

Fístula biliobrônquica como complicação do tratamento não operatório do trauma hepático

Bile bronchial fistula as a complication of the non-operative treatment of hepatic trauma

Rachel Cristina do Carmo¹, Domingos André Fernandes Drumond², Fábio Mendes Botelho Filho³, Sizenando Vieira Starling³

DOI: 10.5935/2238-3182.20140150

RESUMO

¹ Médica. Residente de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico-Cirurgião. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital João XXIII da FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Médico-Cirurgião-Geral e do Trauma. Hospital João XXIII da FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A fístula biliobrônquica (FBB) é complicação rara da doença hepática, inclusive da evolução do trauma hepático. Seu diagnóstico, na maioria dos casos, é clínico, tendo como sinal patognomônico a bilióptise. Sua abordagem surpreende e desafia o cirurgião, especialmente em relação ao seu tratamento; e, no trauma, é essencial o controle da lesão hepática, o que torna a laparotomia medida que se impõe em detrimento da toracotomia. Este relato descreve a abordagem da FBB após o trauma, com lesão hepática associada, bem como a estratégia para o seu tratamento.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Fístula do Sistema Respiratório; Fístula do Sistema Digestório; Fístula Biliar; Ductos Biliares; Fígado.

ABSTRACT

Bile bronchial fistula (BBF) is a rare complication of liver disease including the evolution of liver trauma. In most cases, its diagnosis is clinical and takes bilioptisis as the pathognomonic sign. Its approach surprises and challenges the surgeon, especially in relation to its treatment; and, in trauma, it is essential to control the hepatic lesion, which makes laparotomy the measure that arises in detriment of thoracotomy. This report describes the BBF's approach after trauma, with associated hepatic lesion as well as the strategy for its treatment.

Key words: Wounds and Injuries; Respiratory Tract Fistula; Digestive System Fistula; Biliary Fistulas; Bile Ducts; Liver.

INTRODUÇÃO

A fístula biliobrônquica (FBB) é entidade rara que consiste na comunicação entre o sistema biliar e a árvore brônquica, sendo uma de suas causas a lesão hepática traumática em região toracoabdominal. Foi primeiramente descrita em 1858 por Peacock¹ em dois casos de equinococose.² Em revisão de 1.676 pacientes vítimas de ferimento toracoabdominal na Segunda Guerra Mundial e na Guerra da Coreia, foram encontrados três casos de FBB. Sua exata incidência, entretanto, é ainda desconhecida.³

Outras causas de FBB foram descritas por Saylan², que as classificou, segundo a etiologia, como:

- **congênita:** fístula bilitraqueal com trifurcação de carina;
- **por trauma toracoabdominal:** agentes penetrantes ou contusos;
- **por doença hepática:** abscesso, equinococose, colecistite aguda e até mesmo neoplasia hepática, sendo esta última causa a mais frequente (32% casos);⁴

Recebido em: 10/10/2014
Aprovado em: 19/10/2014

Instituição:
Hospital João XXIII – FHEMIG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Rachel Cristina do Carmo
E-mail: rachelcarmo@yahoo.com.br

- por doença obstrutiva: por obstrução biliar ou infestação secundária da via biliar ou pancreática;
- iatrogênica (pós-procedimento): biópsia hepática percutânea.

A raridade da FBB torna sua abordagem sistematizada casuística, o que pode causar insegurança ao cirurgião em sua resolução.

Este relato objetiva alertar para essa complicação no tratamento não operatório do trauma toracoabdominal com lesão hepática associada, bem como a estratégia para seu tratamento.

RELATO DO CASO

AJSA, 23 anos de idade, masculino, vítima de agressão por arma de fogo em região toracoabdominal à direita, com orifício de entrada no sétimo espaço intercostal em linha axilar anterior e orifício de saída em dorso no nono espaço intercostal homolateral.

Admitido no pronto-socorro hemodinamicamente estável e com desconforto respiratório leve. A tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome evidenciou lesão hepática grau IV em segmentos VI, VII e VIII (Figura 1) e contusão pulmonar, hemotórax e fratura de arcos costais à direita.

