

FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA DESCOBERTA APÓS SEMI-OBSTRUÇÃO INTESTINAL

CHOLECYSTOGASTRIC FISTULA DISCOVERED AFTER INTESTINAL SEMIOOBSTRUCTION

Larissa Cavalcante Amora¹; Ítalo da Silva Barbosa²; Heron Kairo Sabóia Santanna Lima³; Bárbara Matos de Carvalho Borges³; Breno Moreira Viana Mendonça Brito¹; Lucas Parente Alencar⁴.

1 – Médico (a) residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, Fortaleza, CE, Brasil.

2 - Acadêmico de Medicina do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil.

3 - Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil.

4 - Endoscopia Digestiva pelo Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC), Fortaleza, CE, Brasil.

Artigo submetido em: 05/11/21

Artigo aceito em: 25/11/21

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

A Fístula Colecistogástrica é definida como a comunicação entre o lúmen da vesícula biliar e o lúmen da câmara gástrica. Caracteriza-se por ser uma patologia cirúrgica rara. Neste artigo descrevemos o caso de uma paciente do sexo feminino, 66 anos, internada no serviço de Cirurgia Geral com queixas de dor e distensão abdominal, associadas à diminuição na eliminação de gases e fezes, vômito escurecido e perda de peso. Em investigação complementar durante internação, diagnosticou-se fístula comunicante entre lúmens gástrico-cístico. Apesar de a colecistectomia e o reparo gástrico serem pilares do tratamento, até o momento não há consenso sobre a via ideal de abordagem. Dessa forma, o objetivo deste artigo é relatar o diagnóstico e o tratamento de uma patologia cirúrgica incomum, ampliando a literatura médica acerca de tal tema.

Palavras-chave: Colelitíase; Fístula Biliar; Cálculos Biliares.

ABSTRACT

Cholecystogastric fistula is defined as the communication between the lumen of the gallbladder and the lumen of the gastric chamber. This condition is a rare surgical pathology. In this article, we describe the case of a 66-year-old female patient admitted to the General Surgery Service with complaints of abdominal pain and distension, associated with decreased gas and stool elimination, black vomit and weight loss. In a complementary investigation during hospitalization, a communicating fistula was diagnosed between gastro-cystic lumens. Although cholecystectomy and gastric repair are mainstays of treatment, to date there is no consensus on the ideal approach. Thus, the objective of this article is to report the diagnosis and treatment of an uncommon surgical pathology, increasing the medical literature on this theme.

Keywords: Cholelithiasis; Biliary Fistula; Gallstones.

Introdução

A Fístula Colectogástrica (FCG) é definida como a comunicação entre o lúmen da vesícula biliar e o lúmen da câmara gástrica. Caracteriza-se por ser uma patologia cirúrgica rara. Assim, equivale a cerca de 3% das Fístulas Colectoentéricas (FCE)^(1,2). A literatura médica aponta como tratamento de escolha para reparo da fístula, gastroplastia e colecistectomia em uma única fase, podendo ser realizado tanto por vialaparoscópica quanto convencional, sem evidências de superioridade entre elas^(3,4).

Neste relato, apresenta-se um caso de fístula colectogástrica diagnosticada após episódio de semiobstrução intestinal alta. Este Relato foi construído com base nos Critérios SCARE⁽⁵⁾.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 66 anos, portadora de déficit cognitivo importante, acompanhada por familiar, atendida em contexto ambulatorial para programação de colecistectomia devido a colelitíase sintomática. Durante atendimento foi relatado queixas de dor e distensão abdominal difusa, flatos presentes, mas com eliminação de fezes reduzidas, um episódio de êmese escurecida e perda de peso de 10 kg em um ano. Ao exame, paciente com estado geral regular, hipocorada e desidratação leve, com abdômen globoso, depressivo, doloroso a palpação, porém sem peritonite. Toque retal com a presença de grande quantidade de fezes endurecidas em ampola retal. Com base nos achados durante a consulta, foi optado por direcionar a paciente para o setor de observação clínica e realizado clister evacuativo com objetivo de alívio das fezes impactadas. Após o clister, a paciente iniciou de quadro de melena.

