

## Hemorragia digestiva alta por fístula Bilio-Duodenal: relato de caso

### High bile fistula digestive hemorrhage-Duodenal: case report

DOI:10.34119/bjhrv5n6-207

Recebimento dos originais: 11/11/2022

Aceitação para publicação: 14/12/2022

#### **Fernanda Lopes da Silva**

Residência Cirurgia pelo Hospital Evangélico de Londrina

Instituição: Hospital Evangélico de Londrina

Endereço: Av. Celso Garcia Cid, 1300, Torre A, Londrina - PR, CEP: 86039-000

E-mail: fer\_nanda\_312@hotmail.com

#### **Naja Nabut**

Especialista Cirurgia Geral e Clínica Médica pela Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Instituição: Hospital Evangélico de Londrina

Endereço: Av. Bandeirantes, 618, Londrina - PR, CEP: 86015-900

E-mail: najanabut@sercomtel.com.br

#### **RESUMO**

Denominam-se fístulas biliares quando há comunicação entre qualquer segmento da árvore biliar e órgãos do abdome. Fístula entero biliar é uma das complicações da colecistite e é considerada uma patologia rara, ocorrendo em aproximadamente 4% dos pacientes com colelitíase. A colecistite crônica é considerada o principal fator etiológico das fístulas biliodigestivas. A incidência gira em torno de 3-5% de pacientes com colelitíase. Courvosier, no ano de 1890, foi o primeiro a descrever a perfuração da vesícula biliar decorrente da inflamação do órgão. Sendo assim, o objetivo desta monografia é relatar um caso de fístula bilio-duodenal que evoluiu com hemorragia digestiva alta, evidenciando a conduta adotada para o caso.

**Palavras-chave:** biliodigestiva, hemorragia digestiva, colecistite.

#### **ABSTRACT**

Biliary fistulae are called when there is communication between any segment of the biliary tree and organs of the abdomen. Biliary enterofistula is one of the complications of cholecystitis and is considered a rare disease, occurring in approximately 4% of patients with cholelithiasis. Chronic cholecystitis is considered to be the major etiological factor of biliodigestive fistulas. The incidence is about 3-5% of patients with cholelithiasis. Courvosier, in the year 1890, was the first to describe the perforation of the gallbladder due to inflammation of the organ. Thus, the objective of this monograph is to report a case of bilio-duodenal fistula that evolved with high digestive hemorrhage, evidencing the conduct adopted for the case.

**Keywords:** biliodigestive, digestive hemorrhage, cholecystitis.

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta monografia é relatar um caso de fístula bilio-duodenal que evoluiu com hemorragia digestiva alta, evidenciando a conduta adotada para o caso.

Denominam-se fístulas biliares a ocorrência de comunicação entre qualquer segmento da árvore biliar e os órgãos do abdome. Nesse sentido, segundo Antonio Carlos Valezi, fístula digestiva é uma “Comunicação anormal entre dois ou mais órgãos ocos ou entre um órgão oco e a superfície corporal.”<sup>1</sup> As fístulas biliares internas (também denominadas de fístulas enterobiliares), especificamente, são comunicações que são estabelecidas entre um seguimento biliar e órgãos do abdome, formando uma complicação da colecistite, complicação frequente decorrente da prática médico-cirúrgica<sup>2</sup>. São as fístulas internas mais comuns que acometem os seres humanos, geralmente em decorrência de alguma complicação. Na maior parte das vezes, não apresenta um quadro clínico característico, motivo pelo qual é mais frequente o diagnóstico no momento intra-operatório<sup>34</sup>.

As fístulas biliodigestivas, por sua vez, é uma complicação incomum, ocorrendo em aproximadamente 4% dos pacientes com colelitíase. A colecistite crônica de repetição é considerada o principal fator etiológico das fístulas biliodigestivas. A incidência gira em torno de 3-5% de pacientes com colelitíase. Com a evolução das técnicas cirúrgicas, já se sabe que as fístulas biliodigestivas decorrem de complicações de intervenções associadas à litíase biliar, úlceras duodenais e tumores malignos<sup>5</sup>. Vale também mencionar que, em estudo mais antigo, em que o diagnóstico de fístula biliar interna foi feito tanto no pré-operatório como no intra-operatório, o tipo de fístula biliar mais frequente foi a fístula bilio-digestiva, com 69,2% dos casos, sendo seguido pela fístula bilio-biliares, com 30,8% dos casos<sup>67</sup>.

