

FÍSTULA COLECISTOCÓLICA - RELATO DE CASO

FÁTIMA CRISTINA SIMÕES BERNARDO
FRANCISCO DE OLIVEIRA JUNIOR
MARISTELA G. ALMEIDA, TSBCP
JOSÉ ANTÔNIO VOLPIANI, FSBCP
JOSÉ ANTÔNIO MOREIRA JACINTO
ANTÔNIO CARLOS BARAVIERA, TSBCP
DESIDÉRIO ROBERTO KISS, TSBCP

BERNARDO FCS, OLIVEIRA JR.F, ALMEIDA MG, VOLPIANI JA, JACINTO JAM, BARAVIERA AC & KISS DR - Fístula colecistocólica - Relato de caso. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(3): 191-193

RESUMO: Descrevemos neste trabalho um caso de fístula colecistocólica em paciente do sexo feminino, internada e tratada na Clínica de Colo-Proctologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo e realizamos revisão da literatura sobre o assunto. O diagnóstico foi feito através do enema opaco, que mostrou passagem do contraste para a árvore biliar e a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, realizando-se colecistectomia e ressecção de pequena porção da parede do cólon adjacente à fístula, tendo a paciente evoluído satisfatoriamente e recebido alta sem complicações.

UNITERMOS: fístula biliar; tratamento cirúrgico

O aparecimento de fístulas biliares internas, envolvendo o trato gastrointestinal, não é incomum, sendo a maioria entre a vesícula e o duodeno. As fístulas colecistocólicas vêm a seguir em incidência, geralmente a partir da sexta década de vida⁽²⁾. São consideradas, usualmente, complicações de colelitíase crônica, podendo ser suspeitada quando pacientes, com sintomas de cólicas biliares ou icterícia, apresentam melhora ou desaparecimento súbito dos mesmos e subsequente dor em cólica em baixo ventre e diarreia^(1,2).

O diagnóstico nem sempre é realizado pré-operatoriamente, já que muitas vezes não é feita esta hipótese. Algumas vezes, pode ser obtido pela presença de ar na via biliar ao RX simples ou através de enema opaco^(2,4).

O objetivo de nosso trabalho é apresentar um caso de fístula colecistocólica, diagnosticada por enema opaco e tratada cirurgicamente e discutir os aspectos importantes em relação a essa patologia.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 58 anos, foi atendida em março de 1995, no ambulatório de Colo-proctologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, com queixa de diarreia aquosa há 2 anos, sem sangue, muco ou pus. Referia também dor abdominal tipo cólica, de localização imprecisa e episódios esporádicos de febre (38° a 39°C). Nos últimos 6 meses apresentou piora do quadro diarréico e da dor abdominal, passando a apresentar também náuseas e vômitos frequentes, além de perda ponderal de 13 Kg neste período. Negava intolerância a alimentos gordurosos ou icterícia. Relatava história pregressa de úlcera duodenal e hipertensão.

Ao exame físico apresentava-se corada, hidratada, anictérica e afebril. Ausculta cardiopulmonar nos limites da normalidade. O abdômen estava flácido, plano, difusamente doloroso à palpação, principalmente em hemiabdomen direito, ruídos hidroaéreos presentes e descompressão brusca negativa.

No exame proctológico encontrou-se discreta hiperemia de mucosa retal à retossigmoidoscopia, tendo sido realizada biópsia que mostrou apenas infiltrado inflamatório inespecífico.

Foi solicitado enema opaco que evidenciou a presença de um trajeto fistuloso entre a vesícula biliar e o ângulo hepático do cólon, com opacificação de toda a árvore biliar (Figs. 1 e 2).

Solicitou-se, subsequentemente, ultra-sonografia abdominal que mostrou vesícula escleroatrófica e ausência de cálculos biliares.

Todos os exames laboratoriais (bioquímicos, hemograma, leucograma, coagulograma e provas de função hepática), sem alterações significativas.

Com esses achados, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora, encontrando-se forte aderência entre vesícula biliar e ângulo hepático do cólon, que correspondia ao trajeto fistuloso. Não se evidenciaram cálculos na vesícula. Optou-se pela realização de colecistectomia e ressecção do trajeto fistuloso, juntamente com pequena porção da parede colônica na sua borda antimesentérica e rafia da mesma com prolene 3-0, em sutura contínua.

A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 5º dia pós-operatório. No seguimento ambulatorial (último em fevereiro/97), a paciente encontra-se assintomática.

