

Fístula Colecistocutânea Espontânea: Relato de Caso

Pâmela de Oliveira Gonçalves Rodrigues ^{1,*}, Gustavo Ianzer Moraes ¹, João Pedro Valladão de Paula ², Amanda Araújo Brasil Duarte ², Isadora Mylius ¹, Filipe Gianecchini Rodrigues ²

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Departamento de Cirurgia Geral, Santa Casa de Caridade do Rio Grande – ACSCRG, Rio Grande, RS, Brasil.

* Correspondência: rodriguespamelaog@gmail.com.

Resumo: A fístula colecistocutânea (FCC) é definida como uma comunicação patológica entre a vesícula biliar e/ou seus ductos diretamente com a pele. Trata-se de uma complicação rara da colecistopatia calculosa crônica. Sua apresentação clínica varia desde sintomas gastrointestinais, como náuseas e vômitos, dor abdominal, icterícia e pancreatite aguda, até drenagem de secreção biliar e eliminação de cálculos pela parede abdominal. O tratamento baseia-se principalmente na reconstrução cirúrgica da anatomia biliar. A incidência de novos casos de FCC parece estar diminuindo devido à intervenção médica precoce e aos tratamentos definitivos. Este relato de caso apresenta um paciente com colecistite calculosa aguda sobre crônica que desenvolveu uma FCC com exteriorização de um cálculo biliar, necessitando de abordagem cirúrgica.

Palavras-chave: Fístula Cutânea; Fístula Biliar; Colelitíase; Colecistite Aguda.

Citação: Rodrigues POG, Moraes GI, Paula JPV, Duarte AAB, Mylius I, Rodrigues FG. Fístula Colecistocutânea Espontânea: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):132.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr132>

Recebido: 27 Setembro 2025

Aceito: 14 Novembro 2025

Publicado: 19 Novembro 2025



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A fístula colecistocutânea (FCC) é caracterizada como uma fístula externa que estabelece uma conexão atípica entre o trato biliar e a parede abdominal, resultando na drenagem de bile e cálculos biliares para o exterior do corpo [1]. O primeiro relato de FCC foi descrito na literatura por Thilesus em 1670, e o número de casos tem diminuído ao longo do tempo, tornando-se uma condição rara. Acredita-se que essa redução seja decorrente dos avanços no diagnóstico e tratamento da colelitíase crônica, uma vez que essa e outras doenças biliares negligenciadas são as etiologias mais comuns da FCC, embora a condição também possa surgir da progressão de distúrbios mais raros [2]. Apesar disso, a patologia permanece um desafio clínico em determinadas situações.

