento da hérnia incisional preexistente.
- Expor dados epidemiológicos encontrados a respeito da patologia.
- Discutir a relação entre biliodigestiva tardia do paciente e o desenvolvimento do íleo biliar bem como estrangulamento da hérnia incisional.
- Apresentar dados clínicos do paciente.
- Discorrer sobre as possíveis alternativas de tratamento.
- Expor a relevância do tema e a necessidade da realização de mais estudos na área.

3 CASO CLÍNICO

Homem, 63 anos, admitido no Pronto-socorro com quadro de dor abdominal há 1 semana, de forte intensidade, com abaulamento na região da cicatriz cirúrgica prévia em linha mediana, com sinais flogísticos no local, associado a hiporexia, nega náuseas ou vômitos e/ou alterações de hábitos intestinais. De antecedentes pessoais tem hipertensão arterial sistêmica e antecedente de cirurgia de colecistectomia há 5 anos, tendo evoluído com lesão iatrogênica de via biliar, necessitando de uma nova abordagem cirúrgica de anastomose biliodigestiva na mesma internação. Com hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo (AAO), prosseguiu a investigação diagnóstica com a realização de uma radiografia (RX) de abdome agudo.

Imagem 1: Radiografia de Abdome evidenciando presença de nível hidroaéreo.



Fonte: O autor/2024

Solicitado tomografia computadorizada (TC) de abdome, para confirmar o diagnóstico inicial, bem como evidenciar a causa, o exame observou colecistectomia prévia com aerobilia, esplenomegalia homogênea, distensão de alças intestinais com nível hidroaéreo na linha mediana supra umbilical, compatível com abdome agudo obstrutivo por hérnia encarcerada (figura 2); foram solicitados exames laboratoriais: TGO 119, TGP 199, FA 400, GGT 502, AM 243, CR 1,2, demais exames sem alterações.

Imagem 2: TC de abdome demonstrando presença de hérnia encarcerada ao nível da linha média, com presença de borramento nos planos adjacente, o que evidencia área de sofrimento de alça, bem como distensão líquida de alças intestinais de delgado a montante, compatível com quadro de obstrução intestinal causada por hérnia encarcerada.



Fonte: O autor/2024

Foi indicado tratamento cirúrgico, o paciente foi submetido a laparotomia exploradora. No intraoperatório diagnosticado hérnia incisional estrangulada devido abdome agudo obstrutivo por íleo biliar, realizado lise de bridas com enterectomia do segmento perfurado na hérnia estrangulada presente na alça bilio-pancreática do *y-roux*, retirado cálculo biliar, refeito anastomose biliodigestiva, realizado correção cirúrgica de hérnia incisional (figura 3). Paciente recebeu dieta no 2º dia de pós-operatório e

alta no 5º dia. Retornou via ambulatorial para seguimento e avaliação do anatomopatológico. Paciente evoluiu bem, estável, sem queixas. O resultado da biópsia pós cirúrgica concluiu que o segmento de íleo apresentava processo inflamatório crônico, fibrose e formação de trajeto com fístula, serosite crônica com áreas de esteatonecrose.

Imagens 3: A figura identifica peça cirúrgica (macroscopia), produto de enterectomia, devido a hérnia estrangulada, lateralmente a presença de cálculo com fio de prolene.



Fonte: O autor/2024

4 DISCUSSÃO

As hérnias encarceradas são a segunda maior etiologia de AASO em adultos, estando atrás das bridas intestinais pós cirúrgicas e equivalentes às neoplasias intestinais (SAKORAFAS et al., 2005; REISNER & COHEN, 1994; FERNANDES et al, 2017; COPELAND, 2012), esse dado permite confirmar nosso trabalho, onde o paciente em questão apresenta a segunda maior etiologia de AASO.

A incidência de íleo biliar após anastomose biliodigestiva ou colecistectomia é muito rara, estimada em <0,5% (REISNER & COHEN, 1994), sendo mais comumente encontrado íleo biliar antes da colecistectomia ou anastomose biliodigestiva, tais dados encontrados se diferem parcialmente do nosso trabalho, demonstrando que no caso não houve a complicação de íleo biliar antes dos procedimentos cirúrgicos realizados, porém demonstra um evento raro que é possível na literatura, o íleo biliar após os procedimentos cirúrgicos.

