

## FÍSTULA GASTROJEJUNOCÓLICA A PROPÓSITO DE 3 CASOS CONSECUTIVOS

*A. M. Estima-Martins e A. R. B. Barreira*

Serviço de Clínica Cirúrgica. Faculdade de Medicina do Porto. Porto

### RESUMO

Apresentam-se 3 casos consecutivos de fístula gastrojejunocólica que se instalaram após gastrectomia segmentar por úlcera duodenal. A sintomatologia mais referida foi de diarreia persistente com fezes contendo restos alimentares e de emagrecimento progressivo mas com apetite conservado. O exame radiológico por clister opaco constituiu o melhor meio de diagnóstico. No período pré-operatório, é essencial uma adequada preparação do doente e o estudo da diátese ulcerosa subjacente. Salienta-se o bom resultado da intervenção cirúrgica num tempo único com ressecção em bloco da fístula, dos segmentos de jejuno, de cólon e de estômago envolvidos, com regastrectomia de tipo Billroth II e restauração da continuidade do tracto intestinal e gastrojejunostomia precólica; simultaneamente, em 2 casos, procedeu-se a vagotomia.

É hoje pouco frequente que uma lesão ulcerosa do estoma gastrojejunal penetre no cólon da vizinhança formando-se uma fístula gastrojejunocólica. Apesar disso, num doente com história de anterior intervenção cirúrgica ao estômago que se queixa de diarreia persistente, perda de peso mas com conservação do apetite e, em muitos casos, hálito, eructações ou vômitos fecalóides ou ainda dor abdominal, é necessário pensar precocemente neste diagnóstico<sup>1-6</sup> e não apenas noutra qualquer síndrome de malabsorção. Os três casos consecutivos por nós tratados, que vamos apresentar, ilustram bem este tipo de complicação maior da úlcera gastrojejunal a qual só pode ser corrigida cirurgicamente.

### CASO 1

Doente do sexo masculino, de 38 anos de idade, internado de urgência em 19 de Abril de 1976 no Serviço de Infecto-Contagiosas por diarreia persistente, resistente a várias medicações e desidratação. O doente refere esta sintomatologia e por vezes, dores abdominais ora difusas ora peri-umbilicais, desde há cerca de 4 meses. As defecções são quase sempre após a ingestão de alimentos e as fezes de início são aquosas e depois contêm alimentos acabados de ingerir. Não refere vômitos, hematemeses ou melenas. Apresenta-se emaciado e prostrado. Palidez da pele e mucosas e discreto edema maleolar. Exame físico do abdómen, normal. Gastrectomizado há cerca de 5 anos por úlcera duodenal. Hemoglobina, 11,2 g %; eritrócitos, 3,7 milhões/ml; volume globular, 34; leucócitos, 8400/ml; proteínas plasmáticas totais, 53 g/l com 47,1 % de albumina; clister opaco (Fig. 1, A) revelaram de papa baritada, respectivamente, do cálcio sérico, 5,0 mEq/l; fosfatase alcalina, 59 UI. Coprocultura e exame parasitológico das fezes, negativos. Os exames radiológicos do trânsito gastrojejunal e do cólon por

estômago para o cólon transverso e deste para o estômago e intestino delgado. A gastroscopia mostrou não só a existência de um estoma gastrojejunal e de uma bolsa gástrica reduzida como uma fístula para o colón ao nível da anastomose gastrojejunal. O exame histológico de fragmentos da mucosa gástrica colhidos junto da anastomose mostrou *lesões inflamatórias crônicas inespecíficas*.

Operado em 2 de Junho de 1976 e após laparotomia mediana, identifica-se a existência de gastrectomia segmentar anterior com gastrojejunostomia transmesocólica e um extenso bloco de aderências que fixa e envolve uma limitada zona da porção média do cólon transverso o qual se apresenta um tanto dilatado a montante por aparente estreitamento ao nível dessa zona. Procedeu-se a regastrectomia com enterectomia e colectomia segmentares em bloco (Fig. 1, B), a reconstrução axial dos segmentos intestinais, a uma gastroenteroanastomose precólica e a vagotomia troncular. O período pós-operatório decorreu sem incidentes tendo o doente tido alta 12 dias depois.