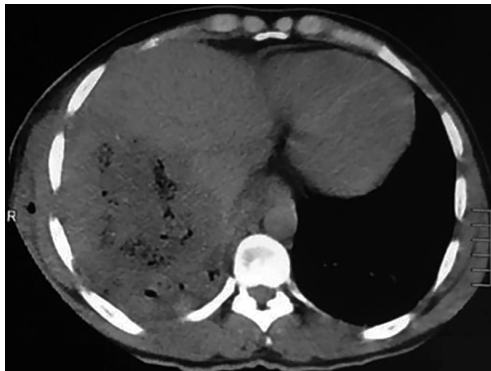


Figura 1 - Lesão hepática grau IV em segmentos VII e VIII, visualizada pela tomografia de abdome realizada à admissão. Observa-se ar na intimidade da lesão hepática, proveniente da lesão pulmonar.

Optou-se pelo tratamento não operatório devido à estabilidade hemodinâmica e sinais de trajeto balístico exclusivo na topografia hepática, diafragmática e pulmonar. A drenagem do hemitórax direito foi estabelecida.

Evoluiu bem durante a primeira semana, porém, após retirada do dreno torácico, apresentou taquicardia, febre e tosse com escarro sanguíneo e purulento.

Iniciada antibioticoterapia devido à suspeita de contusão pulmonar infectada. No 18º dia após o trauma, manifestou bilióptise (Figura 2), dor torácica e taquicardia. A TC de tórax e abdome mostrou contusão pulmonar com sinais de melhora em relação à imagem de admissão, pequeno derrame pleural à direita e lesão hepática em regressão, sem sinais de infecção ou sangramento.



Figura 2 - Imagem do escarro biliar (bilióptise).

Devido ao sinal patognomônico de FBB (bilióptise), foi indicado tratamento cirúrgico. A via de acesso definida foi a laparotomia, com o objetivo de tratar diretamente o vazamento biliar, bem como fechar a lesão do diafragma. Durante o procedimento cirúrgico, foram identificadas lesão hepática parenquimatosa e lesão diafragmática correspondente (Figura 3), ambas rafiadas. Foram posicionados dois drenos abdominais supra-hepáticos. A evolução transcorreu sem bilióptise e com melhora clínica progressiva. A abordagem torácica não foi necessária, devido à ausência de sinais clínicos e radiológicos de complicação do espaço pleural. Recebeu alta no 38º dia de internação hospitalar.

DISCUSSÃO

A bilióptise é referenciada por Liao *et al.*⁴ em todos os seus pacientes com FBB, sendo menos frequentes a febre, icterícia, dor abdominal, dor torácica e dispneia.⁵

Em vítima de trauma com lesões diretas responsáveis pelo trajeto fistuloso, a clínica de bilióptise já é suficiente para iniciar o tratamento da FBB. Em caso de dúvida diagnóstica ou diante de afecções hepáticas não traumáticas, exames contrastados da via biliar como colangiografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou a colangiografia transparieto-hepática percutânea são exames considerados padrão-ouro para seu diagnóstico.

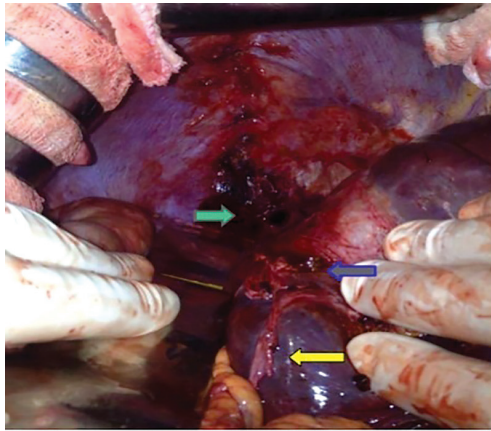


Figura 3 - Imagem per-operatória das lesões hepática e diafragmática. A seta à esquerda (verde) demonstra lesão diafragmática. A seta (azul) à direita aponta para a lesão hepática. A seta mais caudal (amarela) mostra o ligamento coronário direito hepático, liberado dos seus pontos de fixação para permitir acesso a toda face diafragmática do fígado.

No entanto, a identificação de bilirrubina no escarro é suficiente para definir o diagnóstico de FBB. Outras alternativas, menos invasivas e com boa especificidade, são a colangiressonância e a colecistografia hepatobiliar com ácido iminodiacético.⁶⁻⁷ A TC de tórax e de abdome sempre é recomendada antes de procedimento cirúrgico, para avaliação da lesão hepática, do pulmão e do espaço pleural.

