

Fístula aorto-esofágica primária: relato de caso

Primary aorto-esophageal fistula: case report

Lívia Karling Moreschi¹ , Hudson Henrique Gomes¹ , Cynthia Neves de Vasconcelos¹

Resumo

Fístula aorto-esofágica é uma comunicação anormal entre a aorta e o esôfago, causadora de hemorragia digestiva alta potencialmente fatal. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de sucesso na abordagem endovascular aórtica única e tratamento conservador do esôfago em fístula aorto-esofágica. A paciente de 81 anos foi admitida com sinais de hemorragia digestiva alta volumosa e, após realização de exames, diagnosticou-se uma fístula aorto-esofágica. Optado pela realização de tratamento endovascular, sendo bem sucedido, a paciente recebeu alta após nove dias de internação e manteve-se em seguimento ambulatorial até a resolução total do quadro. O diagnóstico precoce é extremamente importante, uma vez que se trata de uma patologia fatal na ausência de tratamento. Espera-se agregar conteúdo pertinente para comunidade científica.

Palavras-chave: fístula esofágica; hemorragia gastrointestinal; procedimentos endovasculares.

Abstract

An aorto-esophageal fistula is an abnormal communication between the aorta and the esophagus, causing potentially fatal upper gastrointestinal bleeding. The objective of this article is to report a successful case of treatment with a single aortic endovascular approach and conservative treatment of the esophagus in a case of aorto-esophageal fistula. An 81-year-old patient was admitted with signs of massive upper gastrointestinal bleeding and, after tests, an aorto-esophageal fistula was diagnosed. Endovascular treatment was chosen and performed successfully. The patient was discharged after 9 days in hospital and remained in outpatient follow-up until the condition completely resolved. Early diagnosis is extremely important, since this is a fatal condition if left untreated. It is hoped that this report contributes content of relevance to the scientific community.

Keywords: esophageal fistula; gastrointestinal bleeding; endovascular procedures.

Como citar: Moreschi LK, Gomes HH, Vasconcelos CN. Fístula aorto-esofágica primária: relato de caso. J Vasc Bras. 2023;22:e20230126. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.202301261>

¹Hospital Norte Paranaense – HONPAR, Araçongas, PR, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Submetido em: Agosto 17, 2023. Aceito em: Outubro 19, 2023.

O estudo foi realizado no Hospital Norte Paranaense (HONPAR), Araçongas, PR, Brasil.

Aprovação do comitê de ética: 5.927.474 (CAAE: 61186622.4.0000.8017).



Copyright© 2023 Os autores. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

■ INTRODUÇÃO

Fístulas aorto-entéricas são comunicações anormais entre a aorta e o trato gastrointestinal. Na maioria dos casos, essa comunicação ocorre com o duodeno, e em apenas um quinto dos casos as fistulas acometem o esôfago¹. É uma doença de causa rara, com incidência anual de 0,007 por milhão², e potencialmente fatal, apresentando uma mortalidade em torno de 77% em pacientes submetidos a tratamento³. O primeiro caso diagnosticado e descrito ocorreu em 1818, e o primeiro relato de tratamento bem-sucedido foi realizado em 1980⁴.

As fistulas aórticas podem ser primárias ou secundárias. O primeiro tipo é definido como uma comunicação espontânea entre a aorta primitiva e vasos ou órgãos adjacentes, enquanto o segundo tipo envolve cirurgia aórtica ou esofágica prévia⁵. O quadro clínico varia de acordo com a etiologia do caso, porém, a tríade clínica das fistulas aorto-esofágicas, descrita por Chiari, apresenta, como sinais mais prevalentes, dor torácica, hemorragia sentinela e sangramento em grande quantidade após um período sem sintomas⁶.

Por ser tão raro, o diagnóstico requer um alto grau de suspeição, principalmente se a fistula for do tipo primário. O exame inicial para o diagnóstico de hemorragias digestivas altas é a endoscopia digestiva alta (EDA), no entanto, sua taxa de detecção de fistula aorto-esofágica é baixa, devido à necessidade de sangramento recente para ser efetivo⁷. O segundo exame para investigação é a tomografia computadorizada (TC), por sua vez, capaz de identificar massas que poderão ser caracterizadas como aneurismas ou possíveis tumores⁸.

Por ser uma condição clínica rara, ainda não existem protocolos ou sistematização de atendimento, o que pode gerar prejuízos para os pacientes. Dessa forma, esperamos que quanto mais houver casos descritos na literatura e discussões sobre o assunto, maiores as chances de prognósticos favoráveis para futuros pacientes acometidos. Assim, este trabalho possui o intuito de relatar um caso de fistula aorto-esofágica com êxito no tratamento. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pela paciente, e o protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (parecer número 5.927.474).