A epidemiologia de hérnias incisionais se demonstra com predileção de 20% para o sexo feminino (SIMONS MP et al, 2009; FITZGIBBONS RJ et al, 2015), tal dado se difere do nosso trabalho, sendo o paciente em questão do sexo masculino,

Os fatores de risco para a incidência de hérnias incisionais são procedimentos cirúrgicos prévios, idade avançada, comorbidades associadas (diabetes, hipertensão, obesidade) (MAINGOT R,

2013; REISNER & COHEN, 1994), tais dados são encontrados em nosso trabalho, visto que paciente apresenta idade acima de 60 anos, comorbidades como hipertensão e diabetes, procedimentos cirúrgicos prévios (colecistectomia e anastomose biliodigestiva).

O quadro clínico de AASO segue um padrão clínico caracterizado por náuseas e vômitos, parada de eliminação de fatos e fezes, distensão abdominal. Diferente do comum, nosso trabalho demonstrou paciente com sintomas inespecíficos de hiporexia e queda do estado geral. Porém, ao exame físico foi constatado presença de abaulamento em região de ferida operatória prévia, sendo esse achado bem característico de um diagnóstico de hérnia incisional, encontrado na literatura (COPELAND, 2012).

A Tomografia Computadorizada é um ótimo exame para realizar diagnóstico e etiologia de AASO, de hérnias incisionais e de íleo biliar, conforme visto em literatura, apresentando boa sensibilidade e especificidade, porém conforme visto em nosso trabalho, o diagnóstico de íleo biliar junto da hérnia estrangulada só foi possível durante o intraoperatório e não com exames de imagem (CLARK et al, 2012).

Em geral, o íleo biliar ocorre quando há formação de uma fístula entre o trato biliar e o trato gastrointestinal, frequentemente uma fístula colecistoduodenal. Em pacientes colecistectomizados, a ausência da vesícula não impede totalmente esse mecanismo, pois a presença de cálculos residuais na via biliar principal, associada à pressão crônica e inflamação local, pode levar à formação de uma fístula espontânea entre o ducto biliar e o intestino delgado (principalmente duodeno ou jejuno). (REISNER & COHEN, 1994).

Outro cenário possível ocorre em pacientes que, após colecistectomia complicada, foram submetidos a uma anastomose biliodigestiva (como uma hepaticojejunoanastomose). Nesses casos, a própria comunicação cirúrgica entre a via biliar e o intestino favorece o trânsito de cálculos residuais — ou de novos cálculos formados por estase biliar e colonização bacteriana — para o trato digestivo. Caso um cálculo de tamanho considerável percorra o tubo digestivo e se impacte, geralmente no íleo terminal (segmento de menor diâmetro luminal), ele causa obstrução intestinal mecânica. (ALENCASTRO et al, 2013).

O acesso cirúrgico abdominal necessário para a realização da anastomose biliodigestiva frequentemente envolve incisões amplas e manipulação extensa da parede abdominal. Isso aumenta o risco de formação de hérnia incisional, especialmente em pacientes com fatores predisponentes como obesidade, infecção da ferida operatória ou desnutrição. Caso essa hérnia se torne estrangulada (comprometa o suprimento vascular do conteúdo herniado), há risco iminente de isquemia e perfuração, configurando um quadro grave de abdome agudo obstrutivo. (PEREIRA et al, 2016).

A associação entre íleo biliar e hérnia incisional estrangulada representa uma rara, mas desafiadora, apresentação de abdome agudo obstrutivo. O íleo biliar, caracterizado pela impactação de um cálculo biliar no trato intestinal, pode ocorrer mesmo em pacientes colecistectomizados, especialmente aqueles submetidos a anastomoses biliodigestivas ou portadores de fístulas bilioentéricas espontâneas. A presença de cálculos biliares transitando pelo lúmen intestinal pode, por si só, gerar obstrução em pontos de calibre reduzido, como o íleo terminal. Entretanto, quando uma alça intestinal contendo o cálculo migra para uma hérnia incisional previamente existente — geralmente resultante de cirurgias abdominais anteriores — há risco adicional de encarceramento e estrangulamento, agravando o quadro clínico e exigindo intervenção cirúrgica urgente. (ALENCASTRO et al, 2013).

A hérnia incisional estrangulada, por sua vez, compromete o suprimento vascular da alça intestinal herniada, podendo evoluir rapidamente para isquemia e necrose. Se a alça intestinal impactada por um cálculo biliar se localizar dentro dessa hérnia, o risco de complicações aumenta significativamente. Essa sobreposição de fatores mecânicos — obstrução por cálculo e aprisionamento por hérnia — pode mascarar o diagnóstico inicial, dificultando a identificação precoce do íleo biliar. (COPELAND, 2012).