Em fins de Julho de 1976, um estudo radiológico do trânsito gastrojejunal e do cólon por clister opaco (Fig. 1, C) revelou normalidade. Em Outubro de 1979 o doente apresenta-se com um normal estado de nutrição e sente-se bem.

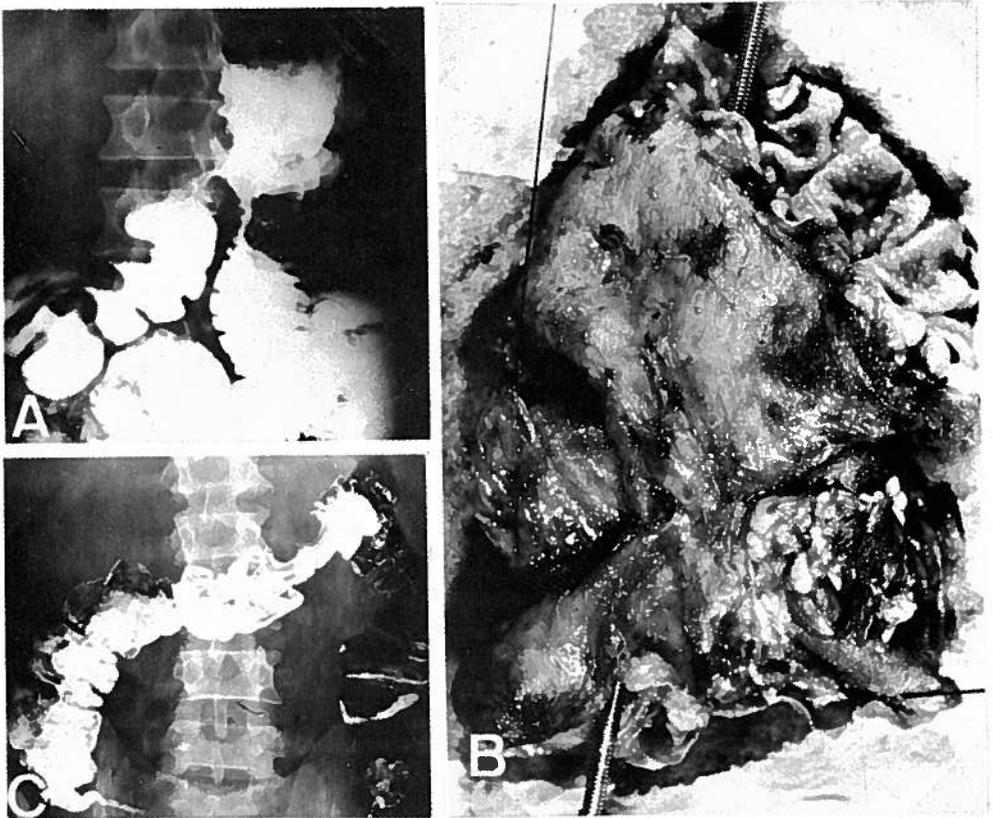


Fig. 1 — Observação clínica 1. Em A, imagem radiológica, por clister opaco, de fistula gastrojejunocólica; em B, peça operatória (v. antero-posterior), após ressecção em bloco; e, em C, imagem radiológica do cólon, no pós-operatório, por clister opaco.

