

FÍSTULA GASTROCÓLICA

GASTROCOLIC FISTULA

Alexandre Cruz Henriques, TCBC-SP¹
Sergio Pezzolo, TCBC-SP¹
Simone A. Chiconelli Henriques, ACBC-SP²

INTRODUÇÃO

A fístula gastrocólica (FGC) é uma complicação que ocorre mais freqüentemente após cirurgias gástricas, ou secundária a tumores do estômago e do cólon. Obstrução pilórica associada à FGC é achado raro, tendo sido encontrada em apenas dois casos na literatura.¹ O diagnóstico não oferece dificuldades, mas o tratamento comporta múltiplas abordagens.

Tendo a oportunidade de vivenciar um caso de paciente portador de FGC, diante da sua raridade e complexidade terapêutica, julgamos oportuno relatá-lo.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos, procurou assistência médica com queixa de plenitude pós-prandial e vômitos esporádicos de longa data e, há 14 dias, cólica abdominal, três a quatro episódios de diarreia por dia, com fezes líquidas nas quais reconhecia fragmentos de alimentos e perda de sete quilos no período; apresentava antecedente de cirurgia para úlcera péptica há quatro anos.

O exame físico não mostrava alterações. O enema opaco evidenciou livre passagem do contraste pelos segmentos cólicos e também para o estômago (Figura 1). O trânsito intestinal revelou estenose total na primeira porção duodenal, nenhuma passagem do contraste para o intestino delgado e ampla passagem do contraste para o cólon transverso (Figura 2).

A endoscopia digestiva alta visualizou estenose duodenal total, com presença de grande úlcera em boca anastomótica de provável gastroenteroanastomose. Biópsias das bordas da úlcera mostraram processo inflamatório inespecífico. O relatório solicitado ao serviço onde o paciente foi previamente operado, informava que o mesmo era portador de úlcera duodenal estenosante e foi submetido a uma vagotomia troncular

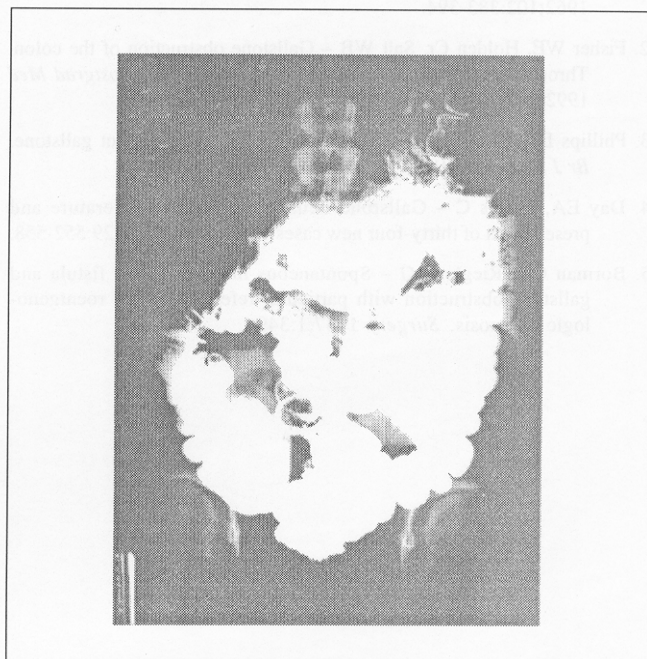


Figura 1 – Enema opaco: todo o cólon contrastado e passagem do contraste para o estômago através da fístula gastrocólica em ângulo hepático

associada a uma gastroenteroanastomose. Com o diagnóstico de FGC secundária a úlcera péptica, associada à estenose bulbar e da anastomose gastrojejunal, optamos pelo tratamento cirúrgico.

À laparotomia encontrou-se grande tumor de aspecto inflamatório, envolvendo região antropilórica, ângulo hepático do cólon e segmento jejunal. Optamos por uma hemigastrectomia, revisão da vagotomia, colectomia segmentar e enterectomia do segmento jejunal, retirando a peça em monobloco.

1. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina do ABC. Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral da Intermédica Sistema de Saúde - Hospital Príncipe Humberto.

2. Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral da Intermédica Sistema de Saúde - Hospital Príncipe Humberto.

Recebido em 12/11/98

Aceito para publicação em 19/4/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral da Intermédica Sistema de Saúde - Hospital Príncipe Humberto.

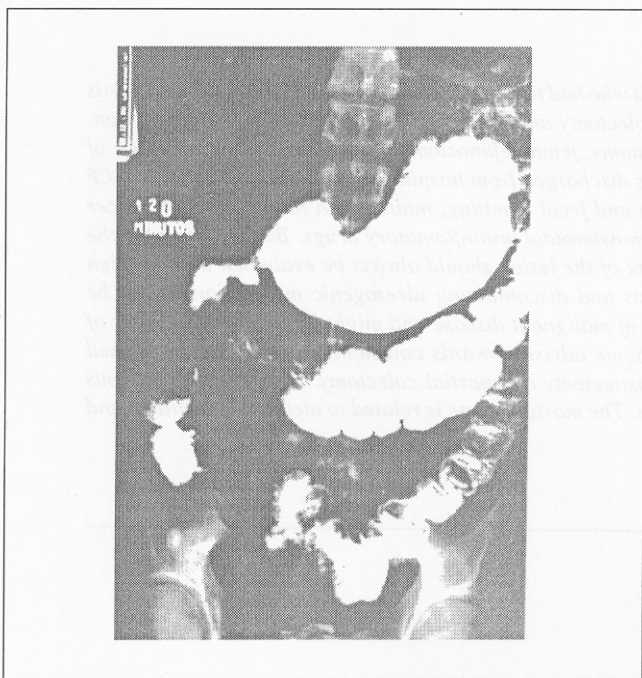


Figura 2 – Trânsito intestinal: passagem do contraste do estômago para o cólon, através da fístula gastrocólica, sem visualização do intestino delgado

A reconstrução foi feita através de uma anastomose tipo Billroth II, anastomose colo-cólica e jejuno-jejunal término-terminal. A abertura da peça cirúrgica demonstrou ampla FGC, com estenose total da anastomose gastrojejunal.

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar no sétimo dia de pós-operatório; a última avaliação ambulatorial foi realizada no nono mês pós-operatório, encontrando-se assintomático. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou úlcera péptica crônica do estômago perfurada e fistulizada para o intestino grosso, onde se vê processo inflamatório crônico agudizado.

DISCUSSÃO

Em 1755, Haller foi o primeiro a descrever um caso de FGC em paciente portador de câncer abdominal.² Trata-se de complicação rara, que incide igualmente em ambos os sexos, principalmente entre a quinta e a sétima décadas de vida.³

A cirurgia inadequada para o tratamento da úlcera péptica é a principal causa da FGC.^{4,5} Sua ocorrência foi estimada em 4% de todos os pacientes submetidos a uma gastroenteroanastomose exclusiva para o tratamento da úlcera péptica.⁴ Em doentes não operados, o câncer de estômago e do cólon

constitui a principal causa de FGC, ocorrendo em 1:400 casos desta afecção.^{4,5}

A FGC secundária à doença péptica não operada é rara e está associada ao uso de antiinflamatórios hormonais e não-hormonais, e sua frequência absoluta e relativa tem aumentado devido ao uso cada vez maior destes medicamentos, devido à melhora técnica das cirurgias para úlcera péptica e também em virtude do diagnóstico mais precoce das neoplasias.¹ Outras causas são: trauma, tuberculose, enterite regional, colite ulcerativa, pseudocisto de pâncreas e moléstia diverticular dos cólons.²⁻⁵

Os sintomas mais frequentes caracterizam a tríade clássica: diarreia aquosa pós-prandial com ou sem fragmentos de alimentos, perda de peso e vômito fecalóide; outros sintomas podem estar presentes, tais como: dor abdominal, graus variados de desnutrição e hemorragia digestiva alta; surgem de maneira aguda ou insidiosa.²⁻⁵

O diagnóstico é confirmado com o enema opaco ou com a radiografia contrastada do estômago; o primeiro é mais sensível, por ser realizado com insuflação e aumento da pressão intracolônica; demonstra o trajeto fistuloso em 100% dos casos.^{3,4,5} A endoscopia digestiva alta com biópsia deve ser sempre realizada para determinar a natureza da lesão.^{3,4,5}

Como a FGC é uma complicação infrequente, o tratamento ideal ainda não foi definido. Na ausência de malignidade, o tratamento clínico pode ser tentado: bloqueadores da produção de ácido, carbenoxolona, suspensão das drogas ulcerogênicas e suporte nutricional parenteral.^{2,3} O tratamento cirúrgico é imperioso para os casos de neoplasia maligna e indicado para os casos de doença péptica porque trata a FGC e também a doença de base.