5 CONCLUSÃO

O abdome agudo obstrutivo permanece como uma das principais emergências cirúrgicas na prática médica, exigindo diagnóstico ágil e abordagem terapêutica eficiente para redução da morbimortalidade. A identificação precoce dos sinais clínicos, associada ao conhecimento das etiologias mais prevalentes — como aderências, hérnias e neoplasias — é fundamental para um manejo adequado, especialmente em ambientes de pronto-socorro, onde a demanda é intensa e o tempo é fator crítico.

Além disso, o íleo biliar, embora raro, destaca-se como diagnóstico diferencial importante, principalmente em pacientes idosos ou com histórico de doença biliar. A sua ocorrência em indivíduos submetidos a colecistectomia ou anastomose biliodigestiva reforça a necessidade de vigilância clínica mesmo após procedimentos corretivos.

A hérnia incisional estrangulada, por sua vez, compromete o suprimento vascular da alça intestinal herniada, podendo evoluir rapidamente para isquemia e necrose. Se a alça intestinal impactada por um cálculo biliar se localizar dentro dessa hérnia, o risco de complicações aumenta significativamente. Essa sobreposição de fatores mecânicos — obstrução por cálculo e aprisionamento por hérnia — pode mascarar o diagnóstico inicial, dificultando a identificação precoce do íleo biliar.

O manejo adequado exige abordagem cirúrgica cuidadosa, geralmente com enterectomia e herniorrafia, além de lavagem da cavidade abdominal em casos de peritonite associada. A coexistência de ambas as patologias demanda alto grau de suspeição clínica e rápida tomada de decisão, visando evitar evolução desfavorável. (REISNER & COHEN, 1994).

Portanto, embora raro, o íleo biliar pós-colecistectomia é uma condição possível, especialmente na presença de fistulas biliointestinais tardias ou anastomoses biliares. O reconhecimento dessa fisiopatologia é essencial para diagnóstico precoce e manejo cirúrgico adequado, evitando complicações como necrose intestinal ou sepse abdominal. (LOPEZ MONCLUS, 2019).

REFERÊNCIAS

1. Afferent loop obstruction induced by gallstone ileus after Whipple procedure. Case report indexado no PubMed, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=gallstone+ileus+whipple+afferent+loop>. Acesso em: 20 out. 2025.
2. ALENCASTRO, L. F. et al. Abdome agudo por obstrução intestinal causada por íleo biliar. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 82–84, 2013. Disponível em: <https://revista.cbcc.org.br>. Acesso em: 23 jun. 2025.
3. AMARAL, V. M.; ANTUNES, R. M.; LIMA, V. F.; VIDAL, P. A. Íleo biliar: fisiopatologia, manifestações clínicas e abordagens cirúrgicas. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 7, n. 5, p. e73058, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n5-241. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/73058>. Acesso em: 22 dec. 2024.
4. An unusual case of gallstone ileus 35 years post-cholecystectomy masked by an incisional hernia. Journal of Surgical Case Reports (PMC), 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11102780/>. Acesso em: 20 out. 2025.
5. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg. 2007;31(6):1292-7.
6. Bellizzi, A. S., L. M. O. de Souza, C. N. R. Alfonso, V. X. D'oliveira, I. R. de Oliveira Júnior, G. M. Camargo, H. Thomé, and P. A. Akamatsu. “Íleo Biliar: Causa Incomum De obstrução Intestinal Alta, revisão Integrativa Da Literatura”. Brazilian Journal of Health Review, vol. 7, no. 3, May 2024, p. e70056, doi:10.34119/bjhrv7n3-197.
7. BELLIZZI, A. S.; SOUZA, L. M. O. de; ALFONSO, C. N. R.; D'OLIVEIRA, V. X.; OLIVEIRA JÚNIOR, I. R. de; CAMARGO, G. M.; THOMÉ, H.; AKAMATSU, P. A. Íleo biliar: causa incomum de obstrução intestinal alta, revisão integrativa da literatura. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 7, n. 3, p. e70056, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/70056>. Acesso em: 22 dec. 2024.
8. Bowel obstruction secondary to gallstone ileus within an inguinoscrotal hernia. BJR Case Reports (PMC), 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8749400/>. Acesso em: 20 out. 2025.
9. CLARK, G. W. et al. Gallstone ileus: a continuing challenge. American Surgeon, v. 67, n. 12, p. 1183-1187, 2001.
10. Comparison between incidence of incisional hernia in laparoscopic cholecystectomy and by single port. SciELO Brasil (ABCD), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/RT5s9XVV4Tvx9BvY6WBnhwP/>. Acesso em: 20 out. 2025.

