

# FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA

## CHOLECISTOGASTRIC FISTULA

Cirilo Luiz de Pardo Meo Muraro, TCBC-SP<sup>1</sup>  
Cláudio de Carvalho Villas Boas<sup>2</sup>  
Rodrigo Barros de Carvalho<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

As fístulas biliodigestivas espontâneas são comunicações anormais das vias biliares extra-hepáticas com vísceras ocas adjacentes. Constituem uma complicação pouco freqüente da colecistopatia calculosa, sendo observadas em 0,8% dos casos.<sup>2</sup> Dentre elas, a mais rara é a fístula colecistogástrica, constituindo 3% de todas as fístulas biliodigestivas.<sup>4,5</sup>

Thileus, em 1670, descreveu o primeiro caso de fístula biliar espontânea. Walkefield (1939), numa série de 176 fístulas estudadas, encontrou 101 para o duodeno, 33 para o cólon, 24 direto para a cavidade abdominal, e somente sete para o estômago. Esta freqüência também foi confirmada, entre outros, por Judd e Burden em 1925, que, em 153 casos, encontraram seis para o estômago. E Hicken e Coray, em 1946, ao estudarem 272 casos, verificaram apenas 12 fístulas biliogástricas.

Alguns autores<sup>4,5</sup> mostram que em 85% dos casos a etiologia é a litíase biliar, e menos freqüentemente é causada por úlceras pépticas ou tumores malignos.

A fisiopatologia da formação do trajeto fistuloso nos casos de etiologia calculosa seria explicada pela escarificação da mucosa da vesícula pelo cálculo, evoluindo para perfuração e bloqueio através de uma víscera oca adjacente, no caso, o estômago.

A maioria dos portadores desta afecção não apresenta quadro clínico característico, sendo os sintomas mais comuns a dor epigástrica e o empachamento pós-prandial. A confirmação diagnóstica é feita através do exame radiológico contrastado ou pela gastroscopia. Porém, na maioria das vezes, o diagnóstico só é realizado no intra-operatório.

Pela sua rara incidência, o quadro clínico pouco específico e pelas possibilidades de complicação na evolução do quadro, os autores julgam oportuno o relato de dois casos de fístula colecistogástrica.

### RELATOS DOS CASOS

CFA, 45 anos, sexo feminino, procurou nosso Serviço, queixando-se de dor epigástrica que irradiava para o hipocôndrio direito, empachamento pós-prandial, e intolerância a colecínéticos. Na ocasião foi realizado colecistograma oral, revelando presença de cálculo biliar único. A endoscopia digestiva mostrou antrite e junto à pequena curvatura, em região pré-pilórica, orifício pelo qual se notava saída de bile (Figura 1).

Submetida a laparotomia, foi encontrada fístula colecistogástrica, e realizada colecistectomia e gastrorrafia, sem intercorrências no intra e no pós-operatório.

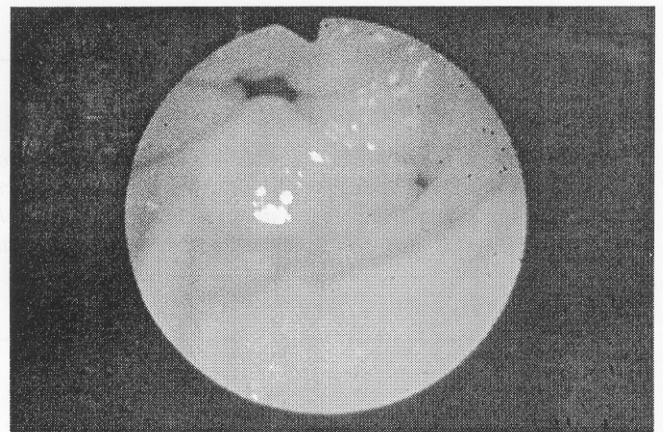


Figura 1 – Endoscopia digestiva alta mostrando orifício fistuloso em quadrante superior direito. Observa-se piloro mais a esquerda e acima.