A terapêutica da FBB requer: a) abordagem direta da fístula; b) fechamento diafragmático, uma vez que o gradiente de pressão entre tórax e abdome favorece a aspiração de conteúdo abdominal em direção ao tórax, impedindo o fechamento da fístula; c) drenagem ampla da lesão hepática. Ao contrário das FBBs congênitas, a abordagem torácica no trauma para essa condição só é recomendável quando houver acúmulo significativo de bile no espaço pleural, empiema ou outra informação cirúrgica documentada pela TC. Raramente, para o tórax, a estratégia cirúrgica deve ser decidida precocemente. Dependerá da evolução após o fechamento da FBB por via abdominal.

A CPRE para esfincterectomia, endoprótese na via biliar assim como a drenagem biliar percutânea são condutas a serem realizadas principalmente para FBB de outras etiologias. No entanto, acredita-se que essas medidas menos invasivas prolongam o tempo de internação hospitalar e são incapazes de evitar a laparotomia em todos os casos. A abordagem inicial mais agressiva da FBB pode trazer mais eficácia para seu tratamento definitivo.⁷⁻¹⁰

CONCLUSÃO

A FBB é condição clínico-cirúrgica rara, possui várias causas e pode afetar diferentes segmentos hepáticos e pulmonares. Constitui-se em complicação grave do tratamento não operatório do trauma penetrante toracoabdominal à direita.

Não existe protocolo bem definido para o seu tratamento, sendo diversificada a sua abordagem diagnóstica e terapêutica, o que torna cada paciente único.

No entanto, é possível inferir que alguns princípios devem ser respeitados para o tratamento da FBB pós-traumática, que são: abordagem direta da fístula e drenagem adequada da lesão hepática, acrescida do fechamento da lesão diafragmática.

REFERÊNCIAS

1. Peacock TB. Case in which hydatids were expectorated and one of suppuration of hydatid cyst of the liver communicating with the lungs. *Edinburgh Med J.* 1850; 74:33-46.
2. Rodrigues OR, Quim ACO, Minamoto H, Matheus RS, Schmidt Junior AFF. Fístula biliobrônquica: relato de caso e revisão da literatura. *Acta Cir Bras.* 1998; 13(4):264-8.
3. Singh B, Moodley J, Sheik-Gafoor MH, Dhooma N, Reddi A. Conservative management of thoracobiliary fistula. *Ann Thorac Surg.* 2002; 73:1088-91.
4. Guan-Qun Liao, Hao Wang, Guang-Yong Zhu, Kai-Bin Zhu, Fu-Xin Lv, Sheng Tai. Management of acquired bronchobiliary fistula: a systematic review of 69 cases published in 30 years. *World J Gastroenterol.* 2011; 17(33):3842-9.
5. Gugenheim J, Ciardullo M, Traynor O, Bismuth H. Bronchobiliary fistulas in adults. *Ann Surg.* 1988; 207:90-4.
6. Mazzuca N, Giulianotti PC, Mosca F, Toni MG, Bianchi R, Mariani G. Visualization of a bronchobiliary fistula during cholescintigraphy with ^{99m}Tc-diethyl-IDA. *J Nucl Med Allied Sci.* 1983; 27:257-60.
7. Chua HK, Allen MS, Deschamps C, Miller DL, Pairolero PC. Bronchobiliary fistula: principles of management. *Ann Thorac Surg.* 2000; 70:1392-4.
8. Ball CG, Trexler S, Rajani RR, Vercausse G, Feliciano DV, Jeffrey M, Nicholas JM. Importance of liver drainage in biliary-bronchopleural fistula resulting from thoracoabdominal gunshot injury. *J Can Chir.* 2009; 52:E12-3.
9. Andrade-Alegre R, Ruiz-Valdes M. Traumatic thoracobiliary (pleurobiliary and bronchobiliary) fistula. *Asian Cardiovas Thor Ann.* 2012; 21(1):43-7.
10. Ivatury RR, O'Shea J, Rohman M. Post-traumatic thoracobiliary fistula. *J Trauma.* 1984; 24:438-42