

ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DA FÍSTULA COLECISTOCÓLICA

Laparoscopic management of cholecystocolic fistula

Lauro Massaud **CONDE**, Pedro Monnerat **TAVARES**, Jorge Luiz Delduque **QUINTES**,
Ronny Queiroz **CHERMONT**, Mario Castro Alvarez **PEREZ**

Trabalho realizado na Santa Casa de Bom Jardim, Bom Jardim, RJ, Brasil.

DESCRIPTORIOS - Fístula biliar. Fístula intestinal. Colelitíase/complicações. Colectomia laparoscópica.

RESUMO - Introdução: A fístula colecistocólica é rara complicação das doenças calculosas do trato biliar. Sua apresentação clínica é variável e inespecífica, sendo o diagnóstico realizado, na maioria das vezes, incidentalmente durante o intraoperatório de sua causa base. A colectomia com fechamento da fístula é considerada o tratamento de escolha para a condição, sendo a videolaparoscopia cada vez mais reprodutível. **Objetivo:** Descrever a abordagem laparoscópica da fístula colecistocólica e ratificar a sua factibilidade mesmo diante da indisponibilidade de instrumentos mais específicos. **Técnica:** Após dissecação da comunicação e secção do polo vesicular, a fístula é exteriorizada por uma cânula adequada e rafiada manualmente. Reintroduzido o segmento colônico na cavidade, a colectomia é realizada evitando-se a conversão do procedimento para a operação aberta. **Conclusão:** A videolaparoscopia para resolução de fístula colecistocólica é viável, com menor tempo de internação hospitalar e melhor pós-operatório quando comparada à laparotomia.

Correspondência:

Pedro Monnerat Tavares
E-mail cadmonnerat@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 15/07/2014
Aceito para publicação: 25/09/2014

HEADINGS - Biliary fistula. Intestinal fistula. Cholelithiasis/Complications. Cholecystectomy. Laparoscopy.

ABSTRACT - Introduction: Cholecystocolic fistula is a rare complication of gallbladder disease. Its clinical presentation is variable and nonspecific, and the diagnosis is made, mostly, incidentally during intraoperative maneuver. Cholecystectomy with closure of the fistula is considered the treatment of choice for the condition, with an increasingly reproducible tendency to the use of laparoscopy. **Aim:** To describe the laparoscopic approach for cholecystocolic fistula and ratify its feasibility even with the unavailability of more specific instruments. **Technique:** After dissection of the communication and section of the gallbladder fundus, the fistula is externalized by an appropriate trocar and sutured manually. Colonic segment is reintroduced into the cavity and cholecystectomy is performed avoiding the conversion procedure to open surgery. **Conclusion:** Laparoscopy for resolution of cholecystocolic fistula isn't only feasible, but also offers a shorter stay at hospital and a milder postoperative period when compared to laparotomy.

INTRODUÇÃO

As fístulas bilioentéricas descritas pela primeira vez em 1890 por Courvoisier, são encontradas em 0,15 a 4,8 % das operações do trato biliar. Delas, 8 a 26,5% são colecistocólicas, geralmente localizadas ao nível da flexura hepática e apresentam incidência maior em idosos e em mulheres¹⁻⁴.

As doenças crônicas litiásicas configuram como a principal causa e, apesar delas ocasionalmente serem assintomáticas, podem evoluir com manifestações clínicas variáveis, sendo a diarreia o sintoma mais característico^{1,3,5}. O diagnóstico pode ser obtido por exames de imagem e endoscópicos; porém, a dificuldade em obtê-lo reside na pequena suspeição clínica, visto que as manifestações são sempre pouco específicas. Na verdade, o diagnóstico pré-operatório só é feito em apenas 7,9 % dos casos. Já quando é identificada no intraoperatório, a fístula deve ser abordada no mesmo tempo cirúrgico devido aos riscos de poder tratar-se de malignidade ou de evoluir com complicações^{3,4,6,7}.