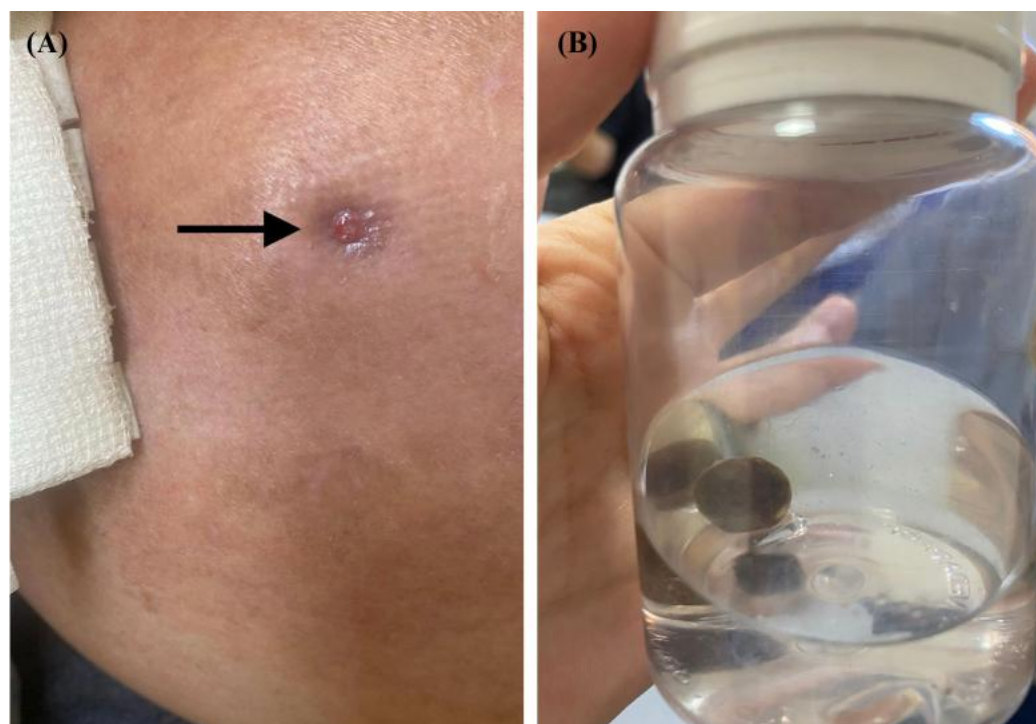
A fístula pode se desenvolver espontaneamente, pós-traumática, no pós-operatório ou de forma iatrogênica. Na maioria dos casos, o tratamento envolve abordar a causa subjacente, como a remoção de cálculos biliares ou correção de complicações cirúrgicas. Portanto, o presente relato tem como objetivo descrever um caso dessa rara complicação da colelitíase crônica e estabelecer um paralelo com as características clínicas previamente descritas na literatura.

2. Relato de Caso

Um paciente do sexo masculino, 74 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica, em uso de hidroclorotiazida e losartana, relatava consumo social de álcool e negava tabagismo. Seu histórico médico incluía amputação do quinto dedo da mão direita devido a um acidente de trabalho, sem cirurgias abdominais prévias. Referia episódios anteriores de dor abdominal compatível com cólica biliar, que haviam sido negligenciados e não tratados.

Seis meses antes, desenvolveu dor e eritema com o aparecimento de uma pústula na região do flanco direito (Figura 1A), que evoluiu em uma semana para drenagem espontânea de secreção amarelada, não fétida. Procurou atendimento médico em diversas ocasiões, recebendo o diagnóstico de “abscesso” e sendo submetido a múltiplos esquemas antimicrobianos (amoxicilina, amoxicilina-clavulanato e ciprofloxacino associado ao metronidazol), além de analgésicos prescritos em atendimentos de urgência anteriores. Durante a evolução do quadro, relatou a extrusão espontânea de três cálculos biliares de tamanhos variados através do trajeto fistuloso (Figura 1B). Não houve relatos de febre, alteração do estado mental ou sinais de toxemia.

Figura 1. A. Abertura externa localizada no flanco direito. B. Cálculo biliar expelido através da fístula.



Dois meses após o início dos sintomas, uma ultrassonografia abdominal (USG) foi realizada para esclarecimento diagnóstico, revelando “vesícula biliar com paredes irregulares, repleta de cálculos, com aparente descontinuidade da parede vesicular e trajeto fistuloso estendendo-se até o tecido subcutâneo da parede abdominal, sugestivo de fístula colecistocutânea”. Não foram observados outros achados relevantes. Diante desse diagnóstico, o paciente foi encaminhado ao serviço de cirurgia geral do Sistema Único de Saúde (SUS) em regime ambulatorial, pois não apresentava critérios para internação de urgência. Ele apresentava apenas queixas dispépticas, sem sinais de irritação peritoneal ou dor incapacitante.

