
FÍSTULA COLOGÁSTRICA POR ADENOCARCINOMA DE CÓLON TRANSVERSO. RELATO DE CASO

ALEXANDRE MARGUTTI FONOFF, FSBCP
SIDNEY ROBERTO NADAL, ASBCP
ANTÔNIO CARLOS VALEZI, FSBCP
CARLOS ALBERTO MALHEIROS
FARES RAHAL

FONOFF AM, NADAL SR, VALEZI AC, MALHEIROS CA & RAHAL F - Fístula cologástrica por adenocarcinoma de cólon transverso. Relato de caso. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(1): 13-15

RESUMO: Os autores apresentam um caso de paciente portador de fístula cologástrica devida a adenocarcinoma de cólon transverso, operado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pela infreqüência do achado. Citam as inúmeras etiologias destas fístulas e sugerem o diagnóstico sindrômico quando de diarreia, perda de peso e hálito ou vômitos fecalóides. Ressaltam a importância de suspeitar do diagnóstico quando da presença de vômitos fecalóides na ausência de obstrução intestinal.

UNITERMOS: fístula cologástrica; neoplasias do cólon

As fístulas gastrocôlicas constituem um achado infreqüente entre as neoplasias do trato gastrointestinal. Rico-Sellas e cols. (8) citam a publicação de Marshall sobre nove casos em 3.200 neoplasias de cólon e dois em 1.500 neoplasias gástricas na experiência da Clínica Lahey.

Segundo Marshall e Knud-Hansen (7), o primeiro caso foi descrito por Haller, em 1775. Desde então vários outros relatos vêm se somando a este, havendo 167 fístulas em portadores de neoplasias malignas na revisão realizada por Schweiter e Osborne, em 1953 (10).

Quando a fístula é maligna, o tumor é mais freqüentemente localizado no cólon (1, 7, 11). Marshall e Knud-Hansen publicaram 11 casos, em 1956, sendo 10 devidos a câncer de cólon (7). Segundo Amlicke e Ponka (1) e Smith, Dockerty e Black (11), a fístula cologástrica maligna é originária do cólon em 60% dos casos. Entretanto, Braghetto e cols. (2) apre-

sentaram três casos de fístula, apenas um devido a tumor colônico. Podem ocorrer em outras situações como, por exemplo, em complicações do tratamento cirúrgico das úlceras pépticas; úlcera gástrica; tumor carcinóide do cólon transverso; linfoma de Hodgkin; doenças inflamatórias intestinais; processos inflamatórios da cavidade celíaca, dentre outras (1, 3, 5).

Nosso propósito é o de apresentar um caso de fístula cologástrica por adenocarcinoma de cólon transverso, tratado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Comentam-se os principais aspectos quanto à etiologia; quadro clínico; métodos diagnósticos e tratamento.

Relato do Caso

Paciente de 66 anos, masculino, branco, natural e procedente de São Paulo. Procurou nosso Serviço, queixando-se de três ou quatro episódios de diarreia com fezes líquidas, sem sangue, muco ou pus, há 15 dias, acompanhados de vômitos fecalóides há três dias. Referia que há 30 dias apresentava quadro de dor abdominal incaracterística, acompanhado de vômitos escuros com odor fecal, melena e enterorragia. Emagrecimento de 15 kg em 18 meses. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, emagrecido, pouco descorado, sem particularidades às propedêuticas torácica e abdominal. Os exames laboratoriais revelaram, de positivo, anemia hipocrômica e microcítica. O enema opaco (Fig. 1) mostrava imagem de moléstia diverticular dos cólons e diminuição do calibre em cólon transverso. As radiografias de esôfago, estômago e duodeno sugeriam a presença de fístula entre o estômago e o cólon transverso. A endoscopia digestiva alta evidenciou presença de duas úlceras na grande curvatura gástrica, na porção antral, com 8 e 10 mm respectivamente, com saída de líquido castanho-esverdeado de odor fétido pela ulceração de maior tamanho. O exame anatomopatológico da biópsia da borda desta úlcera diagnosticou adenocarcinoma.