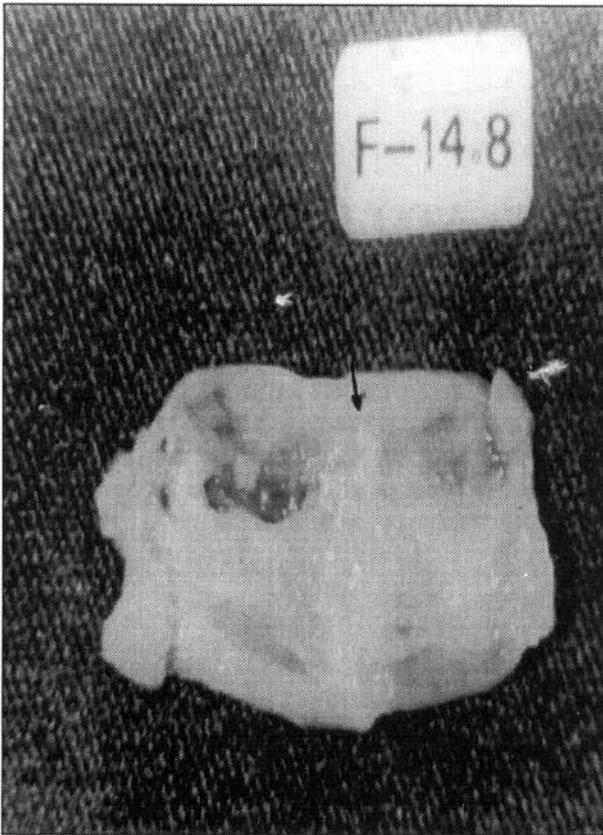


Fig.1 - Enema Opaco: Percebe-se trajeto fistuloso a partir do ângulo hepático do cólon.

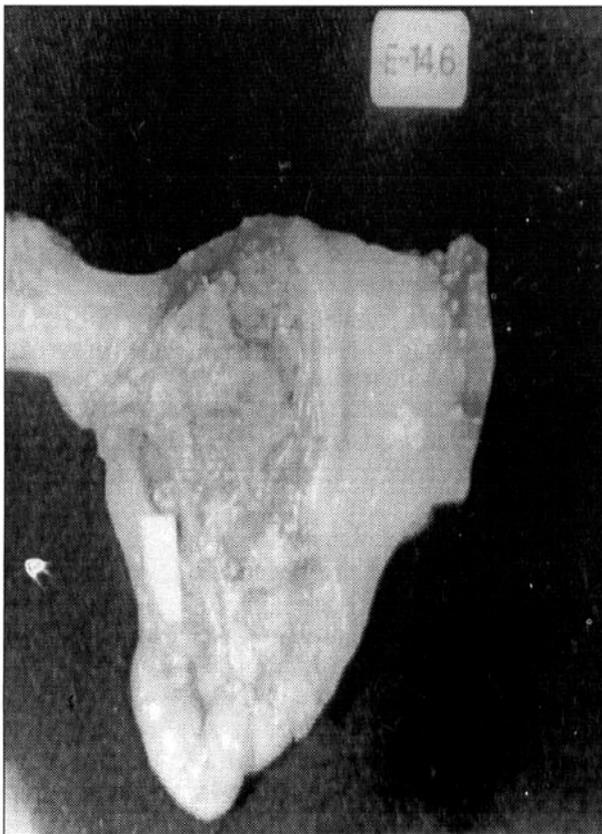


Fig.2 - Enema Opaco. Percebe-se trajeto fistuloso entre ângulo hepático do cólon e árvore biliar, contrastada.

DISCUSSÃO

As fístulas colecistocólicas representam a segunda forma mais freqüente de apresentação das fístulas enterobiliares, com incidência variando de 3 a 26% dos casos relatados⁽¹⁻⁷⁾.

A maioria destas fístulas está associada a cálculos biliares (colecistopatia crônica calculosa). Outras causas menos freqüentes são tumores de cólon, pâncreas e vesícula; diverticulite, deformidades congênitas e complicações pós-operatórias de cirurgias biliares⁽¹⁾.

Estas fístulas, mais freqüentemente, se formam a partir do fundo da vesícula biliar com o ângulo hepático do cólon, devido à proximidade e, mais raramente, a partir da via biliar principal⁽⁴⁾. No caso que relatamos, o trajeto fistuloso se fez entre o fundo da vesícula biliar e o ângulo hepático do cólon.

Muitos dos pacientes não têm história prévia de sintomas relacionados ao trato biliar. Os sintomas que geralmente acompanham a formação de uma fístula biliar são perda de peso, dor abdominal, diarreia, febre, calafrios e, menos freqüentemente, enterorragia e esteatorrêia^(2,6). Entretanto, na grande maioria das vezes o diagnóstico quase nunca é suspeitado. Em nossa paciente, estavam presentes emagrecimento, diarreia, dor abdominal e febre, e a hipótese diagnóstica inicial, de acordo com esses sintomas, foi de neoplasia de cólon.