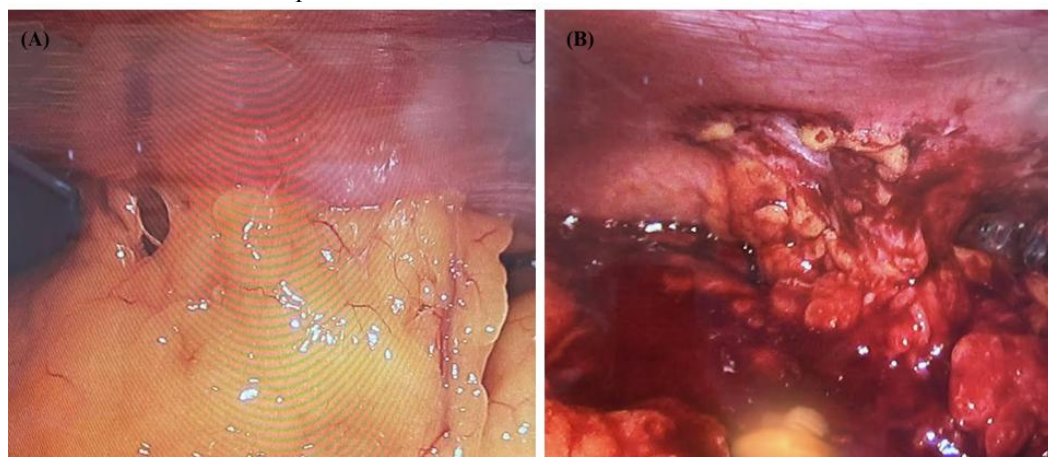
Seis meses após o início dos sintomas, foi internado eletivamente para tratamento definitivo e submetido à colecistectomia laparoscópica. O acesso abdominal foi obtido pela técnica aberta de Hasson, com estabelecimento seguro do pneumoperitônio. A exploração intra-abdominal revelou a vesícula biliar firmemente aderida à parede abdominal anterior no hipocôndrio direito, associada a um exuberante processo inflamatório, espessamento acentuado da parede, aderências densas ao omento e evidências macroscópicas de inflamação ativa, incluindo neovascularização (Figura 2). Foi realizada cuidadosa lise de aderências utilizando energia monopolar para cauterização.

Optou-se pela abordagem laparoscópica anterógrada devido à dificuldade em expor adequadamente o triângulo de Calot. A dissecação foi iniciada no fundo da vesícula e

progrediu em direção à placa cística, permitindo a obtenção da visão crítica de segurança, conforme os critérios de Strasberg. Para facilitar o procedimento, a vesícula foi drenada e seccionada na altura do corpo, seguida da remoção da porção distal e da subsequente dissecação proximal do leito hepático. O ducto e a artéria cística foram clipados com cliques metálicos tamanho 300 e, posteriormente, seccionados; a vesícula foi completamente excisada e removida em um saco endoscópico estéril através do portal umbilical ampliado. A fistulectomia não foi necessária, e não houve conversão para cirurgia aberta.

O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de colecistite calculosa aguda sobre crônica, sem evidência de neoplasia associada. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. Durante oito meses de acompanhamento ambulatorial, o paciente permaneceu assintomático, sem queixas sugestivas de lesão das vias biliares, recidiva ou formação de nova fístula colecistocutânea.

Figura 2. A. Omento aderido à parede abdominal anterior. B. Neovascularização com a vesícula biliar aderida à parede abdominal.



3. Discussão

Os relatos de fístula colecistocutânea (FCC) são escassos, o que impede a determinação de sua prevalência ou incidência anual. No século XIX, 169 casos foram descritos; no século XX, menos de 100. Entre 2007 e março de 2019, 28 casos foram publicados [3]. Em 2023, apenas um caso foi relatado, e não foram encontrados registros em 2024 [1].

