



UM ESTUDO DE CASO SOBRE FÍSTULA ESTÔMAGO E INTESTINO

Data da submissão: 06/04/2025

Data de publicação: 06/05/2025

Henrique Bettiol Coronado Barelli

Graduando de Medicina
UNOESTE

Maria Eduarda Fadel Lacrete

Graduanda de Medicina
FEMA

Maria Eduarda Monteiro Oliveira

Graduanda de Medicina
UNIMAR

Lucas Ramos Domingues

Graduando de Medicina
UNIMAR

Beatriz Coelho dos Santos

Graduanda de Medicina
FEMA

Natan Brito Rigato

Graduando de Medicina
UNIMAR

Hudman Cunha Ortiz

Graduando de Medicina
UNIDERP

Felipe Bolfarini Felix Capi

Graduando de Medicina
FEMA

RESUMO

Introdução: A colecistite corresponde a uma condição inflamatória da vesícula biliar que pode variar entre uma condição controlada até uma condição potencialmente fatal. Fístulas gastrointestinais são complicações cirúrgicas graves que podem ocorrer de diversas formas clínicas e são responsáveis por aumentar a morbimortalidade dos procedimentos cirúrgicos. A complicação da colecistite por fístula no trato gastrointestinal apresenta manifestações clínicas variáveis e inespecíficas, e seu diagnóstico muitas vezes é realizado incidentalmente no perioperatório da sua causa base e o tratamento se baseia na retirada da vesícula biliar e correção da fístula. **Discussão:** A inflamação da vesícula biliar, denominada colecistite, possui diversas causas. A presença de fístulas entéricas em pacientes com colecistite está presente em cerca de 3% até 5% das situações. **Conclusão:** A colecistite agravada por tumor tem um prognóstico difícil devido a fatores como a biologia agressiva do tumor, posição anatômica da vesícula biliar e diagnóstico tardio, que quando associados aos antecedentes pessoais de



risco podem levar a complicações como formação de fístulas gastrointestinais. Portanto, é crucial um diagnóstico precoce, utilizando de exames histológicos ou de imagem e um tratamento cirúrgico adequado, assim como um acompanhamento pós-operatório para garantir uma recuperação sem complicações.

Palavras-chave: Colecistite. Fístula. Tratamento.



1 INTRODUÇÃO

A colecistite corresponde a uma condição inflamatória da vesícula biliar que pode variar entre uma condição controlada até uma condição potencialmente fatal. A presença de cálculos, a colelitíase, na vesícula biliar é o principal fator que leva ao desenvolvimento da colecistite (BONADIMAN et al. 2019). A fisiopatologia da colelitíase envolve a obstrução persistente e completa do colo da vesícula biliar ou do ducto cístico por um cálculo biliar ou tumor, levando à sua distensão e à subsequente irritação química da parede da vesícula e, por conseguinte, a colecistite (JUNIOR et al., 2021). Sem tratamento adequado, a doença pode se agravar potencialmente, resultando em complicações, tal como a ocorrência de fistulas entre os órgãos abdominais e um segmento biliar (AMORA et al., 2022).

Dentre as consequências do histórico de colelitíase está uma condição rara denominada íleo biliar que afeta principalmente mulheres e idosos acima de 60 anos, que se caracteriza pela formação de uma comunicação entre a vesícula biliar e a região da válvula ileocecal que permite o escape de um ou mais cálculos previamente formados possibilitando uma obstrução mecânica (FOGAÇA et al., 2020). Vale salientar que o impacto dos cálculos ocorre mais frequentemente no íleo, entre 50% a 60% dos casos, mas também, pode acontecer em outros segmentos, como o duodeno, causando obstrução intestinal alta, um quadro descrito pelo médico francês Léon Bouveret (LE MOS et al., 2024).

Quanta a gravidade da colecistite, esta pode variar entre leve, moderada ou potencialmente fatal. Assim, é fundamental a adoção de critérios para classificar de maneira assertiva a gravidade da colecistite, os quais são divididos em três categorias: leve (grau I), moderada (grau II) e grave (grau III) que levam em consideração as evidências clínicas e os achados clínicos bem como a repercussão sistêmica e a dificuldade da realização do procedimento de colecistectomia (JUNIOR et al., 2021).