Apesar de também influenciarem na indicação de intervenção precoce, as complicações ocorrem em apenas 0,13 % dos casos. Podem se manifestar como colecistite aguda, colangite, obstrução do sigmoide pela passagem e impaction de um cálculo, hemorragias digestivas por hemobilia, abscessos perifistulares ou mesmo sepse pela contaminação do trato biliar por bactérias colônicas^{3,8}.

A raridade desta condição e as dificuldades do seu diagnóstico justificam o pequeno número de estudos existentes sobre o assunto. Na verdade, em âmbito nacional esse número chega a ser irrisório e, mesmo na literatura estrangeira em que o tratamento para a condição já é debatido há décadas, a abordagem cirúrgica ainda guarda certa dúvida no que tange ao melhor tipo de acesso cirúrgico.

TÉCNICA

A abordagem cirúrgica inicia-se com anestesia geral habitual com administração de antibioticoprofilaxia durante a indução anestésica. Através da cicatriz umbilical, procede-se o pneumoperitônio e utilizam-se no procedimento os quatro portais usuais para a realização da colecistectomia. Processo inflamatório crônico existente com o cólon (habitualmente o transverso) intimamente aderido à vesícula biliar é dissecado rombamente, utilizando-se gaze, pinça de Maryland e aspirador. Liberam-se as aderências e confirma-se a existência da fístula (Figura 1). Secciona-se a fístula da vesícula (Figura 2) e, por uma cânula de 11 mm posicionada no flanco direito (Figura 3), exterioriza-se o segmento colônico envolvido e realiza-se a sutura do orifício fistuloso com dois planos de Vicryl® 3.0. Reintroduz-se o intestino na cavidade abdominal e a seguir diseca-se pedículo biliar. Para facilitar a mobilização da vesícula, secciona-se junto o infundíbulo e retira-se o(s) cálculo(s). A dissecação do ducto cístico e da artéria cística também é realizada com manobras rombas e sem o uso do eletrocautério. Após a colecistectomia, posiciona-se um dreno de Penrose junto ao leito vesicular e sobre a rafia do cólon (Figura 4), retirando-o no dia da alta hospitalar (Figura 5).

Este procedimento foi realizado em um paciente, sem intercorrências maiores. Mante-se antibioticoterapia por dois dias. Dieta oral foi introduzida no segundo dia e a alta hospitalar no quinto. A evolução clinicamente foi boa, sem qualquer intercorrência no pós-operatório. Colonoscopia de controle realizada após seis meses, mostrou o fechamento completo do trajeto fistuloso.

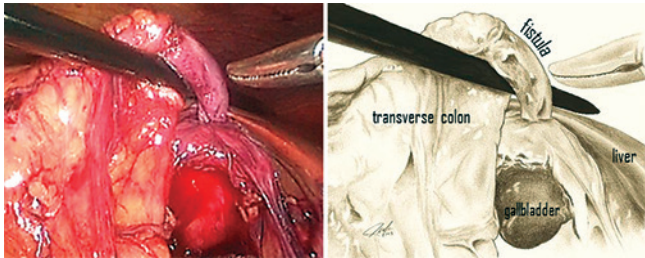


FIGURA 1 – Dissecção do trajeto fistuloso entre o cólon transverso e o fundo da vesícula biliar