Dessa forma, torna-se relevante o estudo clínico e o relato de caso da presença da fístula bilio-duodenal, pós colecistite, principalmente quando há evolução para hemorragia digestiva, uma vez que “Não é comum na literatura médica, a ocorrência de fístulas biliodigestivas com sinais e sintomas hemorrágicos. O quadro clínico dos casos é geralmente inespecífico e a falta de sinais e sintomas patognomônicos frequentemente atrasa o diagnóstico.”<sup>8</sup> No que se refere à colecistite, segundo a literatura especializada, após a identificação do primeiro episódio de

<sup>1</sup> Antonio Carlos Valezi. Noções básicas da cirurgia digestiva, p. 613.

<sup>2</sup> Fonte Boa, M.A. et al. Fístula bilio-duodenal pós colecistite aguda: relato de caso, p. 31.

<sup>3</sup> Machado, M.A.C. et al. Fístulas biliares internas: estudo de 13 casos e revisão da literatura, p.

4.

<sup>5</sup> Jorge, J.X. et al. Fístulas biliodigestivas (a propósito de 3 casos clínicos), p. 120.

<sup>6</sup> Machado, M.A.C. et al. Fístulas biliares internas: estudo de 13 casos e revisão da literatura, p.

7.

<sup>8</sup> Fonte Boa, M.A. et al. Fístula bilio-duodenal pós colecistite aguda: relato de caso, p. 31. <sup>7</sup> Sankarankutty, A. et al. Colecistite aguda não-complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia? p. 436- 437.

colecistite aguda, aumenta-se o risco de complicações em até 30%. O tratamento cirúrgico adequado é a colecistectomia laparoscópica. “As metanálises recentes sugerem que a CL [colecistectomia laparoscópica] precoce é segura e factível. Além disso, uma análise de custo-utilidade demonstrou que CL precoce é menos cara e resulta em melhor qualidade de vida quando comparada com CL tardia.”<sup>7</sup> Sendo assim, é recomendável a colecistectomia laparoscópica precoce, por proporcionar maiores benefícios ao paciente.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente RAS, sexo masculino, 62 anos de idade, sem comorbidades, branco, casado, natural de Londrina - PR. Deu entrada no Hospital Evangélico de Londrina dia 24 de junho de 2020, via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com diagnóstico sintromico de Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

O mesmo relatou quadro dor epigástrica de moderada intensidade, de início súbito, no período matutino, e, que, no decorrer da manhã a dor foi se intensificando. Não havia fator de melhora e/ou piora. Após cerca de 5 horas do início da dor, o paciente refere que foi se deslocar dentro da cidade com seu carro. Durante o trajeto, a dor chegou ao ápice, fazendo com que ele parasse o veículo em via pública e, nesse momento, apresentou episódio de hematêmese em grande quantidade, sendo então levado ao hospital terciário da cidade pelo SAMU.

Na avaliação da admissão do paciente, este se apresentava em bom estado geral, com abdome flácido, sem sinais irritação peritoneal, a descompressão brusca era negativa. Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, eupneico em ar ambiente.

Os exames complementares realizados na admissão evidenciavam: Hemoglobina: 13,65 g/dl; Hematócrito: 40,19 %; Leucócitos: 11.890 cel/mm<sup>3</sup> sem desvio; Eletrólitos e função renal sem alterações.

Foi, então, realizado analgesia, iniciado inibidor de bomba de próton, solicitado Rx de abdome agudo (realizado com paciente em decúbito dorsal - o que dificultou a visualização do pneumoperitônio pela plantonista do Pronto Socorro), conforme Imagem 1 e 2 abaixo. No mesmo dia, o paciente foi internado aos cuidados da gastroenterologia para investigar o quadro de hemorragia digestiva alta (HDA).

Imagem 1 - Rx de abdome realizado na admissão do paciente



Imagem 2 - Rx de abdome realizado na admissão do paciente



Durante o período noturno o paciente apresentou um episódio de melena. No dia seguinte, foi realizado endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou úlcera duodenal em parede anterior, com impressão de pertuito fistuloso na base (perfurada), conforme imagem 3 e 4.