Os sintomas clínicos do íleo biliar são compatíveis com os de uma síndrome de obstrução intestinal, sendo que apenas entre 20% a 30% dos pacientes tornam-se sintomáticos e a evolução da condição ocorre em apenas 2% dos casos (FOGAÇA et al., 2020). A suspeita clínica pode ser confirmada por meio de radiografia abdominal, que pode revelar a dilatação das alças do delgado com níveis hidroaéreos, litíase biliar ectópica e aerobilia, a tríade de Rigler, presente em até 50% dos casos (LE MOS et al., 2024).

Uma rara complicação do íleo biliar consiste em obstrução intestinal, que possui sinais inespecíficos de dor abdominal. Os sintomas da condição obstrutiva podem começar a ocorrer alguns dias antes do quadro típico e demonstram o trajeto do cálculo até o momento do impacto, o qual costuma ser na válvula ileocecal, uma porção de maior estreitamento do intestino delgado. Sendo que,



para a ocorrência desse feito é necessário que o cálculo tenha no mínimo 2,5 cm de diâmetro (PINHEIRO et al., 2020).

As ocorrências de fistulas decorrem da erosão da parede do trato biliar por meio da presença do cálculo na vesícula biliar, a qual leva a um processo inflamatório, seguida da perfuração, da formação de um trajeto fistuloso e, por conseguinte, a saída do cálculo para o trato digestivo, sendo o sinal mais frequente desse processo a dor abdominal, porém, por ser uma manifestação muito comum sua evolução se dá de forma insidiosa (RUFINO e CUTRIM, 2019).

A formação de um trajeto fistuloso como complicação de uma colecistite que envolve uma obstrução do trajeto normal da bile é raro, associadas a presença de cálculos volumosos (>2,5 cm), tumores, de idade avançada e de recorrência da condição obstrutiva (MENDES et al., 2005). Porém, verifica-se que, ainda que a formação de fistulas seja rara, sua concepção se dá em cerca de 90% dos casos por causa direta da litíase vesicular (BONADIMAN et al. 2019). Outras causas de fistula nessa região sem relação com a colelitíase são: neoplasias, trauma, infecção amebiana, equinococose, úlcera péptica e diverticulite (AMORA et al., 2022). Os principais fatores de risco associados à colecistite incluem a presença de cálculos biliares, idosos, mulheres, obesidade, uso de diuréticos tiazídicos, quimioterapia arterial hepática transcateter, terapia de reposição hormonal e HIV/AIDS. Assim, episódios de fistulas possuem como fonte as condições intrínsecas à colecistite.

Fístulas gastrointestinais são complicações cirúrgicas graves que podem ocorrer de diversas formas clínicas e são responsáveis por aumentar a morbimortalidade dos procedimentos cirúrgicos. Em mais de 2/3 dos casos, elas decorrem de manipulações cirúrgicas prévias (recentemente também associada a procedimentos endoscópicos terapêuticos), com mortalidade global de 15-25% (AMIN et al., 2021).

A complicação da colecistite por fistula no trato gastrointestinal apresenta manifestações clínicas variáveis e inespecíficas, e seu diagnóstico muitas vezes é realizado incidentalmente no perioperatório da sua causa base. Na grande maioria dos casos, os sintomas incluem dor intensa no hipocôndrio direito ou epigástrico, podendo irradiar para dorso, associada a náuseas, vômitos, diarreia, hiporexia, febre e icterícia (JUNIOR et al., 2021).

Ao exame físico abdominal, haverá notável sensibilidade e defesa abdominal à palpação em região epigástrica e hipocôndrio direito, presença de massa abdominal pelo aumento vesicular, ruídos hidroaéreos presentes à ausculta, além do sinal de Murphy presente (a dor piora durante a inspiração profunda ao pressionar o ponto cístico no hipocôndrio direito). Os exames laboratoriais apresentam leucocitose, bilirrubina direta aumentada, amilase elevada e fosfatase alcalina elevada. Para a



confirmação do diagnóstico deve-se analisar a sintomatologia do paciente e os exames, laboratoriais e de imagens, por ele apresentado.