Dessa forma, paciente foi redirecionada para internação hospitalar e iniciado protocolo de hemorragia digestiva: monitorização clínica, hidratação venosa, coleta seriada de hemogramas (que identificaram queda de hemoglobina de 7,7

para 6,7), prescrito omeprazol endovenoso com uma dose de 80 mg e solicitado Endoscopia Digestiva Alta (EDA) de urgência. A EDA evidenciou presença de lesão em antro gástrico com aproximadamente 15 milímetros, aspecto ulcerado e bordas regulares. Além disso, a lesão permitia a entrada do aparelho por cerca de 3 centímetros através do túnel e, após isso, encontrava-se bloqueada com fonte da obstrução não claramente caracterizada.

Após estabilização hemodinâmica da paciente, foi realizada tomografia de abdômen com contraste, onde foi evidenciando aparente comunicação entre a vesiculobiliar e o interior gástrico na região antropilórica, apresentando duas imagens ovaladas no interior do estômago, heterogêneas (com hiperdensidade periférica), medindo cerca de 2,8 cm e 3,0 cm (FIGURA 01).



Figura 01. Cálculos em Lúmen Gástrico vistos durante EDA.

Nova EDA realizada, com presença de cálculos em interior de câmara gástrica e redução do orifício fistuloso para cerca de 9 milímetros (FIGURA 02). Optamos por retirar os cálculos por via endoscópica (FIGURA 02).

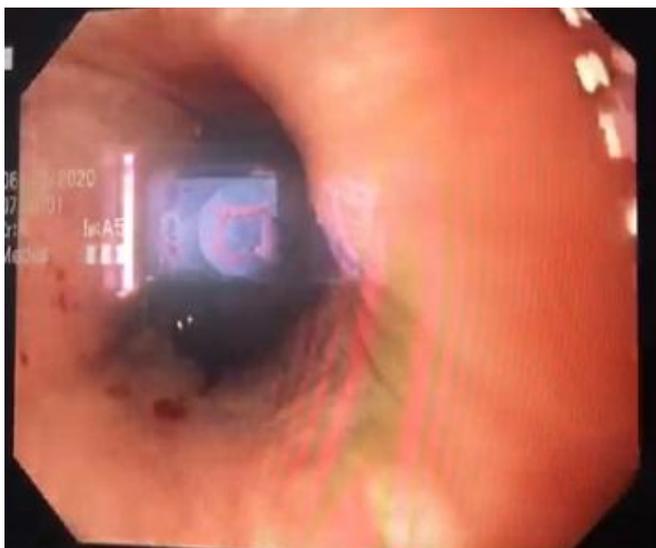


Figura 02. Óstio gástrico de Fístula Colecistogástrica visto durante EDA.



Figura 03. Cálculos biliares retirados de lúmen gástrico durante EDA.

Proseguimos a investigação com a colangiorressonância, que descreveu vesícula biliar com pequeno volume, redução do calibre das vias biliares extra-hepáticas no seu aspecto proximal, ausência de cálculos biliares e, por fim, perda de definição do fundo da vesícula biliar com planos indistintos com a região do antro e primeira porção do duodeno, com aparente comunicação entre os lúmens.

Dessa forma, como a paciente apresentava estabilidade clínica, sem sinais de colestase ou colecistite, boa aceitação da dieta oral, evacuações presentes e fisiológicas e sem descrição de cálculos em colangiorressonância, foi optado por conduta conservadora com observação clínica e radiológica por meio de acompanhamento ambulatorial.

Discussão

A vesícula biliar pode armazenar cerca de 30-60 ml de bile. Anatomicamente podemos dividi-la em quatro regiões: colo, infundíbulo, corpo e fundo. A bile armazenada nessa bolsa escoava através o ducto cístico para o colédoco dando prosseguimento até o lúmen duodenal⁽⁶⁾. O estômago localiza-se na porção superior do abdome, logo abaixo do diafragma, medialmente ao baço, e com grande área anterior recoberta pelo lobo hepático esquerdo⁽⁶⁾.