## CASO 2

Doente do sexo masculino, de 42 anos de idade, internado de urgência em 28 de Outubro de 1976 por dores abdominais tipo cólica, vômitos e emagrecimento acentuado. Operado há cerca de 14 anos de gastrectomia por úlcera duodenal passou bem até há cerca de 4 anos altura em que se começa a queixar de epigastralgias, por vezes muito violentas, intervaladas de curtos períodos de acalmia, as quais o *obrigavam* a provocar o vômito o que o aliviava e a recorrer a analgésicos potentes (Petidina ou Pentazocina), flatulência, obstipação, inaptência e astenia. Há cerca de 3 meses as dores passam a localizar-se ao hipocôndrio e flanco esquerdos e o doente começa a ter 3 a 4 dejeções diarreicas diárias, as quais surgem muitas vezes após a ingestão de alimentos, contendo as fezes restos alimentares; além disso, tem vômitos e hálito fecalóides. Refere personalidade ansiosa e apresenta-se muito emagrecido, com astenia muscular marcada. Desde há cerca de 2 anos ganhou habituação e dependência àqueles analgésicos, chegando a auto-injectar-se 5 vezes por dia com Pentazocina. Na altura do internamento apresentava mesmo um abscesso nadegueiro por auto-injecção, o qual foi drenado cirurgicamente. Ao exame físico, para além de um estado de emagrecimento marcado, apenas palidez da pele e das mucosas sendo normal o exame físico do abdômen. Hemoglobina, 7,9 g%; eritrócitos, 3,2 milhões/ml; volume globular, 24; leucócitos, 11 600 por ml; uremia, 1,16 g/l glicemia 0,88 g/l; proteínas plasmáticas totais de 58 g/l com 40,5 % de albumina. Em princípios de Janeiro de 1977, após regime alimentar hipercalórico e hiperproteico com poucos resíduos e vitaminoterapia, recuperou em parte do estado geral e apresentava 10,5 g % de hemoglobina, 36 de volume globular, 8700 leucócitos por ml, 0,27 g/l de uremia, 15 mg/l de creatinemia, 69 g/l de proteínas plasmáticas totais com 47,1 % de albumina e ionograma equilibrado; por outro lado, o sedimento urinário mostrou numerosos eritrócitos e alguns cilindros hialino-granulosos, granulosos e celulares, sendo negativo o exame cultural. O estudo

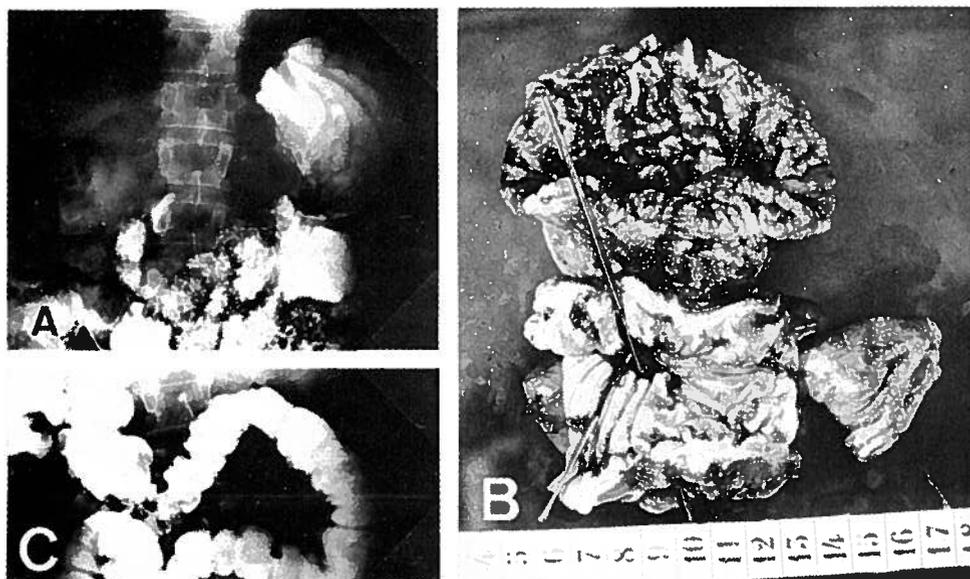


Fig. 2 — Observação clínica 2. Em A, imagem radiológica, por clister opaco, de fistula gastro-jejuno-cólica; em B, peça operatória (v. postero-anterior), após ressecção em bloco; e em C, imagem radiológica do cólon, no pós-operatório, por clister opaco.

radiológico gastrojejunal não foi informativo. À gastroscopia visualizou-se bem a boca da gastrojejunostomia, de aspecto regular, não se observando qualquer orifício fistular embora o ar insuflado provocasse emissão franca de gases pelo recto. Entretanto, o estudo radiológico do cólon por clister opaco evidenciara fistulização do cólon para o estômago e intestino delgado (Fig. 2, A).