O diagnóstico é realizado através de imagens, tais como ultrassonografia abdominal, que é um método considerado muito eficiente para estes casos ou tomografia computadorizada de abdômen que identifica a comunicação entre o sistema biliar e o trato gastrointestinal, e em algumas situações por meio do exame endoscópico (colonoscopia) (RUFINO e CUTRIM, 2019). A ultrassonografia é o exame de escolha inicial devido a segurança e o baixo custo, além de ser um procedimento não invasivo e isento de radiação ionizante. O cálculo biliar se manifesta no ultrassom através de imagens hiperecogênicas arredondadas, produtoras de sombra acústica posterior e podendo estar móveis ou sofrer impactação. (CONCEIÇÃO et al., 2023).

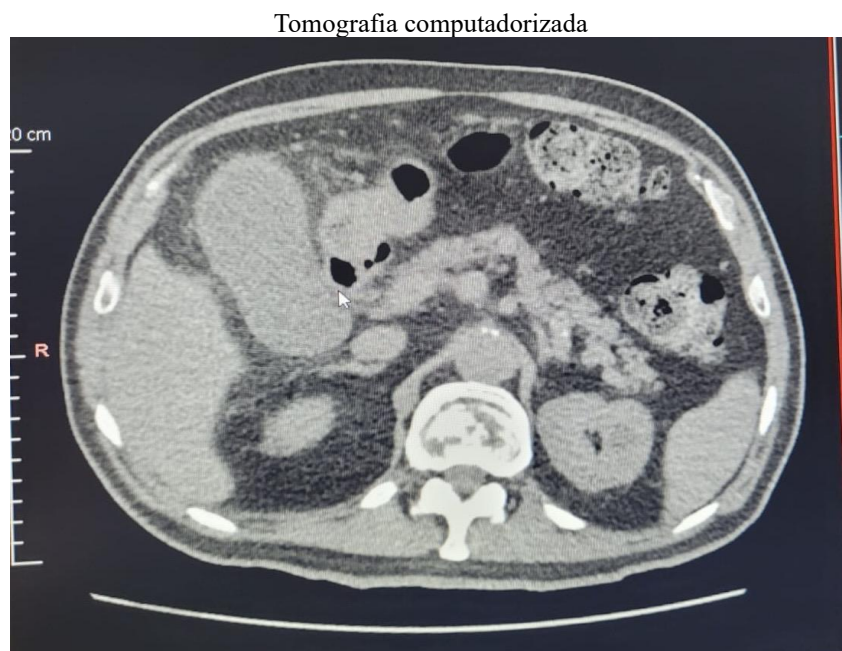
Entretanto, como as manifestações clínicas são inespecíficas, contribui para que o diagnóstico pré-operatório seja feito em poucos pacientes e assim, a descrição minuciosa da real complicação venha ser realizada de forma furtiva durante o intra-operatório para tratar da colecistite (AMORA et al., 2022). Em casos de colecistite com fistula gastrointestinal, o tratamento se baseia na retirada da vesícula biliar e correção da fistula. Quando apresenta obstrução por cálculos biliares, realiza também a enterolitotomia para sua retirada. Logo, a colecistite com fistula tem tratamento eminentemente cirúrgico através da colecistectomia – remoção da vesícula biliar - por via videolaparoscópica ou convencional e correção da fistula. Ambas as cirurgias podem ser realizadas em um único estágio ou em dois estágios, sendo correção da fistula e posterior colecistectomia.

A colecistectomia simples é o tratamento indicado também para pacientes com tumores restritos a mucosa, enquanto naqueles com evidência de acometimento mais extenso deve ser realizada a colecistectomia radical com ressecção em cunha do leito de alguns segmentos hepáticos, acompanhada de linfadenectomia do ligamento hepatoduodenal (AGUIAR et al., 2020).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente R.C.M., sexo masculino, 72 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Admitido no pronto socorro para a realização de colecistectomia eletiva devido a uma lesão da vesícula biliar invadindo estômago e colo transversos. O procedimento foi iniciado por VDL, entretanto devido a gravidade e o sangramento decorrente da hipertensão foi optado a cirurgia aberta com hipótese de tumor na vesícula biliar. Paciente permaneceu bem durante a cirurgia e na recuperação apresenta dificuldade para se alimentar e relata dor abdominal. Dessa forma, foi realizada uma tomografia do abdômen sem alterações e recebeu alta após 14 dias. Após 40 dias da cirurgia, paciente

apresenta dor abdominal e náuseas. Foi indicado USG do abdômen superior evidenciando um cisto no rim direito e baço, pâncreas e fígado com dimensões normais.