As Fístulas Entéricas (FCE) ocorrem em cerca de 3-5% dos pacientes com colelitíase, ocorrendo mais comumente em pacientes com idade avançada, pacientes com colecistite crônica ou recorrente^(7,8). Estudos retrospectivos identificaram que as FCE foram encontradas em até 0,74% dos pacientes submetidos à cirurgia do tratobiliar^(1,2), e em 0,27-0,5% dos submetidos à colecistectomia videolaparoscópica^(1,2,9).

Dentre os trajetos possíveis, o mais comum é a fístula colecistoduodenal, que corresponde a 53% das FCE, enquanto a menos comum é a fístula colecistogástrica, que corresponde a 2,1-4,2% das FCE^(1,2,9).

Acerca das etiologias, a colelitíase ocasiona de 91% a 94% das fístulas biliares internas espontâneas^(1,2). Acredita-se que a presença da litíase resultaria em ativação da resposta inflamatória juntamente com erosão local, levando a escavação dos tecidos subjacentes e formação do trajeto fistuloso^(1,7,10,11). Outras causas de FCE não-relacionadas à colelitíase são neoplasias, trauma, infecção amebiana, úlcera péptica, equinococose e diverticulite^(1,12,13).

Os sinais e sintomas das FCG são inespecíficos, muito correlacionados com os de colecistite associada^(3,8). Assim, a maioria dos diagnósticos é feito no intraoperatório^(8,14). O principal risco dessas afecções encontra-se no deslocamento do cálculo para o trato gastrointestinal e a subse-

quente ocorrência de Abdome Agudo Obstrutivo por obstrução gástrica - Síndrome de Bouveret -, impatção em íleoterminal ou em válvula ileocecal^(10,15,16).

Historicamente, o tratamento e prognóstico das FCG têm evoluído positivamente. Como exemplo, relatos dessa patologia datam de 1968, nos quais afirmam alta mortalidade⁽¹⁷⁾. Atualmente, as intervenções tendem a bom resultado-terapêutico, muito provavelmente devido à melhora dos métodos de estratificação de risco cirúrgico e investigação complementar⁽¹⁰⁾. Assim, na Tomografia Computadorizada, pode-se visualizar pneumobilia, litíase no trato gastrointestinal ou vesícula biliar atrofiada^(8,14).

Tendo em vista a escolha do tratamento, ainda não há consenso na literatura acerca da melhor abordagem. Dessa maneira, a escolha do método depende das condições clínicas do paciente, expertise da equipe cirúrgica, comorbidades e estado anatômico para planejamento do procedimento⁽¹⁴⁾. A técnica videolaparoscópica consiste na colecistectomia e correção da fístula. Em um estudo realizado por Chowbey et al. (2006) demonstrou que é possível o uso dessa abordagem com uma taxa de conversão para cirurgia aberta de 6,3%.

Ainda neste tema, também é possível a abordagem pela cirurgia aberta/convencional⁽¹⁸⁾. Defende-se que esse método possui como pontos positivos a maior facilidade para dissecação, o que é estratégico nos casos de FCG, tendo em vista a potencial presença de aderências devido ao processo de inflação crônica⁽¹⁴⁾. Pode-se também realizar a abordagem em dois estágios, com correção da fístula e posterior colecistectomia; ou mesmo em um estágio, não havendo consenso quanto à superioridade entre ambos⁽¹⁴⁾. Em pacientes de alto risco operatório, pode-se utilizar de abordagem terapêutica endoscópica, com possível abordagem eletiva posteriormente⁽⁴⁾. Em nosso caso, optamos pela abordagem

endoscópica e acompanhamento clínico para programação futura de colecistectomia.

Conclusão

Em suma, as fístulas colectogástricas são entidade rara, porém de ocorrência mais comum em população idosa, com presença de outras comorbidades. Devido a isso, é importante avaliação minuciosa do estado pré-operatório com exames complementares bioquímicos e de imagem, para que assim escolha-se a melhor via de abordagem, levando-se em conta a experiência do centro de atendimento.