Operado em 4 de Fevereiro de 1977, após laparotomia mediana, verificou-se existir uma gastrectomia segmentar com gastrojejunostomia precólica e um extenso bloco de aderências bem constituídas que engloba, em parte, uma zona da porção mediana do cólon transverso. Procedeu-se a regastrectomia com enterectomia e colectomia segmentares em bloco (Fig. 2, B), a reconstrução axial dos segmentos intestinais e a uma gastrojejunostomia precólica. O período pós-operatório decorreu sem incidentes tendo o doente tido alta cerca de 10 dias depois.

Dois meses depois, o estudo radiológico do trânsito gastrojejunal e o do cólon por clister opaco (Fig. 2, C) revelaram normalidade. Em Outubro de 1979 não refere qualquer queixa e apresenta-se com um bom estado geral.

### CASO 3

Doente do sexo masculino, de 34 anos de idade, internado em 30 de Março de 1978 por fistula gastrojejunocólica. Há cerca de 4 anos foi gastrectomizado por úlcera duodenal e cerca de 1 ano depois começou a sentir epigastralgias ligeiras e, inesperadamente, uma crise de vômitos alimentares e de hematemeses que lhe motivaram um internamento de cerca de 1 mês no Hospital de Águeda, tendo recuperado com tratamento médico. Um ano depois, retornam as epigastralgias ligeiras, tendo um exame radiológico gastrojejunal (12 de Julho de 1976) revelado uma úlcera justa-anastomótica (Fig. 3, A). Entretanto, melhorou com tratamento médico e dieta. Há cerca de 1,5 anos começou a ter crises diarreicas, por vezes com 10 dejeções diárias, contendo as fezes restos alimentares. Internado no Hospital Universitário de Coimbra, foi-lhe diagnosticado radiologicamente por clister opaco uma fístula gastrojejunocólica (Fig. 3, B) não revelada no RX gastrojejunal nem por endoscopia alta. Agora, ao exame físico apresenta-se emagrecido, com palidez da pele e das mucosas sendo normal o exame abdominal. Ligeiro edema maleolar. Hemoglobina, 10,5 g %; volume globular, 35; leucócitos, 7200/ml; plaquetas, 200 mil/ml; e, cerca de 15 dias após o internamento, proteínas plasmáticas totais de 52 g/l com 59,3 % de albumina; cálcio sérico de 3,3 mEq/l; fósforo sérico de 34 mg/l.

Operado em 18 de Abril de 1978, após laparotomia exploradora, reconheceu-se a existência de gastrectomia segmentar com gastrojejunostomia precólica com aderências bem constituídas ao cólon transverso na sua porção mediana. Procedeu-se a regastrectomia com enterectomia e colectomia segmentares em bloco (Fig. 3, C), a reconstrução axial dos segmentos intestinais, a uma gastrojejunostomia precólica e a vagotomia troncular. O período pós-operatório decorreu sem qualquer incidente e, no momento da alta, o doente não referia queixas. Em Janeiro de 1979, um exame radiológico gastrojejunal bem como um do cólon por clister opaco (Fig. 3, D) indicaram normalidade. Em Novembro de 1979, o doente apresenta um bom estado geral e sente-se bem.