Imagens fornecidas pelo doutor Fernando Pereira de Almeida, Hospital Santa Casa.

3 DISCUSSÃO

A inflamação da vesícula biliar, denominada colecistite, possui diversas causas como inflamação bacteriana, cálculos biliares, diverticulite, trauma, neoplasias, sendo a última a causa que levou o paciente a colecistectomia. A cirurgia é realizada mais de 300 mil vezes por ano no Brasil e pode ser feita a forma convencional/aberta ou videolaparoscopia (padrão ouro em patologia benigna) além de ser possível a conversão de uma para outra mediante sangramentos, aderências intra-abdominais, dificuldade técnica de procedimento (AGUIAR et al., 2020) (JUNIOR et al., 2021).

Na videolaparoscopia, são feitas pequenas incisões na região abdominal inferior direita próximo a vesícula permitindo a inserção das pinças e a passagem da câmera para a cavidade abdominal. Dessa forma, é considerada menos invasiva e consequentemente com um tempo de recuperação menor para o retorno do paciente em suas atividades da vida cotidiana e uma cicatriz mais discreta. Além disso é importante destacar que quando comparado a cirurgia aberta, à videolaparoscopia apresenta menores chances de complicação, baixa taxa de mortalidade e pequenos índices de lesões em ductos biliares e por isso é a escolhida de muitos profissionais da saúde.

No entanto, algumas das desvantagens em relação a videolaparoscopia incluem a dificuldade em avaliar lesões intestinais, de retroperitônio, e certas áreas de fígado e baço, e a limitação visual em



casos de sangramento importante. Com isso, dadas suas limitações e indicações, seu uso é seguro e suas condições terapêuticas são eficazes, tendo como principal objetivo a avaliação diagnóstica, ainda que suas indicações definitivas sejam não concordantes por completo (PAES et al., 2022).

Também é importante destacar que, mesmo raramente, em alguns casos é necessário fazer uma radiografia durante a operação chamada de colangiografia, ela é utilizada para determinar a posição relativa de estruturas que rodeiam a vesícula em casos da existência de cálculos nas vias biliares ou a presença de anormalidades anatômicas. As possíveis complicações são lesões nas vias biliares ou no duodeno favorecendo o aparecimento de fístulas biliares, hemorragia e infecções.

A principal sintomatologia da colecistite é a dor abdominal por múltiplos ataques de cólica biliar com oclusão temporária do ducto cístico. Nesses casos, o procedimento indicado é a realização da colecistectomia convencional ou videolaparoscópica (JUNIOR et al., 2021), sendo a última a utilizada de início no trabalho com posterior conversão para convencional devido à gravidade da situação e o intenso sangramento presente, uma vez que o paciente permaneceu hipertenso durante o procedimento. A maioria das condições que afetam o trato gastrointestinal possuem sinais e sintomas inespecíficos, o que ocasiona em diagnósticos feitos no intraoperatório (AMORA et al., 2022). No caso, o tratamento cirúrgico optou-se por colecistectomia com exploração da via biliar, gastrorrafia, colorrafia e omentectomia, em que foi possível a observação de lesão da via biliar invadindo estômago e colón transverso com fistula e coleta de material para investigação de tumor de vesícula biliar.

A presença de fístulas entéricas em pacientes com colecistite está presente em cerca de 3% até 5% das situações, sendo visualizada em 0,74% dos pacientes submetidos em colecistectomia aberta e entre 0,27% até 0,5% em colecistectomia videolaparoscópica. Em relação ao trajeto, a mais comum é a fístula colecistoduodenal, em 53% dos casos, e a menos comum é a colecistogástrica, em cerca de 3% dos casos (AMORA et al., 2022).

O carcinoma de vesícula biliar é a quinta neoplasia mais frequente do trato digestivo e a neoplasia mais comum do trato biliar. Ele é encontrado em cerca de 0,2% até 3% de todas as colecistectomias realizadas, mas apenas 30% dos pacientes são diagnosticados com essa condição antes da cirurgia. O restante dos casos é identificado apenas através do exame histopatológico após a operação. O fator de risco para a ocorrência é a colelitíase com presença de cálculos de grande volume e processos inflamatórios crônicos (AGUIAR et al., 2020).

