

# Cólon Biliar: Um Caso Raro de Complicação da Colelitíase

## *Biliary Colon: A Rare Cholelithiasis complication*

Paulo Costa Correia<sup>1\*</sup>, Liliana Coutinho Cabral<sup>2</sup>, Pedro Caldes<sup>2</sup>, Maria Luís Santos<sup>3</sup>, Francisco O. Vieira<sup>3</sup>

\*Autor Correspondente/Corresponding Author:

Paulo Costa Correia [paulo.correia@ulsguarda.min-saude.pt]  
Rua Almirante Gago Coutinho, nº 39, 1º andar, 6300-523 Guarda, Portugal  
ORCID iD: 0000-0002-4032-6975

### RESUMO

A fístula colecistocólica é uma complicação rara da litíase biliar. A apresentação clínica é variável e inespecífica. Os autores descrevem um caso clínico de uma paciente com obstrução mecânica baixa provocada pela impactação no cólon sigmoide de um cálculo biliar procedente de uma fístula colecistocólica. Perante a tentativa infrutífera de remoção do cálculo através da colonoscopia, procedeu-se a laparotomia, com enterotomia após mobilização do cálculo e remoção do mesmo e colostomia lateral, sem intercorrências intraoperatórias. A eleição da técnica cirúrgica e o prognóstico são inevitavelmente condicionados pelo estado geral e comorbilidades associadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças da Vesícula Biliar; Doenças do Cólon; Fístula Biliar; Fístula Intestinal

1. Assistente Graduado Sénior de Cirurgia Geral da ULS – Guarda / Prof. Auxiliar Convocado de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade da Beira Interior. 2. Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral da ULS – Guarda, Portugal. 3. Interno do Ano Comum da ULS – Guarda, Portugal. (Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Sousa Martins – ULS Guarda, Portugal.)

Recebido/Received: 28/04/2020 - Aceite/Accepted: 23/03/2021 - Publicado online/Published online: 06/04/2021 - Publicado/Published: 30/06/2021

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## ABSTRACT

*Cholecystocolic fistula is a rare complication of biliary lithiasis. Clinical presentation is variable and nonspecific.*

*The authors describe a clinical case of a patient with low mechanical obstruction caused by impaction in the sigmoid colon of a gallstone from a cholecystocolic fistula.*

*In view of the unsuccessful attempt to remove the calculus through colonoscopy, a laparotomy, with enterotomy was performed after mobilization of the calculus and removal of the calculation and lateral colostomy, without intraoperative complications.*

*The choice of the surgical technique and the prognosis are inevitably conditioned by the general state and associated co-morbidities.*

**KEYWORDS:** Biliary Fistula; Colonic Diseases; Gallbladder Diseases; Intestinal Fistula

## INTRODUÇÃO

As fístulas bilioentéricas foram descritas em 1890 por Courvoisier, sendo identificadas em 0,5% a 4,8% das cirurgias da vesícula/vias biliares.

São colecisto-cólicas em 8% - 26,5% dos casos (mais frequentemente a nível do ângulo hepático). Geralmente são diagnosticadas incidentalmente durante a colecistectomia.<sup>1-3</sup> Os mecanismos fisiopatológicos implicados na formação deste tipo de fístulas baseiam-se em: alterações da perfusão/fenómenos de inflamação, pressão exercida pelos cálculos na parede da vesícula biliar.<sup>4</sup>

Apesar de raras, podem ter implicações graves uma vez que se estabelecem em pacientes idosos (mais frequentes no género feminino), com múltiplos fatores de risco e comorbilidades. Podem manifestar-se sob a forma de: oclusão intestinal baixa (cálculo impactado no cólon sigmoide), hemorragia digestiva baixa (erosão de vasos na parede do cólon), inflamação localizada/sépsis.<sup>5</sup> Quando sintomáticas, a taxa de mortalidade é elevada (35% - 40%) e o cirurgião, pode ser chamado a intervir, num paciente de difícil abordagem clínico-cirúrgica, exigindo-se sensatez e alguma prudência.<sup>6-8</sup>

A inespecificidade clínica, a limitação dos meios auxiliares de diagnóstico, a polémica suscitada pelo tipo de tratamento mais adequado e a raridade desta entidade, motivaram a apresentação de um caso clínico elucidativo deste tipo de fístula biliodigestiva, expondo a sua conduta diagnóstica e terapêutica.