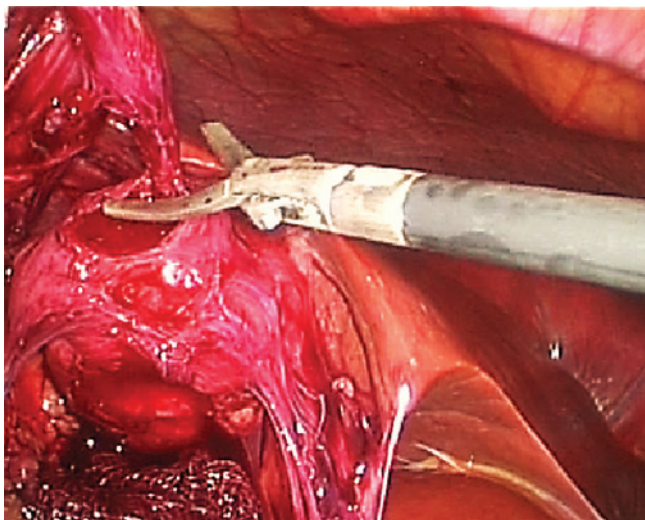


FIGURA 2 – Fístula sendo separada da vesícula biliar

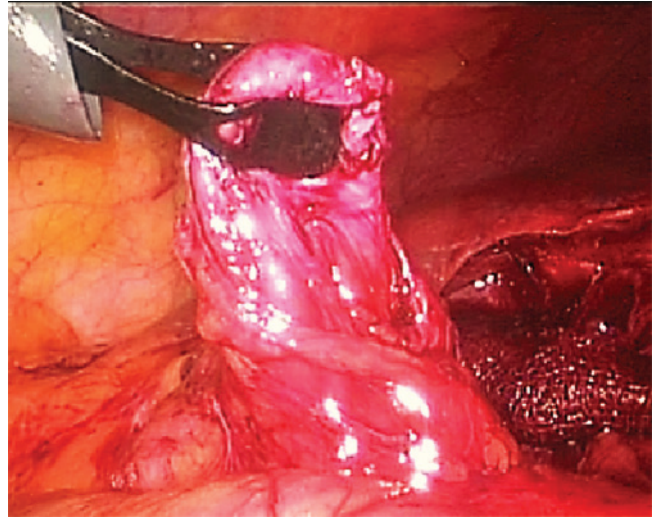


FIGURA 3 – Trajeto fistuloso e segmento do cólon sendo retirado através da cânula de 11 mm

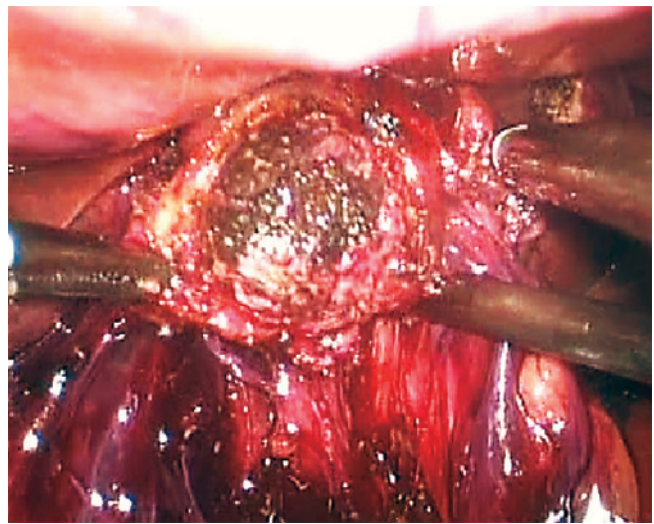


FIGURA 4 – Cálculo sendo extraído pelo fundo da vesícula

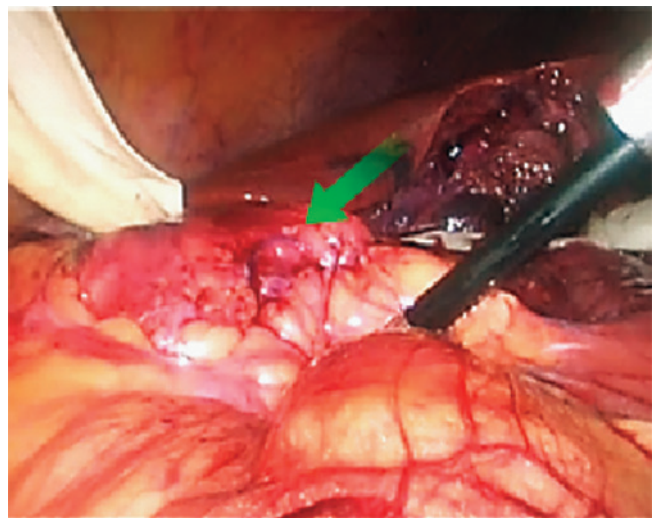


FIGURA 5 – Posicionamento do dreno de Penrose; a seta indica a fistulorrafia do segmento colônico

DISCUSSÃO

Diante da evolução técnica da videolaparoscopia e cuja curva de aprendizagem tem conduzido os cirurgiões continuamente a patamares de proficiência, situações que antes seriam indicativas de laparotomia, tornam-se agora cada vez mais passíveis de tratamento laparoscópico e o tratamento de fístulas têm essa mesma tendência não mais contra-indicação à laparoscopia^{3,4,6}.

