

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

Helen Brambila Jorge Pareja

Orientador

Membro do Dep. de Cirurgia Geral

Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente

E-mail: Brambila_hj@hotmail.com

Michaela Helena Moretto Alves

Residente do Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral

Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente

E-mail: michaela.helenal@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

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 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 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.

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 fístula 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 fezes e gases, 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 hepaticojejunoenterostomia). 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 fístulas 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: <Bhttps://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/rbagg/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.