## CASO CLÍNICO

Doente com 81 anos, do género feminino, diabética insulinotratada, hipertensa, com insuficiência cardíaca direita, hipertensão pulmonar grave e história de vários internamentos no Serviço de Medicina Interna por diabetes descompensada, enterites com diarreia que não

cediam a medidas terapêuticas habituais, insuficiência cardíaca descompensada e insuficiência renal crónica.

Referia dor abdominal tipo cólica associada à paragem de emissão de gases e fezes.

Ao exame físico, a doente encontrava-se consciente, mas pouco colaborante, ligeiramente descorada e desidratada, encontrava-se hipotensa (100/66 mmHg), com ritmo cardíaco irregular, mas estável do ponto de vista hemodinâmico. Abdómen – ruídos hidro-aéreos aumentados em frequência e com timbre metálico, distendido, timpanizado, com dor difusa à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal.

A colocação de sonda nasogástrica, drenou de imediato, cerca de 2l de conteúdo fecaloide.

As determinações analíticas (hemograma e bioquímica evidenciaram hemoglobina 10,8 g/dL, leucócitos 10400 U/dL (com neutrofilia), creatinina 2,87 mg/dL, ureia 32, K 3,2, Na 139, TGO 16 U, TGP 26 U, fosfatase alcalina, 288, INR 1,2.

Os exames de imagem (radiografias do tórax e abdómen, ecografia abdominal) demonstraram: alargamento do mediastino à custa da sombra cardíaca, níveis hidro-aéreos na topografia do intestino delgado e cólon, “distensão hídrica de muitas ansas do intestino delgado, com peristaltismo reduzido, com derrame peritoneal moderado, não se identificando a causa da obstrução”. Para melhor esclarecimento do quadro clínico foi solicitada tomografia abdominal computadorizada (sem contraste endovenoso): “é possível perceber a existência de uma imagem sugestiva de fístula colecistocólica (envolvendo o fundo da vesícula biliar e a metade direita do cólon transversal); identifica-se uma imagem sugestiva de cálculo biliar com 3,7 cm na transição do cólon descendente para a ansa sigmoide, onde neste segmento surgem múltiplos divertículos, com alterações que sugerem a

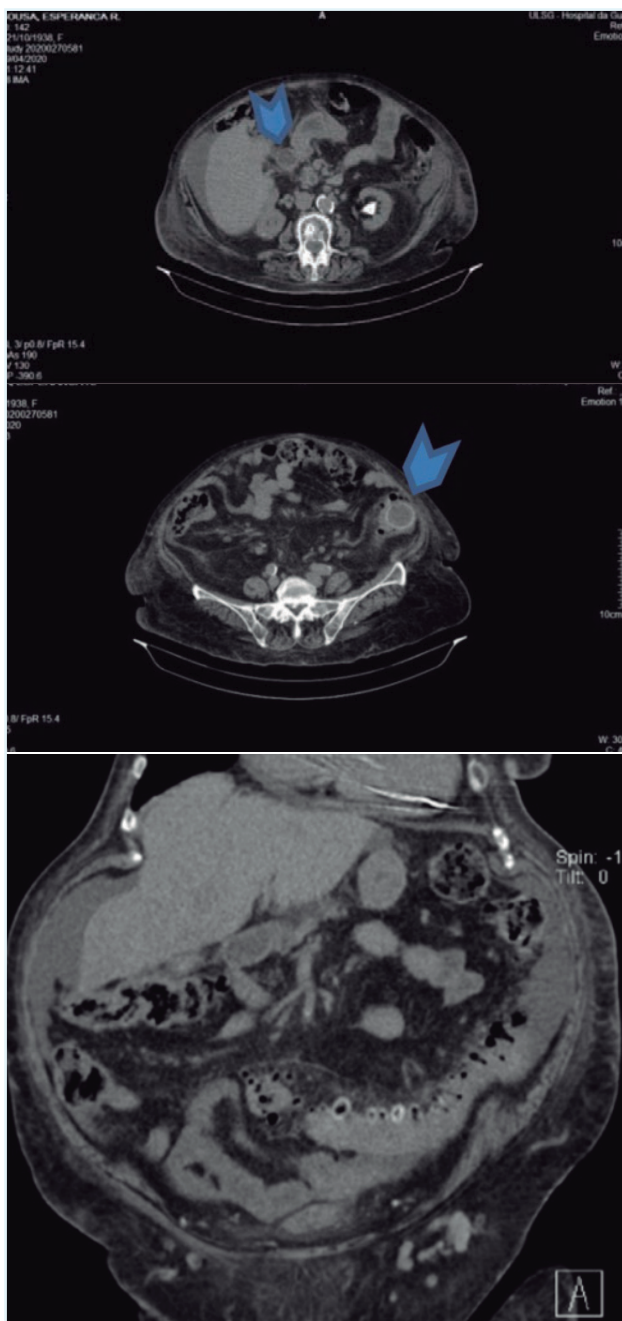


FIGURA 1. Tomografia computadorizada (TC) abdominal com imagem sugestiva de fístula colecistocólica (setas).

existência prévia de processos inflamatórios locais (diverticulites), o que nos faz duvidar da possibilidade da passagem espontânea do cálculo através deste segmento”- (Fig. 1).

