



HDA por fístula bilio-duodenal. Relato de caso.

NAJA NABUT¹; EMANUELE CAROLINE DA SILVA²; GUILHERME MARQUES FREITAS²; FERNANDA LOPES DA SILVA². 1- Cirurgião geral e Supervisor da Residência Cirurgia Geral do Hospital Evangélico de Londrina, PR; 2- Residente de Cirurgia Geral HEL

INTRODUÇÃO

A fístula entero-biliar, uma patologia pouco frequente, é uma das complicações da colecistite. Ocorre em aproximadamente 4% dos pacientes com colelitíase. A complicação mais comum das fístulas enterovesiculares é o íleo biliar. A manifestação hemorrágica não é uma condição frequentemente observada, porém tem uma importância clínica, pois pode oferecer grande risco à vida do paciente.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 62 anos, sem comorbidades prévias, deu entrada no Hospital Evangélico de Londrina, via SAMU, por um quadro de hemorragia digestiva alta (HDA). O mesmo queixou de dor epigástrica de forte intensidade, de início súbito, que evoluiu com episódios de hematêmese em grande quantidade.

Na admissão, o paciente apresentava-se em bom estado geral, hemodinamicamente estável, com abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal. Os exames complementares evidenciavam: Hb: 13,65 g/dl; Ht: 40,19%; Leucócitos: 11.890 cel/mm³ sem desvio; Eletrólitos e função renal sem alterações.

Foi submetido a endoscopia diagnóstica alta, que evidenciou úlcera duodenal em parede anterior, com impressão de pertuito fistuloso na

base (perfurada) com sinais de sangramento.

Indicada laparotomia exploradora, identificou-se colecistite escleratrófica bloqueada com a primeira porção do duodeno, com perfuração. Foi realizada colecistectomia e fechamento do duodeno à Mickulicks após reavivamento dos bordos. Durante o procedimento, houve lesão inadvertida na inserção do ducto cístico com o colédoco, sendo então corrigido com colocação de dreno de Kehr. O paciente teve uma boa evolução obtendo alta no 6º P.O. O exame anatomo-patológico evidenciou colecistite crônica ulcerada, em surto agudo e processo inflamatório transmural em segmento de piloro, não identificando sinais de malignidade.

DISCUSSÃO

Courvosier, no ano de 1890, foi o primeiro a descrever a perfuração da vesícula biliar decorrente da inflamação do órgão. O processo inflamatório crônico decorrente da colecistite pode provocar a aderência e retração do duodeno e a pressão contínua dos cálculos na parede da vesícula biliar pode ocasionar necrose e consequente fistulização entre os 2 órgãos. A comunicação pode ocasionar a migração dos cálculos da vesícula para o trato intestinal que pode levar à obstrução do delgado principalmente na válvula íleo-cecal. A ocorrência de sangramento neste tipo de fístula não é frequente, porém é de extrema importância clínica pois pode por a vida do paciente em risco.

REFERÊNCIAS: 1- Fístula biliodigestiva y abstrucción intestinal por cálculo biliar: reporte de un caso. Guzmán, Adolfo; Pérez Vidal, Jacinto; et al. *Rev méd domin*; 53(2/3): 99-100, abr.-sept. 1992. 2- Spontaneous internal bilio-digestive fistula after cholecystectomy. A clinical report. Corsale, C; Martini, A; Corsale, I. *Minerva Chir*; 45(18): 1195-8, 1990 Sep 30. 3- Hemorragia digestiva baja masiva por fístula colecistocolónica: presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Guerra S., Claudio; Corral B., Róbinson; Schalper C., Kurt. *Rev. chil. cir*; 55(6): 648-650, dic. 2003.