É interessante notar que a principal causa de conversão para a laparotomia nas nas colecistectomias laparoscópicas é a inflamação tecidual intensa^{9,2}.

Mesmo sendo abordagem nova no Brasil a resolução das fístulas digestivas por laparoscopia já foi citada em inúmeros publicações no exterior^{2-4,6,10,11}. Apesar disso, ainda existem autores que, mesmo hoje, consideram a colecistectomia laparotômica o procedimento de escolha para a abordagem da fístula colecistocólica⁷. Chowbey et al.² apresentaram grande série de casos de fístulas abordadas laparoscopicamente e com taxa de conversão de apenas 6,3%. Portanto, desde que haja disponibilidade de recursos e risco-benefício favorável ao procedimento, a experiência corrobora para a abordagem laparoscópica das fístulas. Além das dificuldades técnicas, os riscos de iatrogenias e complicações inerentes a qualquer operação também podem influenciar na escolha da via de acesso cirúrgico. Entretanto, para a resolução das fístulas biliares não existem diferenças entre a abordagem laparoscópica e a laparotômica quando comparadas as suas complicações intra e pós-cirúrgicas⁴. Portanto, a maior discussão atualmente não deve se ater a como abordar fístula colecistocólica por videocirurgia, mas sim quando convertê-la.

Tendo sido identificada a fístula, a sua dissecação e a rafia do cólon devem ser realizadas antes do início a colecistectomia^{10,12}. Em grande parte dos estudos, a escolha desta ordem de procedimentos não é comentada, tampouco justificada pelos autores. No entanto, acredita-se que a possibilidade de contaminação da cavidade por bactérias colônicas possa ser minimizada ao priorizar-se antes o fechamento da fístula.

O uso do eletrocautério deve ser evitado devido à possibilidade de lesões térmicas tardias e, portanto, deve ser preconizada a dissecação da fístula e da árvore biliar de forma romba². Apesar de a fístula ser fechada por sutura manual, a técnica mais prática, segundo a literatura recente, seria a utilização de grampeadores laparoscópicos². Na verdade, a sutura manual, seja intra ou extracorpórea, é apenas mais difícil tecnicamente, podendo prolongar o tempo cirúrgico. Fujitani et al.¹¹ por exemplo, ao descreverem a primeira rafia manual extracorpórea de fístula colecistocolônica, levaram 202 min para completar a operação.

A operação aqui relatada totalizou 115 m. A fistulotomia e a rafia do cólon levaram aproximadamente 1 min para serem realizadas, enquanto que todo esse processo somado ao tempo para se retirar o cólon e devolvê-lo à cavidade acabou levando aproximadamente 6 min. Portanto, diante do pequeno intervalo de tempo necessário para o fechamento manual extracorpóreo da fístula, acredita-se que a indisponibilidade de grampeadores ou a inexperiência do cirurgião com relação à sutura laparoscópica não sejam justificativas para a conversão laparotômica. Outra alternativa diante da indisponibilidade de grampeadores seria a utilização do endoloop^{4,6}.

Analogamente à simples colecistectomia, de um modo geral, pode-se dizer que o maior tempo cirúrgico da laparoscopia para resolução da fístula, quando comparado à laparotomia, revela-se irrelevante diante da pequena resposta inflamatória associada ao trauma cirúrgico laparoscópico.

O que pode ilustrar esse fato é o menor tempo médio de internação hospitalar dos pacientes operados por laparoscopia quando comparados aos laparotomizados (3vs17 dias)⁴.