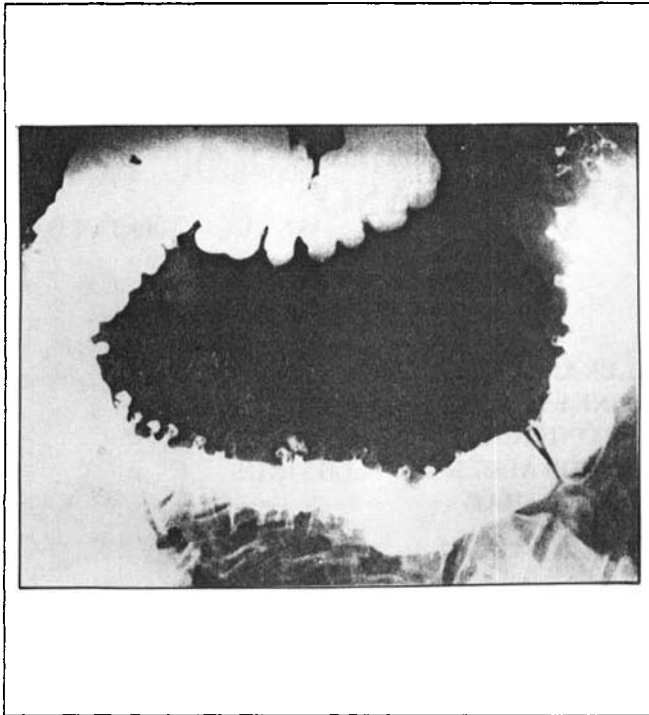


Fig. 1 - Enema opaco mostrando imagens de divertículos espalhados pelos cólons e estenose segmentar no transverso.

Com a hipótese diagnóstica de adenocarcinoma gástrico fistulizado, submetemos o doente à cirurgia, onde encontramos massa tumoral invadindo o estômago e o cólon transverso (Figs. 2 e 3). Realizamos gastrectomia subtotal e colectomia segmentar em transverso, retiramos a peça em monobloco e reconstituímos o trânsito à Billroth II e anastomose colo-cólica.

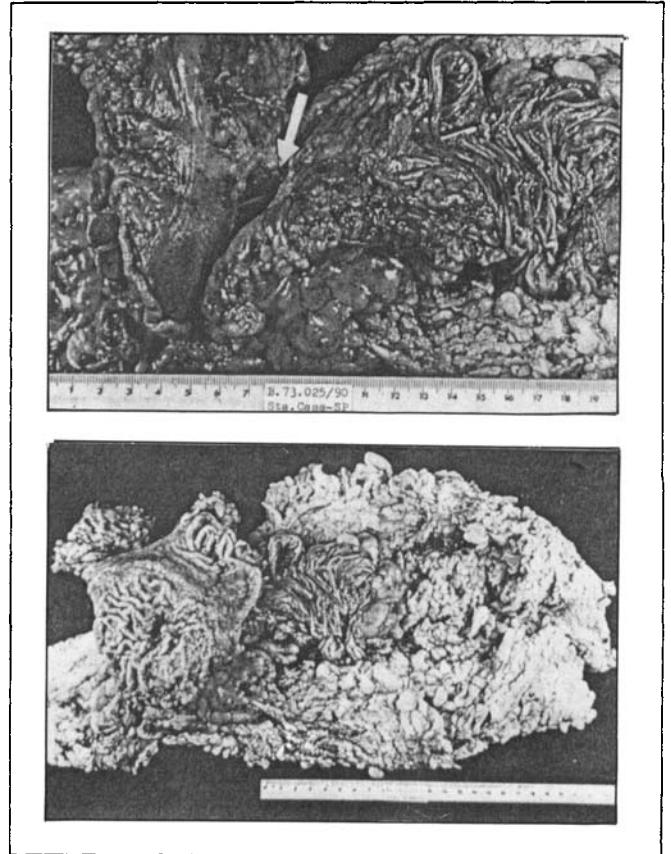
O doente evoluiu bem no pós-operatório, sem apresentar complicações, recebendo alta hospitalar no nono dia. O exame anatomopatológico da peça revelou adenocarcinoma pouco diferenciado do cólon fistulizado para o estômago, invasão do omento e comprometimento linfonodal. No acompanhamento ambulatorial, constatou-se carcinomatose após oito meses, causa da morte 15 meses depois da cirurgia.

DISCUSSÃO

As fístulas cologástricas são complicações raras que ocorrem em portadores de câncer gástrico, câncer de cólon e em doenças benignas, como úlcera péptica penetrante ou de boca anastomótica (2), sendo essas últimas citadas como as mais comuns (1, 3, 7).

Dentre as fístulas malignas, as de origem colônica são as mais frequentes (1, 2, 7, 11).

Quanto às manifestações clínicas, a diarreia, perda de peso e hálito ou vômitos fecalóides parecem constituir uma tríade clássica, segundo Amlicke e Ponka (1), embora sejam descritos o sangramento anal (11), esteatorréia, polivitaminose (4), dor abdominal, anemia e massa abdominal palpável (9). Nosso doente apresentou anemia, emagrecimento e desnutrição, e informava diarreia, sangramento caracterizado por melena e enterorragia, dor abdominal incomum e hálito



Figs. 2 e 3 - Peça operatória mostrando massa tumoral fistulizada entre o estômago e o cólon transverso.

to e vômitos fecalóides. A exemplo de Marshall e Knud-Hansen (7), acreditamos que, pelo fato desta entidade apresentar diferentes etiologias, a mesma deva constituir uma síndrome, caracterizada por diarreia, perda de peso e hálito ou vômitos fecalóides.