AGC, 64 anos, sexo feminino, procurou nosso Serviço com quadro de dor em hipocôndrio direito, em cólica, que piorava com a ingestão de colecínéticos, acompanhada de

1. Professor Titular e Responsável pela Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I e Coordenador do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.
2. Residente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

Recebido em 2/3/99

Aceito para publicação em 13/9/99

Trabalho realizado pela Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

empachamento pós-prandial. Vômitos e icterícia episódica. A ultra-sonografia revelou vesícula biliar com múltiplos cálculos e dilatação do colédoco. A endoscopia digestiva alta mostrou uma gastrite enantemática. Laparotomizada, foi encontrada fístula colecistogástrica e realizada colecistectomia.

Não houve intercorrências no pós-operatório.

## DISCUSSÃO

Os sintomas mais freqüentes encontrados nas fístulas biliodigestivas são a dor abdominal e aqueles da síndrome dispéptica hipostênica, que são coincidentes com os sintomas da colecistopatia calculosa não complicada.

Mais tardiamente pode surgir icterícia, colúria, febre e, na eventualidade da migração do cálculo através da fístula para o tubo digestivo, um quadro de obstrução, seja no piloro (síndrome de Boveret) ou no íleo terminal (íleo-biliar).<sup>2,3</sup>

Sendo o quadro clínico pouco característico e difícil o diagnóstico pelos métodos propedêuticos usuais, o diagnóstico pré-operatório é realizado em 15% dos casos,<sup>3</sup> na sua maioria pela endoscopia digestiva, como ocorreu em um dos nossos casos.

O tratamento da fístula consiste em colecistectomia associada ao fechamento do trajeto fistuloso no estômago, o que foi realizado em nossos pacientes.

As fístulas biliodigestivas espontâneas são raras complicações da colecistopatia calculosa, acometendo preferencialmente o sexo feminino, pacientes idosos, tendo sido observadas em correlação com distúrbios cardiovasculares (aterosclerose), endocrinopatias (diabetes) e afecções pulmonares. A fístula colecistogástrica, que representa situação ainda mais rara, origina-se de:

- Obstrução do canal cístico com conseqüente dilatação vascular, processo inflamatório pericolecístico, aderências a órgãos adjacentes e fistulização, no caso, para o estômago. Ou:
- Grandes cálculos biliares provocando processos inflamatórios repetidos da parede vesicular, com escarificação da mucosa (úlceras de decúbito), que evolui para perfuração e formação da fístula com o estômago.

Marshall et al<sup>2</sup> estudaram 41 doentes portadores de fístulas biliares num período de trinta anos, encontrando dois casos de fístula colecistogástrica, que eram secundárias a doença calculosa biliar. Outras causas menos freqüentes dessas fístulas já foram descritas, decorrentes da úlcera péptica ou tumores malignos.

---

## ABSTRACT

*The authors report two cases of cholecistogastric fistula, both in female patients. These patients presented abdominal pain and dispeptic hypostenic syndrome, being diagnosed as calculous cholecistopathy. In one patient, gastroduodenoscopy showed a fistula orifice in the stomach. In the other case, the diagnosis was only made during the operation. The surgical procedure was cholecistectomy and gastric suture, with satisfactory postoperative evolution.*

**Key Words:** *Fistulas; Biliar lithiasis; Cholecistectomy.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Machado MAC, et al – Fístulas biliares internas: estudo de 13 casos e revisão de literatura. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1995; 50 (1):45-48.
2. Marshall SF & Polk RC – Spontaneous internal biliary fistulas. *Surg Clin N Am* 1958; 38:679.
3. Pinotti HW, Angelo SR, Fogliato J – Fístulas biliares. *Arq Gastroent* 1969;6:77.
4. Patrassi N et al – Spontaneous internal biliary fistulas. *Am J Gastroenterol* 1975;64:181.
5. Piedad OH & Wels PB – Spontaneous internal biliary fistula. Obstructive and nonobstructive types: Twenty-year review of 55 cases. *Ann Surg* 1972;175:75-80.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Cirilo P M Muraro  
Av. Jesuino Marcondes Machado, 357  
13092-320 – Campinas – SP