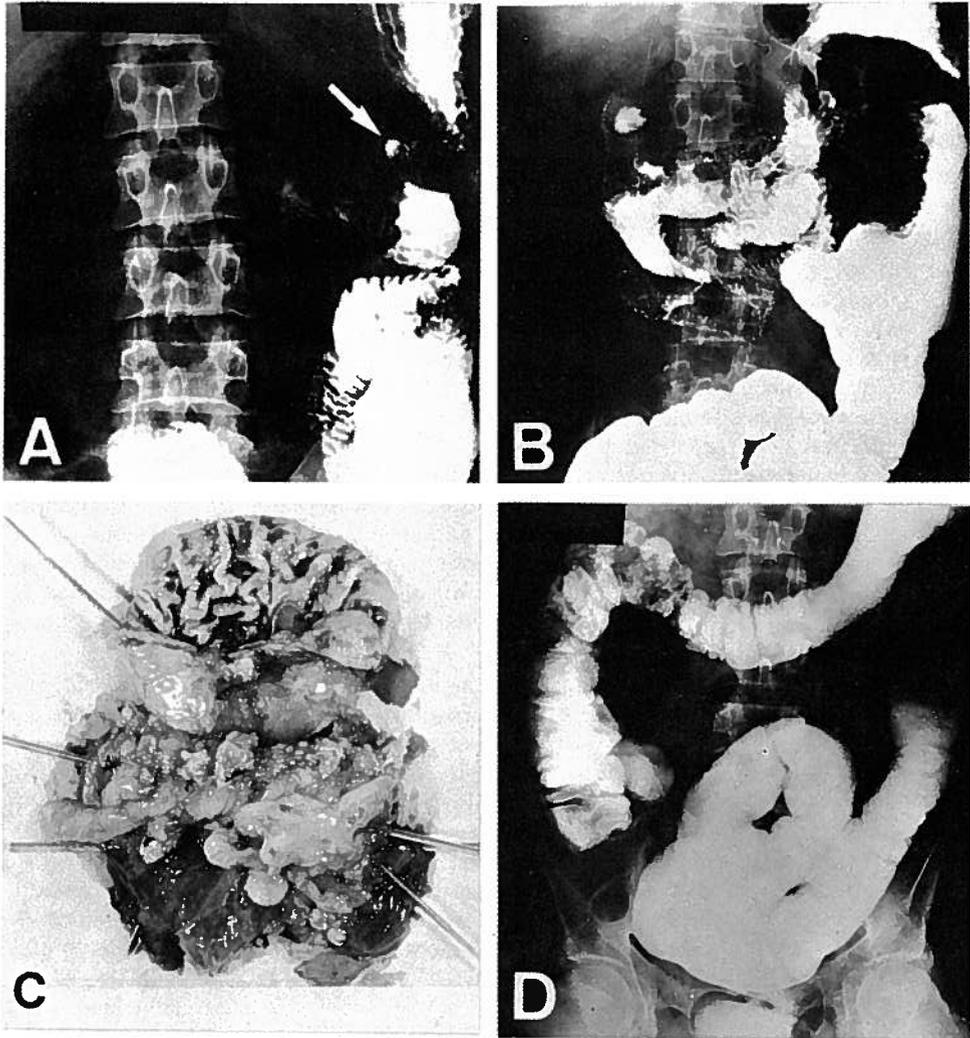


Fig. 3 — Observação clínica 3. Em A, imagem radiológica de úlcera justa-anastomótica (→); em B, imagem radiológica, por clister opaco, de fistula gastrojejunocólica; em C, peça operatória (v. postero-anterior), após ressecção em bloco; e, em D, imagem radiológica do colón, no pós-operatório, por clister opaco.

## COMENTÁRIOS

A fístula gastrojejunocólica traduz, quase exclusivamente, uma complicação grave da úlcera gastrojejunal e, tal como esta, é mais frequente nos doentes operados por úlcera duodenal e quase só nos do sexo masculino,<sup>2-7</sup> factos que confirmámos nas nossas observações clínicas. No ulcerado gastrojejunal a sua taxa de incidência, referente a observações anteriores a 1957, variou entre 8,7,<sup>8</sup> 11,4,<sup>6</sup> 13,8,<sup>9</sup> 19,1<sup>5</sup> e 22,4.<sup>4</sup> No entanto, como observa Lowdon,<sup>4</sup> estas estimativas ao incidirem apenas sobre os doentes que vieram a recorrer a cada uma das respectivas unidades hospitalares, reflectem em

excesso a verdadeira dimensão desta complicação. Posteriormente, Wichulis et al,<sup>10</sup> em 360 casos de úlcera gastrojejunal e Cleator et al<sup>11</sup> em 331 casos, referem uma incidência de, respectivamente, 5 e 2 % de fístulas gastrojejunocólicas. Ora, se uma das razões desta menor ocorrência parece estar em relação com o êxito do tratamento precoce da úlcera recorrente, outra deve-se a uma mais baixa incidência de úlceras recorrentes ou marginais em virtude da evolução dos critérios de tratamento cirúrgico da úlcera péptica.<sup>12, 13</sup> Assim, se em 1925, após simples gastroenterostomia esta incidência era de 34 %, em 1970, após vagotomia e antrectomia, era inferior a 1 %.<sup>14</sup>