As principais etiologias da FCC são colelitíase e colecistite, embora também tenham sido descritos casos relacionados a trauma, complicações pós-operatórias, carcinoma ampolar e infecções bacterianas [2]. O microrganismo mais frequentemente isolado na secreção fistulosa é a *Escherichia coli*. A literatura não estabelece uma associação direta entre FCC e pacientes com multimorbidades, já que a maioria dos casos ocorre em indivíduos sem doenças subjacentes graves. Uma complicação comum é o abscesso intra-abdominal, que pode ou não comunicar-se com a FCC. Do ponto de vista fisiopatológico, a FCC resulta da obstrução do fluxo biliar, levando ao aumento da pressão intramural, prejuízo da perfusão local e necrose parietal, culminando em perfuração da vesícula biliar. O extravasamento de bile pode ocorrer para a cavidade peritoneal, vísceras adjacentes ou, menos frequentemente, para a parede abdominal, resultando em fístula cutânea. Embora frequentemente apresente características infecciosas, o quadro pode evoluir de forma crônica, sem repercussões sistêmicas significativas. Além disso, o uso de múltiplos esquemas antimicrobianos pode sugerir controle bacteriano parcial, porém sem indicação adequada [4].

A média de idade dos pacientes relatados é de 72,8 anos (variando de 21 a 94 anos). Em indivíduos idosos, a apresentação clínica tende a ser atípica e insidiosa, frequentemente mascarada por comorbidades [5]. O paciente deste relato não apresentou

comprometimento sistêmico significativo ou complicações, exceto pelas manifestações locais decorrentes da eliminação de cálculos através da FCC e pela formação de aderências e fibrose, observadas intraoperatoriamente. Esse achado reforça o curso inflamatório crônico com exacerbações agudas evidenciado na análise histopatológica, diferindo da colecistite aguda, que geralmente evolui com formação rápida de abscesso e ruptura.

Neste contexto, o presente caso descreve uma FCC secundária à colelitíase sintomática em um paciente sem doença consumptiva e com idade compatível com a literatura. Considerando o diagnóstico inicial de pústula no flanco direito, condições cutâneas como furunculose, reação a corpo estranho, celulite ou erisipela constituíram os principais diagnósticos diferenciais, especialmente na ausência de sintomas sistêmicos ou dor intensa. Etiologias intra-abdominais, como doença colônica ou retroperitoneal, raramente são consideradas como causa de pústula drenante, sobretudo em um paciente ambulatorial sem história de cirurgia abdominal, e foram descartadas pela ausência de achados clínicos.

A solicitação de exames de imagem costuma ser limitada nos atendimentos de urgência, principalmente quando o caso aparenta ser clinicamente leve [6]. É importante destacar que a avaliação abrangente realizada pelo médico da atenção primária, que encaminhou o paciente à equipe cirúrgica, foi fundamental. O histórico de cólica biliar crônica, seguido de drenagem biliar e exteriorização de cálculos pela abertura cutânea, reforçou fortemente a etiologia biliar. Embora o diagnóstico inicial equivocado de abscesso cutâneo tenha levado ao uso de múltiplos antibióticos e ao atraso no tratamento definitivo, tal conduta é compreensível, considerando a raridade da FCC e a falta de familiaridade de profissionais não especialistas com essa condição [2].

Anatomicamente, a exteriorização da fístula para o flanco, e não para o hipocôndrio direito, local mais comum, pode ser explicada pela formação de aderências e pelo trajeto de menor resistência entre a vesícula biliar e a parede abdominal. Isso resulta em um trajeto fistuloso que segue planos fasciais até o ponto externo mais frágil, conforme previamente descrito em séries e revisões [2]. O tunelamento e a drenagem espontânea de bile e cálculos evitaram o extravasamento intraperitoneal e o acúmulo de bile, prevenindo peritonite. Outros locais de exteriorização descritos na literatura incluem as regiões subcostal direita, epigástrica, mamária direita e paraumbilical [2].

Os métodos de imagem utilizados para diagnóstico incluem ultrassonografia abdominal (US), tomografia computadorizada (TC) e colangiografia por ressonância magnética (CRM). A ultrassonografia permanece como método de primeira linha para avaliação de patologias biliares, especialmente quando há suspeita de colelitíase, conforme protocolos clínicos, uma vez que a TC apresenta baixa sensibilidade para detecção de cálculos. Ao avaliar uma fístula ou possível abscesso, a TC é preferida devido à sua superior visualização do trajeto e de suas relações anatômicas, podendo auxiliar no planejamento de fistulectomia, embora a US também possa sugerir achados semelhantes.