Perante os achados da tomografia, solicitou-se uma colonoscopia: “progressão até aos 35 cm e observado cálculo biliar a este nível, que ocupa praticamente todo o lúmen, embora se mobilize com as manobras de insuflação e aspiração”; área de mucosa com erosão a 30 cm; presença de numerosos divertículos a jusante do cálculo condicionando estreitamento do lúmen do cólon sigmoide e angulações acentuadas do mesmo, impossibilitando a remoção endoscópica do cálculo” - (Fig. 2).

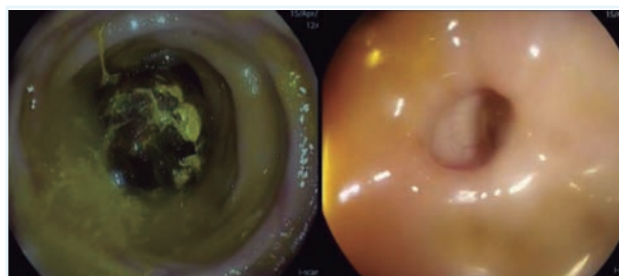


FIGURA 2. Colonoscopia com observação de cálculo biliar.

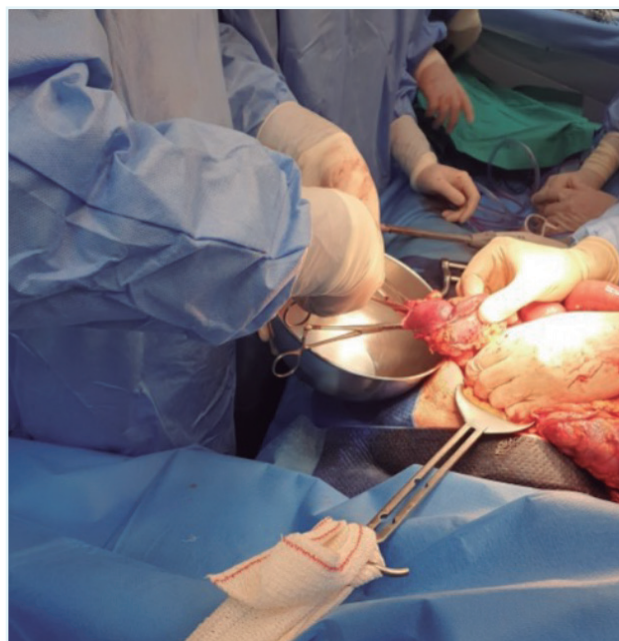


FIGURA 3. Procedimento de “milking” e medição do cálculo biliar.

Perante a tentativa infrutífera de remoção do cálculo por via endoscópica, submeteu-se a doente a uma celiotomia exploradora que evidenciou: oclusão intestinal baixa, condicionada por um cálculo impactado no cólon sigmoide deformado pela presença de divertículos e fibrose resultante de fenómenos de diverticulite prévios; fístula colecistocólica entre o ângulo hepático do cólon e a vesícula biliar.

Procedeu-se, à mobilização proximal do cálculo (“milking”), remoção através de colotomia e confecção de colostomia lateral sem intercorrências intraoperatórias (Fig. 3).

No pós-operatório, verificou-se uma agudização da lesão renal crónica com acidémia metabólica, e necessidade de transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos deste Hospital e, posteriormente, para o Serviço de Nefrologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

## DISCUSSÃO

O diagnóstico desta entidade exige um elevado índice de suspeição clínica em articulação com avaliação imagiológica e endoscópica complementares.

As atitudes terapêuticas, atualmente, aceitam incluem:

- Remoção endoscópica do(s) cálculo(s) após fragmentação;
- Intervenção cirúrgica, por laparotomia ou laparoscopia, em um ou dois tempos para remoção do(s) cálculo(s) associada (um tempo) ou seguida (dois tempos) de colecistectomia e reparação da fístula.

