



# FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA DESCOBERTA APÓS SEMIOBSTRUÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO

RAFAEL DA SILVA CUNHA(1); LARISSA CAVALCANTE AMORA(1); ITALO DA SILVA BARBOSA(2); LUÍSA LUCAS ALVES(1);  
ANTÔNIO DE PÁDUA FREIRE MAGALHÃES JUNIOR(1); LUCAS PARENTE ALENCAR(1).

1 HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR, FORTALEZA - CE - BRASIL

2 CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA - CE - BRASIL

## INTRODUÇÃO

A Fístula Colecistogástrica (FCG) é uma patologia cirúrgica rara, com etiologia na colecistite crônica ou recorrente. Outras causas são neoplasia, trauma, infecção amebiana, úlcera péptica, equinococose e diverticulite. Alguns relatos de caso indicam como tratamento de escolha reparo da fístula, gastroplastia e colecistectomia em uma-fase, podendo ser realizado por via laparoscópica.

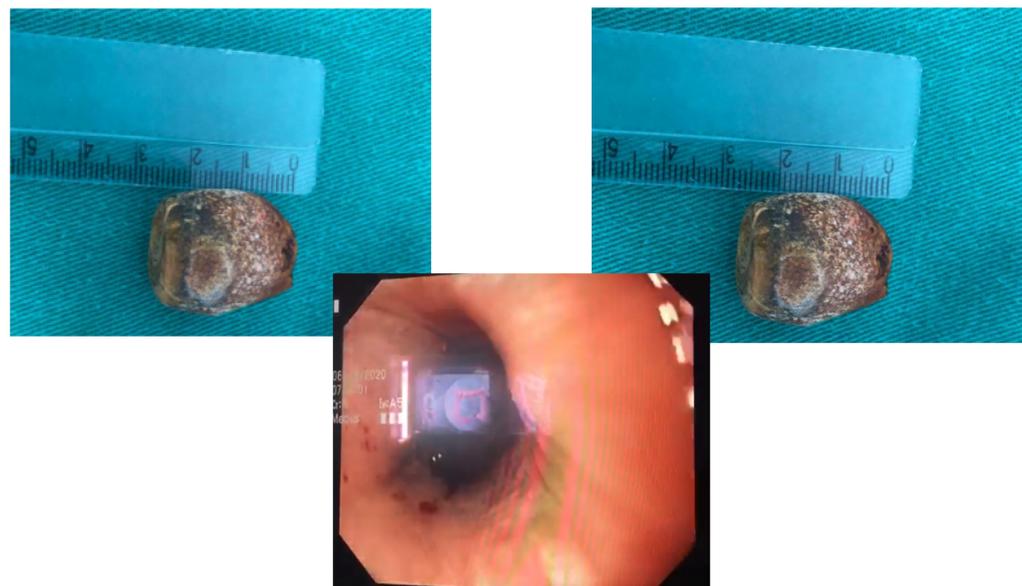
## RELATO DE CASO

Mulher, 66 anos, portadora de déficit cognitivo, acompanhada por familiar, atendida ambulatorialmente devido colelitíase sintomática. Relata-se que, há 7 dias, apresentava dor, distensão abdominal difusa, redução de eliminação de fezes, flatos presentes, um episódio de êmese escurecida e perda de peso de 10kg em um ano. Ao exame, abdômen globoso, depressivo, doloroso a palpação, sem peritonite. Toque retal, presença de fezes endurecidas em ampola retal. Em admissão, realizado clister evacuativo, com início de melena. Em hemogramas seriados: queda de hemoglobina. Prescrito omeprazol em dose dobrada. Em Endoscopia Digestiva Alta (EDA): presença de úlcera em antro de 15 mm com bordas regulares e que permitia a entrada do aparelho por cerca de 3 cm, fundo bloqueado. Realizada TC de abdômen com contraste: aparente comunicação entre estrutura tubular e interior gástrico na região antropilórica; duas imagens ovaladas, heterogêneas, com densidade cálcica periférica no interior do estômago, medindo cerca de 2,8 cm e 3,0 cm. Nova EDA realizada: presença de cálculos em interior de câmara gástrica. Paciente sem instabilidade clínica, sem sintomas de colestase. Optou-se por retirar cálculos por via endoscópica. Realizada Colangiorressonância: vesícula biliar com pequena repleção, redução do calibre das vias biliares extra hepáticas proximal, sem

cálculos, perda de definição do fundo da vesícula biliar com planos indistintos com a região do antro e primeira porção do duodeno, aparente comunicação entre os lúmens. Pela estabilidade clínica e não descrição de cálculos em colangiorressonância, conduta foi conservadora e seguimento ambulatorial.

## DISCUSSÃO

O Lúmen Cístico da FCG ocorre no Fundo Vesicular em 19% dos casos, 70%, no Corpo; 11%, na Bolsa de Hartmann. No Lúmen Gástrico, afirma-se a ocorrência próximo ao Píloro em todos os casos. Não há consenso acerca da terapêutica. A escolha depende das condições clínicas e comorbidades do paciente, expertise do cirurgião e estado anatômico do sítio cirúrgico. Na videolaparoscopia, realizar-se-á a colecistectomia e correção da fístula, com taxa de conversão para cirurgia aberta de 6,3%. Também é possível cirurgia aberta, com pontos positivos a maior facilidade para dissecação de potenciais aderências. Pode-se realizar em duas-fases, com correção da fístula e posterior colecistectomia; ou em uma-fase, não havendo consenso acerca da superioridade entre ambos. Em pacientes de alto risco, pode-se utilizar de abordagem endoscópica, com possível abordagem eletiva posterior.



## REFERÊNCIAS:

1. Fujimoto G. Laparoscopic and endoscopic cooperative surgery for cholecystogastric fistula: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;
2. Aamery A, Pujji O, Mirza M. Operative management of cholecystogastric fistula: case report and literature review. *J Surg Case Reports.* 2019;