O tratamento não é padronizado devido à raridade dos casos relatados e à heterogeneidade das apresentações clínicas. Embora a conduta conservadora possa ser considerada para pacientes debilitados, o tratamento de escolha consiste em intervenção cirúrgica com colecistectomia e fistulectomia, realizadas em um único estágio ou em procedimentos separados, dependendo das condições clínicas [2]. Em um subconjunto de pacientes, a fístula biliar externa fecha-se espontaneamente após o tratamento da patologia de base, dispensando a necessidade de fistulectomia [7]. No presente caso, a intervenção cirúrgica foi indicada após a confirmação da FCC, mas o trajeto fistuloso não foi excisado devido à alta probabilidade de fechamento espontâneo, uma vez que apresentava pequeno orifício (<1 cm à laparoscopia), trajeto longo e drenagem mínima diária. Assim, apenas o fechamento do defeito peritoneal foi realizado, sem manipulações adicionais.

A abordagem laparoscópica é preferida em relação à técnica aberta porque reduz o estresse cirúrgico e a morbidade em pacientes idosos, desde que haja expertise adequada [8]. Neste caso, a localização da fístula no flanco não interferiu na execução técnica ou no posicionamento dos portais. A técnica de acesso laparoscópico aberto de Hasson foi

escolhida em vez da técnica com agulha de Veress devido à presença de aderências. Intra-operativamente, os principais desafios envolveram o estabelecimento de um campo cirúrgico seguro em meio a inflamação crônica e fibrose densa, o que exigiu lise meticulosa de aderências. O uso de dissecação romba e dispositivos de energia foi essencial para liberação das aderências, e o eletrocautério permitiu hemostasia eficaz diante da acentuada neovascularização. O maior risco potencial identificado foi o de lesão das vias biliares, mitigado pela adoção de uma abordagem anterógrada, iniciando a dissecação no corpo da vesícula e progredindo até obter a visão crítica de segurança. O risco de lesão intestinal reduziu-se após a lise de aderências, e não ocorreram complicações vasculares ou viscerais.

A excisão completa do trajeto fistuloso não foi realizada; apenas a porção intraperitoneal, onde a vesícula estava em contato direto com o peritônio, foi ressecada devido à fibrose densa e ao maior risco de sangramento ou lesão da parede abdominal. A remoção da vesícula biliar, foco primário do processo inflamatório, foi suficiente para promover o fechamento espontâneo, conduta compatível com relatos contemporâneos que documentam desfechos favoráveis sem fistulectomia [2, 8]. O orifício de drenagem externo já havia se fechado por segunda intenção antes da cirurgia. O paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, manteve seguimento ambulatorial e não necessitou de drenagem ou reintervenção.

Em resumo, este caso é notável pela estabilidade clínica do paciente, ausência de sinais infecciosos graves ou complicações, e sucesso do tratamento laparoscópico. Embora apresente características compatíveis com os padrões epidemiológicos limitados descritos na literatura, a escassez de casos dificulta comparações diretas. A Tabela 1 resume os relatos mais recentes disponíveis. A raridade da FCC e a natureza ambulatorial do atendimento em saúde contribuíram para o atraso no tratamento; contudo, isso não resultou em complicações fatais. Apesar de rara, a FCC deve ser considerada no diagnóstico diferencial de abscessos cutâneos no hipocôndrio direito ou flanco, especialmente em pacientes com histórico prolongado de colelitíase negligenciada ou drenagem biliar espontânea pela parede abdominal.

Tabela 1. Comparação dos casos de fístula colecistocutânea relatados na literatura recente.

