

FÍSTULA BILIAR RELACIONADA À COLEDOCOLITÍASE

BILIARY FISTULA RELATED TO CHOLEDOCOLITIASIS

Djiuliany Larissa de Souza **SIQUEIRA**¹, Eduardo Kenji Osako **NOVAKOSKI**¹, Laura de **LORENZI**¹, Rodrigo Miike da **ROCHA**¹, Micheli Fortunato **DOMINGOS**¹, Eduardo Jose Brommelstroet **RAMOS**¹, Júlio Cezar Uili **COELHO**¹, Rafael William **NODA**¹, Fernando Issamu **TABUSHI**²

REV. MÉD. PARANÁ/e1706

Siqueira DLS, Novakoski EKO, de Lorenzi L, da Rocha RM, Domingos MF, Ramos EJB, Coelhos JCU, Noda RW, Tabushi FI. Fístula biliar relacionada à coledocolitíase. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2022;80(1):e1706

DESCRITORES: Coledocolitíase. Fístula biliar. Funduplicatura.

KEY WORDS: Cholelithiasis. Biliary fistula. Fundoplication.

INTRODUÇÃO

As fístulas biliares são raras e podem cursar com significativa morbimortalidade¹. Em geral são mais comumente decorrentes de complicações em colecistectomias², podendo estar relacionadas a traumas, operações hepáticas, biópsias, abscessos, e drenagens endoscópicas e percutâneas da via biliar^{3,4}. Há pouca evidência científica demonstrando que fístulas biliares podem estar relacionadas à doenças da vesícula biliar ou coledocolitíases⁵.

O objetivo deste relato foi apresentar o caso de um paciente com coledocolitíase e fístula biliar espontânea da superfície do lobo hepático esquerdo, sem história de trauma ou operação abdominal recente.

RELATO DO CASO

Homem de 85 anos apresentou-se com queixa de dor abdominal há 5 dias e sinais de peritonite difusa. Apresentava como procedimentos cirúrgicos prévios funduplicatura à Nissen, herniorrafia inguinal e apendicectomia anos atrás. Na admissão foi realizada tomografia de abdome, que demonstrou discreta dilatação da árvore biliar, com presença de cálculos (10 e 7 mm) no segmento distal de colédoco, vesícula biliar distendida com paredes espessadas, pneumoperitônio e líquido livre abdominal (Figura 1A), além de sinais de funduplicatura com cliques metálicos (Figura 1B) adjacente à superfície hepática (segmentos II/III). Ele foi submetido à laparotomia exploradora e na operação verificou-se presença de líquido purulento. Foi realizada lavagem da cavidade abdominal, colecistectomia e colocação de drenos laminares. No dia seguinte à operação, os drenos estavam com aspecto biliar e bilirrubina do líquido com valor de 10 mg/dl. Foi optado por realizar colangiografia endoscópica retrógrada com que foi feito diagnóstico de fístula biliar em segmentos II/III com extravasamento de contraste (Figura 2B). Os cálculos foram retirados (Figura 2A) e colocada prótese biliar plástica (Figura 2C).

O tempo total de internamento foi de 10 dias, sendo 3 dias na UTI, sem complicações e resolução completa da fístula biliar com dreno retirado na alta hospitalar.

Após um ano de acompanhamento o paciente realizou exames de imagem que demonstraram linfonodomegalia mediastinal e nódulos pulmonares, bem como múltiplas lesões na superfície peritoneal sugerindo carcinomatose. Além disso, foram evidenciadas lesões na parede abdominal, que foram biopsiadas e o diagnóstico foi de melanoma metastático. A história recente de neoplasia do paciente não aparenta estar relacionada à fístula biliar anteriormente relatada.

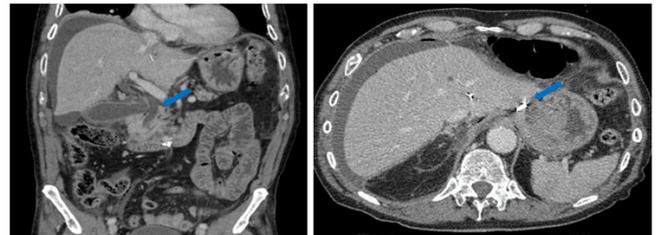


FIGURA 1 – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME: A) COM LÍQUIDO LIVRE PERI-HEPÁTICO, PNEUMOPERITÔNIO, ESPESSAMENTO VESÍCULA BILIAR E DILATAÇÃO DO COLÉDOCO (SETA) COM PRESENÇA DE CÁLCULOS; B) COM CLIPES METÁLICOS (SETA) EM SUPERFÍCIE HEPÁTICA (SEGMENTOS II/III), PRÓXIMO À FUNDOPLICATURA PRÉVIA.

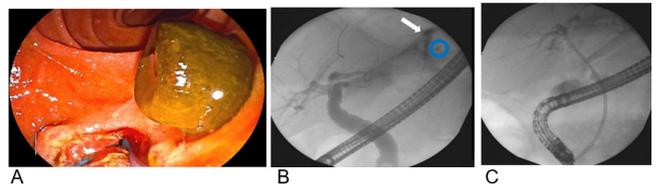


FIGURA 2 – A) PAPILOTOMIA E CÁLCULO RETIRADO DO COLÉDOCO; B) EXTRAVASAMENTO DE CONTRASTE EM TOPOGRAFIA DO SEGMENTO HEPÁTICO II/III (SETA BRANCA) E CLIPES METÁLICOS (CÍRCULO AZUL); C) PRÓTESE BILIAR PLÁSTICA IMPLANTADA