A terapêutica cirúrgica num só tempo, permite o tratamento definitivo, eliminando teoricamente o risco de “íleus biliar” recorrente, a colangite, o carcinoma da vesícula biliar e a necessidade de outro procedimento cirúrgico. Não obstante, está associado a uma taxa de morbimortalidade mais elevada, pelo que deve ser reservado a pacientes com bom estado geral.

A escolha entre tratamento endoscópico e cirúrgico é condicionada fundamentalmente pelo material disponível, tamanho do(s) cálculo(s), estabilidade hemodinâmica e/ou opção do paciente. Nos doentes com risco cirúrgico elevado, o tratamento endoscópico surge como uma alternativa adequada pela menor taxa de complicações. Contudo, perante o seu fracasso é obrigatório o tratamento cirúrgico.

No caso clínico exposto o tratamento cirúrgico impôs-se perante o fracasso da terapêutica endoscópica. Uma vez realizada laparotomia verificou-se que as condições locais e o estado de equilíbrio hemodinâmico do doente não permitiam o tratamento definitivo em um só tempo: colecistectomia, reparação da fístula e remoção do cálculo. Optámos por manter a fístula “*in situ*” e proceder ao manuseamento do cálculo até ao cólon descendente através do processo de “ordenha” – “*milking*” e confeccionar uma colostomia lateral atendendo à deformidade do cólon sigmoide condicionada pelos episódios repetidos de diverticulite prévios.

## CONCLUSÃO

Apesar de raro, a possibilidade do “cólon biliar” existe, e desta vez sem solução endoscópica, numa doente com várias comorbilidades e atraso no diagnóstico (a doente estava internada há 5 dias no Serviço de Medicina Interna).

A conduta e terapêutica corretas são fundamentais para evitar a morbimortalidade elevada inerente. A eleição do tratamento adequado para cada caso clínico, endoscopia e/ou cirurgia, é função de fatores clínicos e técnicos.

Em doentes de alto risco, somos da opinião que o tratamento de eleição é a abordagem em dois tempos, isto é, resolução da oclusão intestinal em primeiro tempo, deixando a colecistectomia e tratamento da fístula para o segundo tempo, se a condição clínica da doente permitir.<sup>9</sup>

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**CONFLITOS DE INTERESSE:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**FONTES DE FINANCIAMENTO:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**CONSENTIMENTO:** Consentimento do doente para publicação obtido.

**PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES:** Não comissionado; revisão externa por pares.

## ETHICAL DISCLOSURES

**CONFLICTS OF INTEREST:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**FINANCING SUPPORT:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

**CONFIDENTIALITY OF DATA:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**PATIENT CONSENT:** Consent for publication was obtained.

**PROVENANCE AND PEER REVIEW:** Not commissioned; externally peer reviewed.

## REFERÊNCIAS

1. Jorge XJ, Sousa AL, Panão AE. Fístulas biliodigestivas litiásicas (a propósito de 3 casos clínicos). *GE J Port Gastrenterol*. 2013;20:119-22. doi: 10.1016/j.jpg.2012.07.002.
2. Tahir OM, Fedele CR, Sneider MB, Collins DS, Maloney DB. Cholecystocolonic fistula. *Del Med J*. 2014;86:373-5.
3. Conde LM, Tavares PM, Quintes JL, Chermont RQ, Perez MC. Laparoscopic management of cholecystocolic fistula. *Arq Bras Cir Dig*. 2014;27:285-7. doi: 10.1590/S0102-67202014000400013.
4. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol*. 2019;6:e000344. doi: 10.1136/bmjgast-2019-000344.
5. Costi R, Randone B, Violi V, Scatton O, Sarli L, Soubrane O, et al. Cholecystocolonic fistula: facts and myths. A review of the 231 published cases. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2009;16:8-18. doi: 10.1007/s00534-008-0014-1.
6. Smyth J, Dasari BV, Hannon R. Biliary-colonic fistula. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011;9:A26. doi: 10.1016/j.cgh.2011.04.015.
7. Melo EL, Paula FT, Siqueira RA, Ribeiro SC. Cólon Biliar: "um caso incomum de oclusão intestinal. *Radiol Brasil*. 2015;48:127-8. doi: 10.1590/0100-3984.2014.0073.
8. Del Gaizo A, Bharet R. Cholecystocolonic fistula. *Appl Radiol*. 2006;35:21-2.
9. Rodríguez-Sanjuán JC, Casado F, Fernández MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg*. 1997;84:634-7.