O nosso caso tinha indicação formal, pois apresentava estenose duodenal e da gastroenteroanastomose. O tratamento cirúrgico exige preparo pré-operatório para a correção da anemia, da desnutrição e dos distúrbios hidroeletrólíticos, bloqueadores da produção de ácido, antibiótico profilaxia e preparo de cólon;^{2,4} alguns preconizam uma colostomia a montante num primeiro tempo.^{3,4} A técnica mais utilizada é a ressecção em bloco,^{3,4,5} incluindo o trajeto fistuloso, hemigastrectomia e colectomia segmentar; associa-se a uma enterectomia segmentar de jejuno quando existir uma gastroenteroanastomose prévia, como no caso aqui apresentado. Em alguns casos é possível realizar a gastrectomia, excisão do trajeto fistuloso e rafia do cólon.^{2,4}

A recorrência da FGC está relacionada principalmente com o uso de antiinflamatórios.² A taxa de mortalidade operatória pode atingir 14% e está associada à presença de distúrbios hidroeletrólíticos e da desnutrição que o paciente pode apresentar.⁵

ABSTRACT

A case of gastrocolic fistula (GCF) in a patient with duodenal stenosis who had previously undergone gastroenteric anastomosis is reported. The patient went through hemigastrectomy, partial colectomy and segmental enterectomy with bloc resection. Reconstruction was carried out through Billroth II gastrojejunostomy, jejunojejunostomy and end-to-end anastomosis of the colon. The patient had good post-operative evolution and was discharged from hospital seven days after surgery. GCF should be suspected in patients presenting weight loss, diarrhea and fecal vomiting, mainly with history of peptic ulcer surgery, gastric or colonic malignancy and use of steroidal and nonsteroidal antiinflammatory drugs. Barium enema is the choice test for diagnosis, however, the benign or malignant nature of the lesion should always be evaluated through high digestive endoscopy. Clinical treatment with oral H2-antagonists and discontinuing ulcerogenic medications might be indicated in some cases; surgical treatment is indicated in cases of malignant disease and might be indicated in cases of peptic disease as it treats GCF and also the baseline disease. Some advise upwards colostomy at first. The most used technique is bloc resection, including the fistulous tract, hemigastrectomy and partial colectomy. Gastrectomy, fistulous tract excision and colon suturing may be performed in some cases. The mortality rate is related to metabolic disorders and the recurrence with the use of antiinflammatory drugs.

Key Words: Gastrocolic fistula; Peptic ulcer; Fistula.

REFERÊNCIAS

1. Sarin RR, Sangal AK, Schubert TT, et al – Gastrocolic fistula with pyloric stenosis and benign gastric ulcer. *South Med J* 1991;84:665-666.
2. Soybel DI, Kerstenberg A, Brunt EM, et al – Gastrocolic fistula as a complication of benign gastric ulcer: report of four cases and update of the literature. *Br J Surg* 1989;76:1.298-1.300.
3. Frikker MJ, Lucas RJ – Gastrocolic fistula caused by benign gastric ulcer in the patients who have not had prior operation. *Ann Surg* 1986;52:446-451.
4. Akawari OE, Edis AJ, Wollaenger EE – Gastrocolic fistula complicating benign unoperated gastric ulcer: report of four cases and review of the literature. *Mayo Clin Proc* 1976;51:223-230.
5. Karakousis CP, Greenberg PH – Gastrocolic fistula as a complication of benign gastric ulcer. *Arch Surg* 1979;114:1.426-1.428.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Dr. Alexandre Cruz Henriques
Rua Mediterrâneo, 928.
09750-420 – São Bernardo do Campo – SP