Imagem 3 - Endoscopia Digestiva Alta. Úlcera duodenal em parede anterior, com impressão de pertuito fistuloso na base

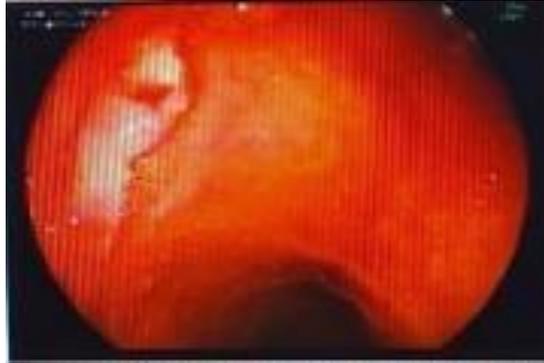


Imagem 4 - Endoscopia Digestiva Alta. Úlcera duodenal em parede anterior, com impressão de pertuito fistuloso na base



Após realização do procedimento endoscópico, foi solicitado avaliação da cirurgia geral. Durante a avaliação, paciente encontrava-se estável clinicamente, com abdome globoso, flácido, depressível e discretamente doloroso difusamente, com piora do quadro álgico à palpação de hipogástrio. Nesse momento, foram analisados os exames complementares realizados no paciente (laboratoriais e de imagem) e juntamente com o resultado da EDA e da avaliação clínica do paciente, foi indicado, imediatamente, laparotomia exploradora.

Durante a laparotomia exploradora, foi identificado colecistite escleroatrófica bloqueada com o duodeno, com perfuração da vesícula para o piloro, sendo submetido a liberação da aderência com reavivamento dos bordos da úlcera e piloroplastia, além da colecistectomia. Durante o procedimento, houve lesão inadvertida da via biliar na inserção do ducto cístico com o colédoco, sendo, então, mantido com dreno de Kehr. Foram enviadas duas peças para análise patológica, sendo a vesícula biliar e segmento da borda da úlcera.

O resultado da biópsia do anátomo patológico da vesícula evidenciou colecistite crônica em surto agudo, com peritonite aguda. A análise patológica da borda da úlcera demonstrou processo

inflamatório agudo ulcerativo transmural, em segmento de piloro, não sendo identificado processo de malignidade.

Paciente teve evolução satisfatória do quadro clínico, recebendo alta hospitalar dia 02 de julho de 2020, nove dias após admissão. Foi mantido com dreno de Kehr até dia 31 de julho de 2020, após realização de colangiografia trans kehr sem evidencia de dilatação da via biliar e sem extravasamento do contraste, conforme imagem 5.

Imagem 5 - Colangiografia Trans Kehr realizada dia 31 de Julho de 2020



Foi mantido seguimento em regime ambulatorial com equipe da cirurgia geral até dia 10 de setembro de 2020. No último dia em que passou pelo ambulatório estava assintomático, em bom estado geral, aceitando bem a dieta oral, sem alterações dos hábitos fisiológicos, com cicatriz em bom aspecto e sem sinais flogísticos, orifício de dreno de Kehr já cicatrizado e negava qualquer queixa álgica - quando recebeu alta da especialidade.

### 3 DISCUSSÃO

Apesar de ser considerado uma patologia rara, a fístula biliodigestiva é uma complicação comum dos quadros de colecistite. Geralmente é feito o diagnóstico apenas no intra operatório, visto que não apresenta quadro clínico característico<sup>9,10</sup>. O exame padrão ouro para diagnóstico das fístulas biliodigestivas é a tomografia de abdome computadorizada e o fato do diagnóstico ser geralmente tardio, leva a um certo aumento da morbimortalidade<sup>11</sup>.

O principal agente causador de fístula biliodigestiva é a presença de colelitíase / colecistite crônica, que devido a pressão contínua dos cálculos em determinado local da parede

<sup>9</sup> Machado, M.A.C. et al. Fístulas biliares internas: estudo de 13 casos e revisão da literatura, p.

<sup>10</sup> .

<sup>11</sup> Stagnitti, F. et al. Biliodigestive fistulae and gallstone ileus: diagnost and therapeutic considerations, p. 1.

do órgão, pode gerar necrose. A incidência gira em torno de 3-5% de pacientes com colelitíase. Sabe-se que o risco de complicações, em um ano, após o primeiro episódio de colecistite aguda pode aumentar em cerca de 30%<sup>12</sup>.