Referência	Tipo de Fístula / Condição	Idade / Sexo	Localização da Fístula	Diagnóstico	Tratamento Realizado	Desfecho
[9]	Colecisto-coledociana (interna)	–	–	Radiografia / Cirurgia	Cirurgia aberta	Recuperação
[10]	Fístula biliar externa espontânea sem cálculos	–	–	Exame físico e imagem	Cirurgia	Evolução favorável
[11]	Colecistocutânea espontânea	50 / F	Hipocôndrio direito	US	Colecistectomia	Recuperação
[12]	Colecistocutânea espontânea	65 / F	Flanco direito	US / CT	Colecistectomia	Recuperação
[13]	Colecistocutânea espontânea	70 / F	Margem subcostal direita	US / CT	Cirurgia	Recuperação
[14]	Abscesso hipocondrial secundário à colecistite	60 / M	Hipocôndrio direito	CT	Drenagem e antibióticos	Cura

Referência	Tipo de Fístula / Condição	Idade / Sexo	Localização da Fístula	Diagnóstico	Tratamento Realizado	Desfecho
[15]	Colecistocutânea espontânea	60 / F	Hipocôndrio direito	US	Cirurgia	Cura
[16]	Colecistocutânea espontânea	68 / F	Hipocôndrio direito	CT	Cirurgia	Evolução favorável
[17]	Colecistocutânea espontânea (glútea)	65 / F	Região glútea	CT	Cirurgia	Cura
[18]	Pós-drenagem percutânea (iatrogênica)	75 / F	Hipocôndrio direito	CT	Retirada do dreno / Cirurgia	Recuperação
[19]	Ruptura espontânea da vesícula biliar (abscesso de parede abdominal)	55 / M	Parede abdominal anterior	CT	Drenagem / Cirurgia	Recuperação
[20]	Abscesso colecistocutâneo	67 / F	Hipocôndrio direito	US / CT	Drenagem e colecistectomia	Evolução favorável
[21]	Colecistite aguda (alto risco cirúrgico)	–	–	US / CT	Manejo não cirúrgico	Controle clínico
[22]	Colecistostomia percutânea em paciente de alto risco	–	–	–	Drenagem percutânea	Recuperação
[23]	Colecistocutânea espontânea	73 / M	Hipocôndrio direito	CT	Colecistectomia laparoscópica	Recuperação
[24]	Colecistocutânea espontânea	69 / F	Hipocôndrio direito	US / CT	Colecistectomia laparoscópica	Evolução favorável

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O paciente forneceu consentimento informado por escrito para participar do estudo, que foi conduzido de acordo com os princípios éticos da Declaração de Helsinque. Todos os dados foram anonimizados para proteger a privacidade do paciente. O estudo e sua aprovação ética foram fornecidos pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Caridade Hospital de Rio Grande (ACSCRG), Rio Grande, RS, Brasil (CAAE: 88276625.7.0000.5324).

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1.

Suárez EB, Navarro-Tovar F, Díaz-Barrientos CZ, Marín-Pardo EI, Hernández-Pérez E. Cholecystocutaneous fistula, an uncommon pathology today. Revista de Gastroenterología de México (English Edition) [Internet]. 2023 Apr;88(2):177–9.

2.

Alsaman MZB, Mazketly M, Ziadeh M, Aleter O, Ghazal A. Cholecystocutaneous fistula incidence, Etiology, Clinical Manifestations, Diagnosis and treatment. A literature review. Annals of Medicine and Surgery. 2020 Nov;59:180–5.