Trabalho realizado no ¹Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil; ²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

ORCID

Djiuliany Larissa: 0000-0002-4010-4029

Eduardo Kenji: 0000-0003-0890-367X

Laura de Lorenzi: 0000-0002-4427-9678

Rodrigo Miike: 0000-0002-1246-3032

Micheli Fortunato: 0000-0001-5577-2209

Eduardo Ramos: 0000-0002-7151-9956

Júlio Coelho: 0000-0002-7622-8592

Rafael Noda: 0000-0002-7113-1222

Fernando Issamu Tabushi: 0000-0002-3150-2164

Endereço para correspondência: Micheli Fortunato Domingos
E-mail: michelifortunato@yahoo.com.br

DISCUSSÃO

As fístulas biliares espontâneas são raras em adultos, com poucos casos relatados na literatura e com fisiopatologia pouco conhecida^{6,7}. Diversos fatores como estase, obstrução distal do ducto biliar, divertículos ou glândulas anormais na parede do ducto biliar, infecção e tumores podem causar aumento da pressão interna da via biliar, levando a perfurações e quadros de coleperitônio^{7,8}.

Acredita-se que um total de 70% desses casos esteja relacionado à coledocolitíase⁹. As rupturas do ducto biliar intra-hepático do lobo esquerdo são mais frequentes do que as do lobo direito porque os ductos biliares estão localizados superficialmente¹⁰.

No caso relatado, o paciente tinha história médica pregressa de funduplicadura à Nissen anos atrás e tomografia de abdome demonstrando cliques metálicos próximos à superfície hepática no lobo hepático esquerdo. Então, uma possível hipótese para este caso, foi a de lesão antiga na superfície hepática já cicatrizada, que com o aumento da pressão na árvore biliar, causada pelos cálculos no colédoco distal, tenha gerado uma fístula biliar e coleperitônio. Neste paciente, a laparotomia

exploradora foi indicada de emergência e não foi encontrado local de origem da fístula. No dia seguinte, com drenos de aspecto biliar, optou-se por CPRE para retirada dos cálculos do colédoco distal e colangiografia que detectou fístula da superfície hepática nos segmentos II/III. A fim de manter a via biliar drenada, além da papilotomia com extração dos cálculos uma prótese plástica foi colocada na via biliar principal.

Existem algumas inconsistências na literatura quando se trata da definição de fístulas biliares espontâneas⁵. Alguns estudos definem como vazamento de bile onde uma causa específica permanece não identificável e geralmente é diagnóstico de exclusão^{5,11}.

Muitos estudos relatados, não demonstraram o local do extravasamento ou relatam casos com fístula biliar após algum procedimento^{5-7,11}. Dessa maneira, a literatura é escassa com relação à fístula biliar espontânea relacionada a coledocolitíase.

A intervenção cirúrgica é tratamento eficaz no coleperitônio, sendo primordial realizar a lavagem da cavidade abdominal e drenagem, mesmo sem o reconhecimento da localização da fístula biliar^{7,8}. Neste caso, assim como o relatado por Hamura et al.⁷, a drenagem da cavidade e posterior realização de CPRE, proporcionou tratamento definitivo da fístula.

REFERÊNCIAS

1. Fong ZV, Pitt HA, Strasberg SM, et al.: Diminished survival in patients with bile leak and ductal injury: management strategy and outcomes. *J Am Coll Surg*. 2018, 226:568.e1-576.e1. 10.1016/j.jamcollsurg.2017.12.023
2. Woods MS, Traverso LW, Kozarek RA, et al.: Characteristics of biliary tract complications during laparoscopic cholecystectomy: a multi-institutional study. *Am J Surg*. 1994, 167:27-34. 10.1016/0002-9610(94)90050-7
3. McLindon JP, England RE, Martin DF: Causes, clinical features and non-operative management of bile leaks. *Eur Radiol*. 1998, 8:1602-1607. 10.1007/s003300050595
4. Kapoor S, Nundy S: Bile duct leaks from the intrahepatic biliary tree: a review of its etiology, incidence, and management. *HPB Surg*. 2012, 2012:752932. 10.1155/2012/752932
5. Micheli D, Patel K R, Li T, et al. (July 28, 2021) Spontaneous Bile Leak in a Patient Without Recent Abdominal Surgery or Trauma. *Cureus* 13(7): e16702. DOI 10.7759/cureus.16702
6. Fukui et al.: Spontaneous Bile Duct Rupture in the Left Triangular Ligament after EST. *Case Rep Gastroenterol* 2021;15:53–61. DOI: 10.1159/000510932.
7. Hamura et al. Spontaneous biliary peritonitis with common bile duct stones: report of a case. *Surgical Case Reports* (2016) 2:103. DOI 10.1186/s40792-016-0234-6
8. Kang SB, Han HS, Min SK, Lee HK. Nontraumatic perforation of the bile duct in adults. *Arch Surg*. 2004;139:1083–7.
9. Piotrowski JJ, Van Stiegmann G, Liechty RD. Spontaneous bile duct rupture in pregnancy. *HPB Surg*. 1990 Jul;2(3):205–9.
10. Sumer F, Kayaalp C, Karagül S, Ertugrul I, Yagci MA, Onur A. Case report of non-traumatic spontaneous intrahepatic bile duct rupture in an adult. *Int J Surg Case Rep*. 2016;21:104–6
11. Yousaf MN, D'Souza RG, Chaudhary F, Ehsan H, Sittambalam C: Biloma: a rare manifestation of spontaneous bile leak. *Cureus*. 2020, 12:e8116. 10.7759/cureus.8116