Referências

1. Fujimoto, G. Laparoscopic and endoscopic cooperative surgery for cholecystogastric fistula: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2020; 71; 116-119.
2. Beksac K, Erkan A, Kaynaroglu V. Double Incomplete Internal Biliary Fistula: Coexisting Cholecysto gastric and Cholecystoduodenal Fistula. *Case Rep Surg*. 2016;
3. Stagnitti, F., Tudisco, A., Ceci, F., Nicodemi, S., Orsini, S., Avallone, M. Spaziani, E. Bilio-digestive fistulae and gallstone ileus: diagnostic and therapeutic considerations. *Our experience. Il Giornale di chirurgia*, 2014; 35(9-10); 235.
4. McKenzie, P., Adler, D. G. Spontaneous-cholecysto gastric fistula treated endoscopically. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2020; 92(6); 1264-1265.
5. Agha RA, Fowler AJ, Orgill DP, Afifi R, Al-Ahmadi R, Albrecht J, et al. For the SCARE Group. The SCARE 2018 Statement: Updating Consensus Surgical Case Report (SCARE) Guidelines. *Int J Surg*. 2018.
6. Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., Mattox, K. L. *Sabiston text book of surgery E-book*. Elsevier Health Sciences, 2016.

7. Ali, M. F., Friedel, D., Levin, G. Two anomalies in one: a rare case of an intra hepatic-gallbladder with a cholecystogastric fistula. *Case reports in gastroenterology*, 2017;11(1); 148-154.
8. Chou, C. K. Computed tomography demonstration of cholecysto gastric fistula. *Radiology case reports*, 2016: 11(2); 70-73.
9. Li, X. Y., Zhao, X., Zheng, P., Kao, X. M., Xiang, X. S., Ji, W. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistula: a single-center experience. *Journal of International Medical Research*, 2017: 45(3); 1090-1097.
10. Boland, M. R., Bass, G. A., Robertson, I., Walsh, T. N. Cholecystogastric fistula: a brief report and review of the literature. *Journal of surgical case reports*, 2013: 2013(4);rjt028.
11. Hiki, N., Nunobe, S. Laparoscopic endoscopic cooperative surgery (LECS) for the gastrointestinal tract: updated indications. *Annals of gastroenterological surgery*, 2019;3(3); 239-246.
12. Hiki, N., Yamamoto, Y., Fukunaga, T., Yamaguchi, T., Nunobe, S., Tokunaga, M., Seto, Y. Laparoscopic and endoscopic cooperative surgery for gastrointestinal stromal tumor dissection. *Surgical endoscopy*, 2008: 22(7); 1729-1735.
13. Balent, E., Plackett, T. P., Lin-Hurtubise, K. Cholecystocolonic fistula. *Hawaiian Journal of Medicine & Public Health*, 2012: 71(6); 155.
14. Aamery, A., Pujji, O., Mirza, M. Operative management of cholecystogastric fistula: case report and literature review. *Journal of surgical case reports*, 2019: 2019(11),rjz345.
15. Vieiro Medina, M. V., Gomez Sanz, R., Brañsa, E., Domínguez Sánchez, I., de La Fuente Bartolomé, M., Díaz Pérez, D., de-la-Cruz-Vigo, F. First case reported of Bouveret's syndrome associated to duodenal and biliary perforation to retroperitoneum. *RevEspEnfermDig*, 2016: 108(6); 376-378.
16. CondoriBustillos, R., López Ovando, M., Panozo Rojas, M., Ferrufino Navia, G. Síndrome de Bouveret: reporte de un caso. *Revista Científica Ciencia Médica*, 2015;18(1); 67-70.
17. Gardner, N. H. Cholecystogastric fistulae. *British medical journal*, 1968: 3(5620);723.
18. Chowbey, P. K., Bandyopadhyay, S. K., Sharma, A., Khullar, R., Soni, V., & Bajjal, M. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistulas. *Journal of Laparoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 2006: 16(5); 467-472.

Autor correspondente:

Larissa Cavalcante Amora

Email

larissacavalcanteamora@gmail.com