Em média, a fístula instala-se com mais frequência entre os cinco e os dez anos após a operação por úlcera péptica.<sup>2, 5</sup> Se for precedida pela sintomatologia de úlcera recorrente, as queixas dolorosas podem aliviar-se a partir do estabelecimento da fístula.<sup>4, 5</sup> A partir dessa altura, em regra, o doente refere diarreia habitualmente persistente e emagrecimento acentuado e progressivo<sup>2, 4, 5</sup> com conservação do apetite.<sup>4, 5</sup> A diarreia é resistente às medicações habituais<sup>3</sup> e deve-se em grande parte a fenómenos de jejunitis com hiperperistalse, por acção agressiva ao nível do intestino delgado de produtos do conteúdo cólico que regurgitam para o estômago e jejuno.<sup>4, 15</sup> Se surgirem vômitos fecalóides, na ausência de um quadro de oclusão intestinal, eles constituem um sinal patognomónico<sup>4, 6</sup> desde que se afaste a possibilidade de se tratar de uma fístula gastro-ileocólica já que, nesta situação, a diarreia surge precocemente no período pós-operatório.<sup>16</sup> Os sinais físicos de valor diagnóstico são, quando presentes, a verificação de matérias fecais no produto do vômito e um hálito fecal<sup>4</sup> o que ocorreu na nossa observação clínica 3.

Tal como confirmámos, o melhor meio auxiliar de diagnóstico é o exame radiológico do cólon por clister opaco que é afirmativo em 96,9<sup>4</sup> a 100 %<sup>2, 3, 5, 9</sup> dos casos, ao contrário do exame radiológico gastrointestinal que o é dum modo variável entre 0,0,<sup>9</sup> 8,9,<sup>2</sup> 38,<sup>5</sup> 50<sup>3</sup> e 63,6 % dos casos.<sup>4</sup> A negatividade deste último exame dever-se-á à possível existência de uma disposição pseudo-valvular de pregas da mucosa ao nível dos orifícios fistulares, tal como foi verificado por Barber e Madden,<sup>3</sup> a qual não facilita a passagem do conteúdo gástrico para o cólon mas sim o inverso, bem assim, como admite Lowdon,<sup>4</sup> a diferenças de pressões intraluminais nos vários segmentos. Também a endoscopia digestiva alta nem sempre é positiva pois a presença da gastroenterostomia não permite uma insuflação eficaz,<sup>5</sup> o diâmetro fistular pode ser pequeno e ainda porque poderá existir a disposição pseudo-valvular da mucosa ao nível da fístula, há pouco referida. cremos no entanto de valorizar a emissão pronta de gases pelo ânus pela insuflação endogástrica nos nossos dois primeiros doentes, a qual se manteve durante o exame. Este exame permitirá ainda verificar a possível presença de conteúdo fecalóide no estômago e, por outro lado, excluir a possibilidade de existir uma lesão maligna gástrica.

O estado de emaciação acentuada que alguns doentes apresentam, obriga a uma adequada preparação para a operação<sup>1, 2, 5</sup> que no entanto não deve ser prolongada.<sup>2, 5</sup> Aquela incluirá uma dieta hipercalórica e hiperproteica com poucos resíduos, vitamino-terapia, correcção de desequilíbrios hidro-electrolíticos, eventualmente transfusões de sangue ou de plasma e, em alguns casos, hiperalimentação parentérica. A preparação gastro-intestinal pode ser realizada com laxantes,<sup>1, 2</sup> neomicina e/ou sulfamidas,<sup>2, 5</sup> ou, se a diarreia for grave, um antibiótico de largo espectro por via parentérica,<sup>5</sup> sendo aconselhável ainda a lavagem gástrica mas não os enemas.<sup>4-6</sup>

