

Abdome agudo obstrutivo secundário a fístula colecistocólica: relato de caso.

Isabele Alves Chirichela, Daniel Miguel Mauro, Vanessa Baioco, Bianca Miyazawa, Emanuel Gois Junior

Departamento de Clínica Cirúrgica, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná

Introdução

Fístulas bilioentéricas são raras e representam 0,15 a 4,8% das operações do trato biliar. As fístulas colecistoduodenais são mais comuns e correspondem a 70% dos casos, enquanto as fístulas colecistocólicas cerca de 10 a 20%¹. A maioria das fístulas colecistocólicas são diagnosticadas apenas durante o ato cirúrgico e, em geral, resultam de um quadro de colelitíase crônica². Apresentamos o caso de um paciente com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo de etiologia biliar e fístula colecistocólica diagnosticada por tomografia (TC).

Relato de Caso

Paciente com quadro de dor e distensão abdominal há 5 dias e parada da eliminação de fezes e flatos há 3 dias associados a náuseas. Não apresentava icterícia, colúria ou acolia fecal. Sem antecedentes pessoais de colelitíase ou cirurgias abdominais prévias. Relatava hipertensão e diabetes. Ao exame encontrava-se em bom estado geral, anictérico, com abdome distendido e doloroso à palpação difusa, sem sinais de peritonite ou massas palpáveis. A radiografia de abdome evidenciava distensão periférica com haustrações de padrão colônico, ausência de pneumoperitônio ou aerobilia. Realizou-se tomografia de abdome (**Figura 1**) que demonstrou a presença de fístula colecistocólica em flexura hepática de cerca de 2,5 centímetros (cm) associada a presença de cálculo de configuração piramidal de 5,0 cm de diâmetro impactado em cólon sigmoide (**Figura 2**). O paciente foi submetido a laparotomia exploradora e enterolitotomia em flexura do cólon sigmoide com rafia primária do cólon (**Figura 3**). Optou-se por abordagem da fístula em segundo tempo, no qual foi realizada a colecistectomia aberta a Torek, correção da fístula e confecção de transversostomia em alça devido a friabilidade dos tecidos adjacentes.

Discussão

Raros casos foram relatados com o cálculo biliar impactado na porção retossigmoide causando obstrução do cólon devido à fístula colecistocólica. A maior parte dos casos se apresenta com dor abdominal, náusea, perda de peso, diarreia, sintomas dispépticos e raramente esteatorreia, enterorragia e sintomas relacionados ao trato biliar^{1,3}.



Figura 1: Fístula colecistocólica. Seta branca representa fístula, linha pontilhada verde vesícula biliar e marrom cólon.

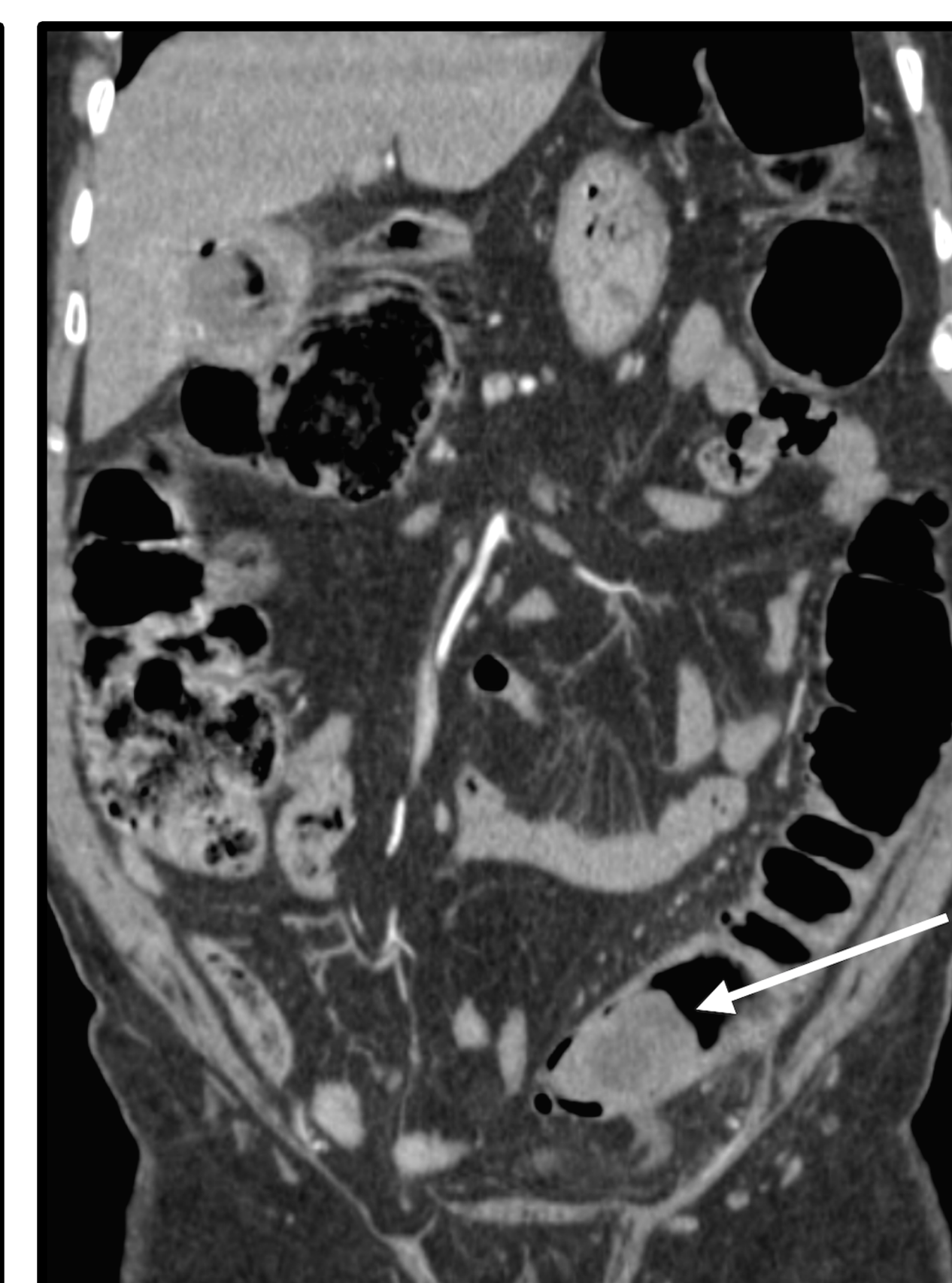


Figura 2: Seta branca, cálculo impactado em cólon sigmoide.

Os principais métodos diagnósticos incluem radiografia de abdome, ultrassonografia abdominal, enema opaco, cintilografia biliar, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e tomografia de abdome. Na literatura, poucos casos se apresentaram com abdome agudo obstrutivo e o diagnóstico foi realizado somente no intraoperatório²⁻⁴.



Figura 3: Cálculo biliar

Referências

1. Sharma NS . Cholecystocolic Fistula: A Diagnostic Dilemma Bangladesh Journal of Medical Science Vol. 13 No. 03 July'14
2. Conde, LM. Abordagem laparoscópica da fístula colecistocólica. ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(4):285-287
3. Bernardo, FCS. Fístula Colecistocólica: Relato de caso. Revista Brasileira de Coloproctologia. Julho/Setembro 1997 17(3): 191-193
4. R. Costi. Cholecystocolonic fistula: facts and myths. A review of the 231 published cases. J Hepatobiliary Pancreat Surg (2009) 16:8-18



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