Assim sendo, o tratamento cirúrgico - a colecistectomia laparoscópica - é a primeira escolha, entretanto ainda é controverso o melhor momento para a realização da cirurgia nos casos de colecistite aguda<sup>13</sup>.

De acordo com o Wilson<sup>12</sup>, através de uma revisão sistemática, concluiu-se que a colecistectomia laparoscópica precoce, quando comparada a colecistectomia tardia, é mais segura e oferece melhor qualidade de vida aos pacientes.

Conforme já descrito, em grande parte das vezes o diagnóstico da fístula é realizado no intra operatório. Dessa forma, durante a intervenção cirúrgica, o tratamento da patologia envolve a identificação da fístula, sua ressecção e a rafia da porção intestinal acometida, além da realização da colecistectomia<sup>14</sup>.

No quadro descrito, a fístula biliodigestiva encontrada foi a bilioduodenal, sendo, na literatura médica, a mais frequente - em cerca de 60% dos casos. Em segundo lugar, encontram-se as fístulas colecistocolônicas (com pouco menos de 20%). As fístulas colecistogástricas e coledocoduodenal ocorrem em cerca de 5% das vezes cada<sup>15</sup>.

A abordagem cirúrgica da fístula biliodigestiva vem sendo questionada nos últimos anos, visto que alguns autores defendem que pacientes pouco sintomáticos podem ser observados, devendo ser obrigatória a intervenção apenas naqueles pacientes com quadro de sepse de origem biliar. Isso se aplica especialmente a pacientes idosos e com alto risco cirúrgico<sup>16</sup>.

No caso descrito, apesar do paciente negar quadro de epigastralgia prévia, o anátomo patológico evidenciou colecistite crônica ulcerada, em surto agudo e processo inflamatório transmural em segmento de piloro, não identificando sinais de malignidade - concordando com a literatura médica, em que considera a colecistite crônica o principal causador de fístula biliodigestiva, e que pelo fato de ter evoluído para quadro de hemorragia digestiva, é

---

<sup>12</sup> Sankarankutty, A. et al. Colecistite aguda não-complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia? p. 436-437.

<sup>13</sup> Fonte Boa, M.A. et al. Fístula bilio-duodenal pós colecistite aguda: relato de caso, p. 31. <sup>12</sup> Wilson, E. et al. Cost-utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, p. 210.

<sup>14</sup> Machado, M.A.C. et al. Fístulas biliares internas: estudo de 13 casos e revisão da literatura, p. 45.

<sup>15</sup> Lee, S.B. et al. Colecistite aguda associada a fístula colecistoduodenal e sangramento duodenal, p. 109.

<sup>16</sup> Balent, E. et al. Cholecystocolonic fistula, p. 155.

considerado raro na literatura médica, portanto com grande relevância para a comunidade científica.

## REFERÊNCIAS

- BALENT, E. et al. Cholecystocolonic fistula. *Hawaii J Med Public Health*, 2012; 71(6): 155-157.
- FONTE BOA, M.A. et al. Fístula bilio-duodenal pós colecistite aguda: relato de caso. *Revista de Saúde*. 2016; Jul./Dez.; 07 (2): 31-34.
- JORGE, J.X. et al. Fístulas biliodigestivas (a propósito de 3 casos clínicos). *Jornal Português de Gastreenterologia*. 2013; 20(3): 119-122.
- LEE, S.B. et al. Colecistite aguda associada a fístula colecistoduodenal e sangramento duodenal. 2003; *The Koren Journal of Internal Medicine*. 18 (2): 109-114.
- MACHADO, M.A.C. e col. Fístulas biliares internas: estudo de 13 casos e revisão da literatura. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*. 1995; 50(1): 45-48.
- SANKARANKUTTY, A. et al. Colecistite aguda não-complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia? *Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2012; 39(5): 436-440.
- STAGNITTI, F. et al. Biliodigestive fistulae and gallstone ileus: diagnost and therapeutic considerations. *Il Gionarle di Chirurgia*. 2014; Sep-Oct; 35(9-10): 235-238. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4321497/>. Acesso em 10/02/2021.
- VALEZI, Antonio Carlos. *Noções básicas da cirurgia digestiva*. Londrina: Eduel, 2015.
- WILSON, E. et al. Cost-utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *British Journal of Surgery*. 2010; Volume 97: 210-219. Disponível em: <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.6872>. Acesso em 10/02/2021.