11. Comprehensive treatment of gallstone ileus associated with giant incisional hernia with loss of domain. *Revista Argentina de Cirugía*, 2024. Disponível em: <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/685>. Acesso em: 20 out. 2025.
12. COPELAND, E. M. *The textbook of surgery*. 18. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012.
13. ESTRATÉGIA MEDICINA. Abdome agudo obstrutivo: causas, diagnóstico e conduta. Disponível em: <https://med.estrategia.com>. Acesso em: 23 jun. 2025.
14. FELIX, M. M.; THOMAZ, J. C. Complicações de hérnias abdominais: abordagem clínica e cirúrgica. *Revista Brasileira de Cirurgia*, v. 105, n. 2, p. 44-50, 2018.
15. FERNANDES, J. M. et al. Obstrução intestinal: avaliação clínica e conduta cirúrgica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 211–217, 2017.
16. FERREIRA, F. G.; ET AL. TRATAMENTO CONSERVADOR DE ÍLEO BILIAR EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE CASO. *Rev Med Saúde Brasília*; 8(2): 140-146. 2019. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/10957>. Acesso em: 22 dec. 2024.
17. Fraga JBP, Souza TGS, Nascimento ACR, Moraes EO, Vieira FJ. Íleo biliar: relato de caso. *HU Rev*. 2008; 4:141-5.
18. Gallstone ileus 30 years after cholecystectomy and hepaticojejunostomy. *PubMed*, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38087485/>. Acesso em: 20 out. 2025.
19. Gallstone ileus: Case report and literature review. *World Journal of Gastroenterology* (via PubMed), 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=gallstone+ileus+literature+review+2019>. Acesso em: 20 out. 2025.
20. Íleo biliar — uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. *SciELO Brasil (Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.)*, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/PRZxKRKKPGD8gj4sXmyWT6Q/>. Acesso em: 20 out. 2025.
21. Lesão iatrogênica de vias biliares. *SciELO Brasil (Rev. Col. Bras. Cir.)*, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/JDgRWVhTqFdSsmSSMtpwnjG/>. Acesso em: 20 out. 2025.
22. LÓPEZ-MONCLÚS, J. et al. Gallstone ileus: diagnostic and therapeutic options. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, Madrid, v. 111, n. 1, p. 31–34, 2019.
23. MAINGOT, R. *Abdominal operations*. 12. ed. New York: McGraw-Hill, 2013.
24. Patterson, John W., et al. “Acute Abdomen.” *StatPearls*, StatPearls Publishing, 10 July 2023.
25. PEREIRA, R. S. et al. Hérnias da parede abdominal: fatores de risco e prevenção. *Jornal Brasileiro de Cirurgia*, v. 102, n. 3, p. 211-216, 2016.

26. RABIE, M. A.; SOKKER, A. Cholecystolithotomy, a new approach to reduce recurrent gallstone ileus. *Acute medicine & surgery*, v. 6, n. 2, p. 95–100, 2019.
27. REISNER, R. M.; COHEN, J. R. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *American Surgeon*, v. 60, n. 6, p. 441-446, 1994.
28. Reyes-Morales, Juan Manuel, and Laura Karina Hernández-García. “Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico” [Gallstone ileus: a diagnostic and therapeutic challenge. Presentation of a clinical case]. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social* vol. 61,1 106-110. 2 Jan. 2023
29. SAKORAFAS, G. H. et al. Small bowel obstruction due to adhesions: diagnostic and therapeutic considerations. *World Journal of Gastroenterology*, v. 11, n. 31, p. 4793-4797, 2005.
30. SANAR MEDICINA. Obstrução Intestinal: causas e abordagem inicial. Disponível em: <https://www.sanarmed.com>. Acesso em: 23 jun. 2025.
31. SILVA, D. F.; SANTOS, L. B. Abdome agudo obstrutivo: revisão clínica e cirúrgica. *Revista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo*, v. 25, n. 1, p. 35-41, 2017.
32. Surgical management of gallstone ileus after one-anastomosis gastric bypass: A case report. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2023. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/1948-9366/full/v15/i9/2083.htm>. Acesso em: 20 out. 2025.