O exame anatomopatológico da peça extirpada durante uma colecistectomia ocasional deve ser efetuado em todos os pacientes, pois é a única maneira de confirmar o diagnóstico e detectar formas precoces, já que uma porcentagem importante das lesões são planas e inaparentes, não sendo observada



nenhuma alteração macroscópica da peça, que são descobertas somente durante o exame histológico detalhado (PEIXOTO et al.,2016). No caso, o exame anatomopatológico do paciente confirmou a presença do tumor de vesícula biliar, associado a formação de fístula gastrointestinal, e assim, seguiram com o manejo adequado do seu pós-operatório.

4 METODOLOGIA

A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, juntamente com seu prontuário médico, foram coletadas informações para realização desse relato de caso. Além disso, foi realizada uma busca de informações em bases de dados.

5 CONCLUSÃO

A colecistite agravada por tumor tem um prognóstico difícil devido a fatores como a biologia agressiva do tumor, posição anatômica da vesícula biliar e diagnóstico tardio, que quando associados aos antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes, idade avançada, podem levar a complicações como formação de fístulas gastrointestinais. Portanto, é crucial um diagnóstico precoce, utilizando de exames histológicos ou de imagem e um tratamento cirúrgico adequado, como colecistectomia convencional ou videolaroscópica, dependendo da aptidão do cirurgião ou peculiaridades do quadro clínico, assim como um acompanhamento pós-operatório para garantir uma recuperação adequada e sem complicações.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores concordam que não houve nenhum conflito de interesses ao decorrer desse relato de caso.



REFERÊNCIAS

- AGUIAR, V. P. et al. COLECISTITE CRÔNICA SIMULANDO TUMOR DE VESÍCULA BILIAR: UM RELATO DE CASO. *Revista de Patologia do Tocantins*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 52–55, 2020.
- AMIM, B. D. P. et al. Abordagens endoscópicas no tratamento de fístulas e deiscências gastrointestinais. *International Journal of Health Management Review*, v. 7, n. 3, 2021.
- AMORA, L.C. et al. Fístula colecistogástrica descoberta após semi-obstrução intestinal. *Revista Científica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar*, v. 3, n. 1, p. 59–63, 9 jun. 2022.
- BONADIMAN, A. et al. CONDUTA ATUAL NA COLECISTITE AGUDA. *Revista Uningá*, v. 56, n. 3, p. 60–67, 5 set. 2019.
- CONCEIÇÃO, D.L. et al. Achados ultrassonográficos na colecistite aguda. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 2, p. 7010–7013, 5 abr. 2023.
- CONDE, L. M. et al. Laparoscopic management of cholecystocolic fistula. *ABCD. Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 27(4), 285–287, 2014.
- JUNIOR, E. S. et al. Abordagem diagnóstica e tratamento da colecistite aguda: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 9, p. e8772, 23 set. 2021.
- MAYA, M. C. et al. Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 8, n. 1, 2009.
- MENDES, M. et al. FÍSTULA COLECISTO-ENTÉRICA: A PROPÓSITO DE 3 APRESENTAÇÕES DISTINTAS, p. 27-31, 2005. Disponível em: https://www.sped.pt/images/sped/GE/GE_2005/1janfev2005/v12n1a04.pdf. Acesso em: 2 maio. 2024.
- PAES, B.P. et al. Videolaparoscopia no trauma: uma revisão sistemática / Video laparoscopy in trauma: a systematic review. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 1, p. 2353–2371, 7 fev. 2022.
- RUFINO, I. R.; CUTRIM, M. S. P. Fístula colecistoduodenal uma rara complicação de colelitíase: relato de caso e seu diagnóstico por imagem. *Rev. Pesq. Saúde*, 20(1): 32-34, jan-abr, 2019.
- VASCONCELLOS, L. A. S. DE et al. Colecistite Aguda: aspectos clínicos e manejo terapêutico: Acute Cholecystitis: clinical aspects and therapeutic management. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 10, p. 68667–68678, 21 out. 2022.
- YOKOE, M. et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, v. 25, n. 1, p. 41–54, jan. 2018.