Não se deve deixar tecido vesicular, colônico ou trajeto fistuloso no campo operatório. Esse cuidado é importante a fim de permitir que se estude a possibilidade de malignidade no exame histopatológico, além de evitar que tecido vesicular eventualmente não removido torne-se isquêmico e leve a complicações^{6,12}.

Quanto à utilização do dreno de Penrose, apesar de a decisão de utilizá-lo e a escolha do tempo de permanência serem de critério intuitivo do próprio cirurgião, acredita-se ser prudente deixá-lo. Chowbey et al.², por exemplo, ao realizarem 73 operações para resolução de fístulas associadas à colecistectomia, utilizaram algum sistema de drenagem em todos os casos.

Diante disso, o fato de este ser o primeiro caso relatado de fístula colecistocólica abordada laparoscopicamente no Brasil acaba fomentando a discussão sobre o tema em nosso meio.

CONCLUSÃO

O procedimento é factível. Entretanto, a opção quanto ao tipo de acesso e a estratégia a ser empregada devem ser individualizadas pelo diagnóstico, características do paciente e disponibilidade de recursos, além da experiência e bom senso do cirurgião.

REFERÊNCIAS

- Balent E, Plackett TP, Lin-Hurtubise K. Cholecystocolonic Fistula. *Hawaii J Med Public Health*. 2012; 71(6):155-7
- Chowbey PK, Bandyopadhyay SK, Khullar R, Bajjal M. Laparoscopic Management of Cholecystoenteric Fistulas. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2006; 16(5):467-72.
- Costi R, Randone B, Violi V, Scatton O, Sarli L, Soubrane O, Doussset B, Montariol T. Cholecystocolonic fistula: facts and myths. A review of the 231 published cases. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2009; 16:8-18.
- Angrisani L, Corcione F, Tartaglia A, Tricarico A, Rendano F, Vincenti R, Lorenzo M, Aiello A, Bardi U, Bruni D, Candela S, Caracciolo F, Crafa F, De Falco A, De Werra C, D'Errico R, Giardiello C, Petrillo O, Rispoli G. Cholecystoenteric fistula (CF) is not a contraindication for laparoscopic surgery. *Surg Endosc*. 2001; 15:1038-41.
- Bernardo FCS, Junior FO, Almeida MG, Volpiani JÁ, Jacinto JAM, Baraviera AC, Kiss DR. Fístula Colecistocólica - Relato de Caso. *Rev Bras Colo-Proct*. 1997; 17(3):191-3.
- Wang WK, Yeh CN, Jan YY. Successful laparoscopic management for cholecystoenteric fistula. *World J Gastroenterol*. 2006; 12(5):772-5.
- Antonacci N, Taffurelli G, Casadei R, Ricci C, Monari F, Minni F. Asymptomatic Cholecystocolonic Fistula: A Diagnostic and Therapeutic Dilemma. *Case Rep Surg*. 2013 (doi:10.1155/754354). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1155/2013/754354>.
- Jorge JX, Sousa LA, Panão EA, Campos MJ, Gonçalves A, Vale AC, Pontes FA. Fístulas biliodigestivas litíasicas (a propósito de 3 casos clínicos). *GE J Port Gastrenterol*. 2013; 20(3):119-22.
- Genc V, Sulaimanov M, Cipe G, Basceken SI, Erverdi N, Gurel M, Aras N, Hazinedaroglu SM. What necessitates the conversion to open cholecystectomy? A retrospective analysis of 5164 consecutive laparoscopic operations. *Clinics*. 2011; 66(3):417-20.
- Ibrahim IM, Wolodiger F, Saber AA, Dennery B. Treatment of cholecystocolic fistula by laparoscopy. *Surg Endosc*. 1995; 9:728-9.
- Fujitani K, Hasuike Y, Tsujinaka T, Mishima H, Takeda Y, Shin E, Sawamura T, Nishisyo I, Kikkawa N. New Technique of Laparoscopic-Assisted Excision of a Cholecystocolic Fistula: Report of a Case. *Surg Today*. 2001; 31:740-2.
- Prasad A, Foley RJE. Laparoscopic management of cholecystocolic fistula. *Br J Surg*. 1994; 81:1789-90.