O tratamento efectivo da fístula gastrojejunocólica por lesão benigna é só cirúrgico e tem como primeiro objectivo a ressecção da fístula. Porque, inicialmente, a utilização de técnicas de ressecção em bloco num tempo único acarretou taxas elevadas de morta-

lidade de 11,1,<sup>4</sup> 32,<sup>9</sup> 34,8<sup>4</sup> a 50%,<sup>5</sup> na maioria dos casos por peritonite,<sup>3</sup> passaram a ser utilizadas técnicas de ressecção em bloco em 2 e mais tempos<sup>3,4</sup> com mortalidade mais baixa mas com morbidade naturalmente mais elevada. Com a melhoria progressiva dos cuidados cirúrgicos, retornou-se à utilização da ressecção num único tempo e, em 1957, Marshal e Knud-Hansen<sup>5</sup> relatam a sua utilização em 18 doentes com êxito total e Barber et al,<sup>2</sup> em 1963, referem apenas 2 mortes pós-operatórias em 76 doentes (2,6%) operados.

Por outro lado, nos doentes em que se procedeu apenas à desconexão da fístula e que sobreviveram, verificaram-se recidivas de úlcera gastrojejunal em 50,<sup>5</sup> 69,2<sup>4</sup> e 100%<sup>2</sup> dos casos, nalguns dos quais se instalou também uma fístula que, em particular nos de Lowdon,<sup>4</sup> se verificou em  $\frac{1}{3}$  dos casos. Ora, se importa uma técnica de ressecção em bloco, interessa também que ela não acarrete o aparecimento de complicações. Neste sentido, a técnica ideal tem de satisfazer a correcção dos factores patogénicos mais directamente responsáveis pela úlcera gastrojejunal que originou a fístula,<sup>5,13</sup> isto é, deve reduzir a secreção cloridropéptica quer pela vagotomia,<sup>2, 5, 12, 13</sup> quer pela ressecção gástrica,<sup>1-5, 12, 13</sup> quer pela combinação destas duas atitudes.<sup>2, 12, 13</sup> Nos 3 casos clínicos que apresentámos procedeu-se sempre a ressecção em bloco da fístula com regastrectomia e em 2, simultaneamente, a vagotomia troncular. A análise da bibliografia indica-nos que, nos casos de ressecção da fístula em que se procedeu também a gastrectomia subtotal ou a regastrectomia segmentar o índice de recorrências, embora pequeno, tem variado entre 2,9,<sup>2</sup> 4,<sup>7</sup> 6,7<sup>4</sup> e 10%.<sup>5</sup> Entretanto, é de notar que a vagotomia como operação isolada, por vezes, não impede que uma úlcera marginal ou recorrente penetre e fistulize para o cólon<sup>17</sup> bem assim a recorrência úlcero-fistular, mesmo se associada a gastrectomia segmentar, tal como referem Marshall e Knud-Hansen<sup>5</sup> num caso e Barber et al<sup>2</sup> noutra, nos quais, em reoperação, se verificou e ressecou uma porção remanescente de antro retida. Tudo indica que o ideal é a utilização de uma técnica de ressecção em bloco da fístula simultânea com outra de correcção da diátese ulcerosa, a individualizar em cada caso de acordo com o estudo pré-operatório do estado funcional do estômago do doente. Nos casos que apresentem localmente um processo inflamatório activo com peritonite, sem garantia na anastomose cólica, será mesmo aconselhável, num primeiro tempo, proceder a uma colostomia proximal.

De assinalar que em 2 das nossas 3 observações clínicas a gastrojejunostomia era precólica, ao contrário da grande maioria dos casos de fístula gastrojejunocólica referidos, em que a fístula surge como complicação tardia de uma anastomose transmesocólica, a mais praticada e a que, por razões de técnica cirúrgica, aproxima *ab initio* a zona de anastomose gastrojejunal do bordo cólico. Na série de 46 casos referidos por Lowdon,<sup>4</sup> em 42 tratava-se de situações de gastro-enteroanastomose, 2 das quais precólicas e, nos outros 4, de gastrectomia segmentar, em 2 dos quais a anastomose era também anterior; na série de 49 casos referida por Marshall e Knud-Hansen<sup>5</sup> e na de 64 por Barber et al,<sup>2</sup> a anastomose era precólica, respectivamente em 1 e 2 observações. Na realidade, a complicação fistular pode surgir num ou noutra tipo de gastrojejunostomia, o que parece reflectir, além do mais, que a operação inicial em relação ao tratamento da úlcera péptica terá sido inadequada.