3. Lofgren DH, Vasani MD S, Singzon MD V. Abdominal Wall Abscess Secondary to Cholecystocutaneous Fistula via Percutaneous Cholecystostomy Tract. *Cureus*. 2019 Apr 12;11(4).
4. Sayed L, Sangal S, Finch G. Spontaneous Cholecystocutaneous Fistula: A Rare Presentation of Gallstones. *Journal of Surgical Case Reports*. 2010 Jul 1;2010(5):5–5.
5. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients. *American Family Physician* [Internet]. 2006 Nov 1;74(9):1537–44. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2006/1101/p1537.html>
6. Guardado-Bermúdez F, Aguilar-Jaimes A, Ardisson-Zamora FJ, Guerrero-Silva LA, Estefanie Villanueva-Rodríguez, Alondra N. Fístula colecistocutánea espontánea. *Cirugía y Cirujanos*. 2015 Jan 1;83(1):61–4.
7. Pol MM, Vyas S, Singh P, Rathore YS. Spontaneous cholecystocutaneous fistula: empirically treated for a missed diagnosis, managed by laparoscopy. *BMJ Case Reports*. 2019 Feb;12(2):e228138.
8. Malik AH, Nadeem M, Ockrim J. Complete laparoscopic management of cholecystocutaneous fistula. *The Ulster Medical Journal* [Internet]. 2007 Sep;76(3):166. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2075592/>
9. Behrend A, Cullen ML. Cholecystocholedochal fistula, an unusual form of internal biliary fistula. *Annals of surgery* [Internet]. 1950 Aug;132(2):297–303. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1616562/>
10. Birch BRP, Cox SJ. Spontaneous external biliary fistula uncomplicated by gallstones. *Postgraduate Medical Journal*. 1991 Apr 1;67(786):391–2.
11. Poudel R. Spontaneous Cholecystocutaneous Fistula: A Case Report. *ResearchGate* [Internet]. 2015 Apr 17;12(01):51–4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316276975_Spontaneous_Cholecystocutaneous_Fistula_A_Case_Report
12. Sulakshane S, Thakare V, Dumbre R. Consequences of gallbladder inflammation: spontaneous cholecystocutaneous fistula: a case report. *International Surgery Journal*. 2018 Apr 21;5(5):1974.
13. Rinzivillo NMA, Danna R, Leanza V, Lodato M, Marchese S, Basile F, Zanghì GN. Case Report: Spontaneous cholecystocutaneous fistula, a rare choledocholithiasis complication. *F1000Research* [Internet]. 2017 Sep 27 ;6:1768. Available from: <https://f1000research.com/articles/6-1768/v1>
14. Tinay OE, Zaka, Mogbil Alhedaithy, Mohamad. Right hypochondrial abscess: A rare consequence of supportive cholecystitis. *Annals of Medicine and Surgery*. 2016 Nov 25;12:106–8.
15. Flora HS, Bhattacharya S. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *HPB*. 2001 Dec;3(4):279–80.
16. Abbey R: Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *Int J Adv Integ Med Sci*. 2016, 1:196-198.
17. Nicholson T, Born MW, Garber E: Spontaneous cholecystocutaneous fistula presenting in the gluteal region. *J Clin Gastroenterol*. 1999, 28:276-277.
18. Pripotnev S, Petrakos A: Cholecystocutaneous fistula after percutaneous gallbladder drainage. *Case Rep Gastroenterol*. 2014, 8:119-122. 10.1159/000362360
19. Natesan K: A rare complication of a common disease - anterior abdominal wall abscess due to spontaneous rupture of gall bladder. *University Journal of Surgery and Surgical Specialities*. 2017, 3:99-102. <http://ejournal-tnmgrmu.ac.in/index.php/surgery/article/view/4108>.
20. Ongso Y, Beh HN: Cholecystocutaneous abscess: a rare presentation of a common problem. *Clin Med Insights Gastroenterol*. 2017, 8:44-45. 10.4081/gi.2017.6899
21. Chopra S, Dodd III GD, Mumbower AL, et al.: Treatment of acute cholecystitis in non-critically ill patients at high surgical risk. *AJR Am J Roentgenol*. 2001, 176:1025-1031. 10.2214/ajr.176.4.1761025
22. Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH, Lambert PJ: Effective use of percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients techniques, tube management, and results. *Arch Surg*. 1999, 134:727-732. 10.1001/archsurg.134.7.727
23. Malik AH, Nadeem M, Ockrim J: Complete laparoscopic management of cholecystocutaneous fistula. *Ulster Med J*. 2007, 76:166-167.
24. Almotlaq AM: Laparoscopic management of a cholecystocutaneous fistula: a case report. *J Minim Invasive Surg Sci*. 2015, 4:1-3.