A suspeita clínica associada aos métodos diagnósticos, como as radiografias de esôfago, estômago e duodeno (EED), trânsito intestinal, enema opaco e endoscopia digestiva, com retirada de espécimes para biópsia, fazem o diagnóstico definitivo (2, 3, 9). Em nosso caso, a doença foi constatada pelos exames radiográficos contrastados, porém o exame anatomopatológico da biópsia gástrica não revelou a origem do neoplasma, que talvez ocorresse se o material de biópsia fosse colhido por colonoscopia. De qualquer forma, a conduta não seria alterada.

Acreditamos que o único tratamento satisfatório e eventualmente curativo para esses casos seja a retirada em monobloco da massa tumoral, seguindo os rigores da técnica oncológica (2, 6-9, 11). Em geral, esses doentes estão em más condições nutritivas e é necessário introduzir alimentação parenteral, com vistas à melhora do prognóstico (2). No caso em pauta, a nutrição parenteral total foi introduzida com o propósito acima. Ressaltamos a necessidade do preparo de cólon, tanto mecânico como químico, para diminuir as complicações infecciosas.

O prognóstico é reservado, sendo que 50% dos doentes morrem antes do primeiro ano (2, 3). Bragheti e cols. (2) re-

ferem que nos doentes que receberam suporte nutricional e naqueles em que o tumor foi extirpado o tempo de sobrevivência é maior. Segundo Smith e cols. (11), este fato ocorreu na ausência de comprometimento linfonodal. Nosso doente recebeu nutrição parenteral total, teve o tumor extirpado e apresentava comprometimento linfonodal. Morreu após 15 meses devido a carcinomatose.

A presença de síndrome consumptiva associada a massa palpável em mesogástrio e/ou epigástrio nos leva a pensar em câncer do trato gastrointestinal. Porém, a ocorrência de vômitos fecalóides na ausência de obstrução intestinal sugere a complicação com fístula gastrocólica.

FONOFF AM, NADAL SR, VALEZI AC, MALHEIROS CA & RAHAL F - Cologastric fistula due to transverse colon adenocarcinoma - Case report.

SUMMARY: The authors present a case of cologastric fistula due to transverse colon adenocarcinoma, in a patient who underwent surgery at the Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. They cite the several etiologies of this kind of fistulas and suggest syndromic diagnostic in the occurrence of diarrhea, weight loss and stercoraceous breath or fecal vomiting. They also emphasize the importance of mistrusting this diagnosis whenever fecal vomiting is present in the absence of intestinal obstruction.

KEY WORDS: cologastric fistula; colonic neoplasms

REFERÊNCIAS

1. Amlicke JA, Ponka JL. Gastrocolic and gastrojejunal fistulas. A report of sixteen cases. *Am J Surg* 1964; 107: 744-750.
2. Braghetto I, Parada H, Csendes A, Ubilla R. Fístulas gastrocómicas de origen neoplásica. *Arq Gastroent* 1984; 31: 119-124.
3. Cody JH, DiVicenti FC, Cowick DR, Mahanes JR. Gastrocolic and gastrojejunal fistulae: report of twelve cases and review of the literature. *Ann Surg* 1975; 181: 376-380.
4. Kiskaddon RM, Templeton FE, Renshaw RJF. Gastrocolic fistula: a new concept of pathologic physiology; mechanism of production of the syndrome. *Cleveland Clin Quart* 1947; 14: 94-197.
5. Leigh B. Gastrocolic fistula of uncommon type. *Med J Aust* 1970; 1: 904.
6. MacMahon CE, Lund P. Gastrocolic fistulae of malignant origin. A consideration of its nature and report of five cases. *Am J Surg* 1963; 106: 333-347.
7. Marshall SF, Knud-Hansen J. Gastrojejunal and gastrocolic fistulas. *Ann Surg* 1957; 145: 770-782.
8. Rico-Selas P, San Martín JH, Bustos GA, Azcoita M, Ramos FS, Gonçalves EM. La fístula cologástrica como complicación infrecuente de las neoplasias de colon. *Análisis de cuatro casos. Rev Clin Esp* 1978; 148: 607-610.
9. Samama G, L'Hirondel JL, Bezaud J. Cancer du colon transverse révélaté par une fistule gastrocolique. *Méd Chir Dig* 1977; 6: 567-568.
10. Schweitzer RJ, Osborne MP. Gastrocolic fistula complicating carcinoma. *Am J Surg* 1953; 85: 775-779.
11. Smith DL, Dockerty MB, Black BM. Gastrocolic fistulas of malignant origin. *Surg Gynecol Obstet* 1972; 134: 829-832.

Endereço para correspondência:

Sidney Roberto Nadal
Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 381 - ap. 23
05415-030 - Pinheiros - SP