Afim de diminuir a morbidade progressiva das situações de fístula gastrojejunocólica, de prevenir o uso abusivo de drogas (v. obs. clínica 2) e de evitar a dispersão do doente por sectores assistenciais não cirúrgicos (v. obs. clínicas 1 e 3), impõe-se um diagnóstico e tratamento cirúrgicos precoces. Em cada doente operado importa realizar sempre uma observação cuidadosa e periódica após a alta hospitalar, a qual, nos casos apresentados, tem confirmado normalidade digestiva.

## SUMMARY

*GASTROJEJUNOCOLIC FISTULA. A REPORT OF 3 CONSECUTIVE CASES.*

Three consecutive cases of patients with peptic gastrojejunal fistula are presented. Persisting diarrhea with undigested food particles in the stools and loss of weight with a remaining normal appetite were the most common symptoms. Roentgenologic study examination after barium enema was the most reliable diagnostic aid. Appropriate preoperative preparation and adequate study of the underlying ulcerous diathesis are essential. The good results of the one stage operation with en bloc resection of the fistula, the involved jejunum, colon and the stomach with a Billroth II type of gastric re-resection and restoration of gastrointestinal tract continuity and an antecolic gastrojejunal anastomosis was emphasized. In two instances an accompanying vagotomy was performed.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA AG, BRAGA AB, CARDOSO V. Fistula gastro-jejuno-cólica. Considerações terapêuticas a propósito de um caso. *O Médico* 1958; 7: 760.
2. BARBER KW Jr, WAUGH JM, PRIESTLEY JT. Operations in one stage for gastrojejunal fistula. *Surg Clin N Am* 1963; 12: 1443.
3. BARBER RF, MADDEN JL. The surgical management of gastrojejunal fistulas. *Surgery* 1947; 22: 657.
4. LOWDON AGR. Gastrojejunal fistula. *Br J Surg* 1953; 41: 113.
5. MARSHALL SF, KNUD-HANSEN EM. Gastrojejunal and gastrocolic fistulas. *Ann Surg* 1957; 145: 770.
6. VERBRUGGE J. Gastrojejunal fistulas. *Arch Surg* 1925; 11: 790.
7. LOCALIO SA, STONE P, HINTON JW. Gastrojejunal fistula. *Surg Gynec Obstet* 1953; 96: 455.
8. JUDD ES, HOERNER MJ. Jejunal ulcer. *Ann Surg* 1935; 102: 1003.
9. WALTERS W, CLAGETT OT. Gastrojejunal ulcers and fistula. *Am J Surg* 1939; 46: 94.
10. WICHULIS AR, PRIESTLEY JT, FOULK WT. A study of 360 patients with gastrojejunal ulceration. *Surg Gynec Obstet* 1966; 122: 89.
11. CLEATOR IGM, HOLUBITSKY IB, HARRISON RC. Anastomotic ulceration. *Ann Surg* 1974; 179: 339.
12. PASSARO E Jr, GORDON HE, STABILE BE. Marginal ulcer: a guide to management. *Surg Clin N Am* 1976; 56: 1435.
13. STABILE BE, PASSARO E Jr. Recurrent peptic ulcer. *Gastroenterology* 1976; 70: 124.
14. JORDAN PH Jr, CONDON RE. A prospective evaluation of vagotomy-pyloroplasty and vagotomy-antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg* 1970; 172: 547.
15. PFEIFFER DB. Surgical treatment of gastrojejunal fistula. *Surg Gynec Obstet* 1941; 2: 282.
16. BASTOS J, RAMOS A. Gastro-ileostomia com fistula gastro-ileocólica. *J do Médico* 1953; 72: 282.
17. BYRD BF. Gastrojejunal fistula following vagotomy for marginal ulcer. *Gastroenterology* 1951; 17: 431.

Pedidos de separatas: A. M. Estima-Martins  
 Serviço de Clínica Cirúrgica  
 Faculdade de Medicina do Porto  
 4200 Porto