A diarreia, sintoma freqüentemente encontrado nesta patologia, pode ser devido à presença de sais biliares no cólon, que diminui a absorção de água e aumenta sua excreção e do sódio ou, ainda, causada pela formação de um shunt no ciclo entero-hepático com conseqüente má digestão das gorduras⁽⁴⁾.

O aparecimento de colangite nestas fístulas está provavelmente associado à presença de algum grau de obstrução do ducto biliar e não apenas pela contaminação por bactérias da árvore biliar⁽³⁾. Os episódios febris de nossa paciente podem ter sido ocasionados por surtos de colangite, mas este fato não ficou bem caracterizado e deixamos a questão em aberto.

Estas fístulas, raramente, se manifestam por hemorragia intestinal que é pouco abundante, podendo ser causada por erosão da artéria cística⁽¹⁾ ou devido à ulceração do local da fístula⁽²⁾. Em nossa paciente, não houve nenhum sinal de sangramento.

A maioria das fístulas colecistocólicas não é diagnosticada precocemente e, muitas vezes, só são identificadas durante o ato cirúrgico. O diagnóstico pode ser presumido primeiramente, quando se visualiza ar na árvore biliar ao RX simples de abdômen e subseqüentemente confirmado por um enema opaco, onde se vê o trajeto fistuloso e a opacificação da árvore biliar⁽¹⁾.

Segundo alguns autores, entretanto, o enema opaco pode não ser confiável para o diagnóstico, principalmente nos casos em que a fístula é de pequeno calibre⁽⁴⁾.

Consideram a colangiografia endoscópica um excelente método diagnóstico, apesar da morbidade e citam a alternativa da cintilografia com tecnécio 99^(4,7).

A colonoscopia tem sido utilizada como método diagnóstico, porém não visualiza a fístula, observando-se apenas sinais indiretos como elevações da mucosa colônica e ulcerações que sugeriam lesões neoplásicas^(5,6). No caso por nós relatado, o diagnóstico foi feito através do enema opaco, não sendo necessário outro método complementar.

O tratamento de escolha para estas fístulas é cirúrgico, consistindo da exérese da vesícula biliar e ressecção do segmento colônico acometido, apesar de se ter uma morbidade e mortalidade não negligenciáveis, de respectivamente 15% e 6%^(3,4). Em pacientes com risco cirúrgico elevado, a esfínterectomia endoscópica, quando houver obstrução da via biliar principal, permite o fechamento espontâneo da fístula, ao diminuir a hipertensão biliar^(3,4). No caso aqui relatado, foi possível o tratamento da fístula através da colecistectomia, ressecção do trajeto fistuloso e de pequena área da parede do cólon, em sua borda antimesentérica, sem necessidade de ressecção segmentar, tendo a paciente evoluído satisfatoriamente.

BERNARDO FCS, OLIVEIRA JRF, ALMEIDA MG, VOLPIAN IJ A, JACINTO JAM, BARAVIERA AC & KISS DR - Cholecystocolic fistula - Case report.

SUMMARY: We report a patient with cholecystocolonic fistula hospitalized and treated at Coloproctology Clinic in the Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo and we revised the literature about the subject. Diagnosis was made on a routine barium enema, which demonstrated passage of the barium to the biliary tree. The patient underwent cholecystomy and resection of small portion of the colon wall adjacent to the fistulous tract. She recovered satisfactorily, without complications.

KEY WORDS: biliary fistula; surgical treatment

REFERÊNCIAS

1. Elsas LJ, Gilat T. Cholecystocolonic fistula with malabsorption. *Ann Int Med* 1965; 65:481-85.
2. Kaplan BJ. Massive lower gastrointestinal hemorrhage from cholecystocolic fistula. *Dis Colon Rectum* 1967; 10:191-96.
3. Goldberg RI, Phillips RS, Barkin JS. Spontaneous cholecystocolonic fistula treated by endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc* 1988; 34:55-6.
4. Caroli-Bosc FX, Ferrero JM, Grimaldi C et al. Cholecystocolic fistula from symptoms to diagnosis. *Gastroenterol Clin Biol* 1990; 14:767-70.
5. Sakurai U, Itoh M, Tsuchiya H et al. Acute cholecystocolic fistula detected by colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 1990; 36:163-4.
6. Gerst PH, Katter H, Rosario PG. Cholecystocolic fistula masquerading as colon cancer. *AMJ Gastroenterol* 1993; 88:1296-7.
7. Anez LF, Gupta SM. Cholescintigraphic detection of cholecystocolonic fistula and liver abscess. *Clin Nucl Med* 1994; 19:551-2.

Endereço para correspondência:

Maristela Gomes de Almeida
Rua Paracatu, 575 ap. 31 - Saúde
04302 - 021 - São Paulo - SP