



Colecistite com fistula estômago e intestino: Um relato de caso

Cholecystitis with stomach-intestine fistula: A case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n4-012

Recebimento dos originais: 11/06/2024

Aceitação para publicação: 31/07/2024

Helen Brambila Jorge Pareja

Mestrado em Ciências da Saúde
Universidade do Oeste Paulista

Eduardo Alves Canedo

Graduado em Medicina
Universidade del Pacifico

Daniela Portela Cajango

Graduanda de Medicina
Universidade do Oeste Paulista

Giovana Simões Dias

Graduanda de Medicina
Universidade do Oeste Paulista

Isadora Nascimento

Graduanda de Medicina
Universidade do Oeste Paulista

Pedro Henrique Machado Galli

Graduando de Medicina
Universidade do Oeste Paulista

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 fistula 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. **Objetivo:** Demonstrar a importância de um diagnóstico precoce frente a uma colecistite prevenindo assim possíveis complicações, como uma fistula. **Métodos:** A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, e seu prontuário, foram coletadas informações para realização desse relato. **Resultados:** Tendo em vista que o diagnóstico da neoplasia na vesícula biliar é realizado em momento pós-operatório e seu tratamento é precisamente cirúrgico, opta-se por colecistectomia videolaparoscópica como modalidade terapêutica, mesmo que as indicações definitivas desse método ainda sejam controversas. **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, Diagnóstico.

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. Em uma menor proporção, essa condição pode ser causada por outros fatores, como tumores, problemas de circulação sanguínea, distúrbios na movimentação da vesícula biliar, danos químicos diretos, infecções (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).

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). Abaixo será exposta a classificação da colecistite conforme os critérios da diretriz de Tokyo.

Quadro 1 – Critérios de diagnóstico da colecistite aguda segundo as diretrizes de Tóquio 2013/2018.

Grau III (grave)	1. Disfunção cardiovascular: hipotensão requerendo tratamento com dopamina ≥ 5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ por minuto, ou qualquer dose de norepinefrina 2. Disfunção neurológica: nível de consciência diminuído 3. Disfunção respiratória: relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ 4. Disfunção renal: oligúria, creatinina $> 2,0$ mg/dl 5. Disfunção hepática: PT-INR $> 1,5$ 6. Disfunção hematológica: contagem de plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$
------------------	--

Grau II (moderada)	1.Contagem elevada de leucócitos (>18.000/mm ³) 2.Massa palpável e sensível no quadrante superior direito do abdome 3.Duração das queixas >72 horas 4.Inflamação local acentuada (colecistite gangrenosa, abscesso pericolecístico, abscesso hepático, peritonite biliar, colecistite enfisematosa)
Grau I (leve)	"Colecistite aguda Grau I" não atende aos critérios de "Grau III" ou "Grau II" de colecistite aguda. Também pode ser definida como colecistite aguda em um paciente saudável, sem disfunção orgânica e com alterações inflamatórias leves na vesícula biliar, tornando a colecistectomia um procedimento operatório seguro e de baixo risco.

Fonte: YOKOE M, et al., 2018

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 fístulas 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 fístula 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 fístulas 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 fístula. Quando apresenta obstrução por cálculos biliares, realiza também a enterolitotomia para sua retirada. Logo, a colecistite com fístula 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 linfoadenectomia do ligamento hepatoduodenal (AGUIAR et al., 2020).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

J.S.G, paciente sexo masculino, 78 anos, casado, admitido no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente para a realização de colecistectomia eletiva devido a uma lesão da vesícula biliar invadindo estômago e colo transverso, apresenta comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e arritmia cardíaca. O procedimento foi iniciado por VDLP, entretanto devido a gravidade e o sangramento decorrente da HAS 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 realizado 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.



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 transversos 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).

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 RESULTADOS

Tendo em vista que o diagnóstico da neoplasia na vesícula biliar é realizado em momento pós-operatório e seu tratamento é precisamente cirúrgico, opta-se por colecistectomia videolaparoscópica como modalidade terapêutica, mesmo que as indicações definitivas desse método ainda sejam controversas.

6 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.



Sendo assim, é de suma importância o conhecimento e a atualização dos profissionais de saúde para a identificação de anormalidades relacionadas ao trato gastrointestinal e proporcionar ao paciente um tratamento adequado e eficaz para que se tenha a diminuição da mortalidade desta patologia.



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.