■ RELATO DO CASO

A paciente do sexo feminino, 81 anos, hipertensa e diabética, foi admitida no serviço de pronto atendimento com queixa de tosse persistente há um mês, associada a hematêmese e fraqueza. Referiu piora do quadro no dia anterior, apresentando hematêmese volumosa, com característica de sangue vivo. Ao exame físico,

apresentava-se corada, eupneica, com ausculta diminuída em base pulmonar direita, ausculta cardíaca normal e abdome doloroso à palpação profunda em região epigástrica.

Inicialmente, os exames laboratoriais não apresentavam alterações significativas, entretanto, a radiografia torácica demonstrou consolidação em base pulmonar direita. Perante o quadro, a conduta inicial foi antibioticoterapia empírica, com Levofloxacino por via endovenosa, e internação da paciente para investigação etiológica da hematêmese.

Realizada a EDA, evidenciou-se uma lesão com erosão central em esôfago, recoberta por fibrina, a 35 cm da arcada dentária superior, sem sinais de sangramento ativo (Figura 1). Para uma melhor investigação, foi solicitado uma TC de tórax com contraste, que demonstrou sinais de rotura da aorta descendente, com presença de hematoma contido no espaço retrocardíaco e retrocural, medindo 97 mm x 64 mm x 43 mm (Figura 2); não havia alterações significativas no coração e pericárdio, nem sinais de linfonodomegalias mediastino-pulmonares.

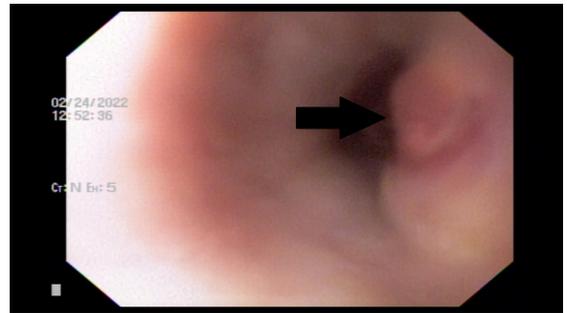


Figura 1. Erosão central em esôfago (seta).



Figura 2. Tomografia computadorizada de tórax (inicial) mostrando hematoma retrocardíaco.



Figura 3. Arteriografia mostrando aneurisma de aorta torácica.



Figura 4. Correção endovascular de aneurisma da aorta torácica com endoprótese reta mostrando ausência de *endoleak*.

A paciente foi submetida à aortografia torácica, que constatou a presença de aneurisma de aorta torácica descendente a nível de diafragma (Figura 3). Optou-se pela realização da correção endovascular, com implante de endoprótese reta, medindo 33 mm x 33 mm x 170 mm, em aorta torácica descendente até altura de tronco celiaco (Figura 4), não apresentando intercorrências durante o procedimento.

Após o tratamento endovascular, foi realizada nova EDA, que demonstrou um orifício de, aproximadamente, 10 mm em local de erosão inicial (Figura 5). Diante do quadro, a passagem de sonda nasoenteral foi a conduta adotada para nutrição da paciente.

Decorridos nove dias de internação, sem novos episódios de hematêmese e com melhora do status clínico, a paciente recebeu alta hospitalar, em uso da sonda nasoenteral e com prescrição de Levofloxacino para completar ciclo de 14 dias de antibiótico.

Após 60 dias da alta hospitalar, foi realizado uma TC de tórax de controle, que evidenciou endoprótese na aorta descendente em local adequado para o tratamento da rotura aórtica, com hematoma contido no espaço retrocardíaco e retrocural, medindo 31 mm



Figura 5. Orifício em parede posterior de esôfago.

x 9 mm (Figura 6). Cerca de 70 dias após a alta, foi solicitada nova EDA a partir da qual se evidenciou cicatriz em localização de erosão anterior (Figura 7). A realização da biópsia constatou apenas esofagite crônica leve e, devido ao resultado, optou-se pela retirada de sonda nasoenteral, com orientação para início de dieta via oral. Em retorno ambulatorial, três meses após a alta, a paciente referiu boa aceitação de dieta via oral, sem queixas de qualquer natureza.



Figura 6. Tomografia computadorizada de tórax (controle) mostrando hematoma retrocardíaco em diminuição e endoprótese em aorta.



Figura 7. Retração cicatricial (seta).

■ DISCUSSÃO

Entre as possíveis causas de fistula aorto-esofágica primária, podemos citar as seguintes como principais: aneurisma de aorta primário, ingestão de corpo estranho e câncer torácico⁹. A etiologia da fistula do caso descrito foi, provavelmente, multifatorial, visto que o aneurisma de aorta era relativamente pequeno e pouco provável de ser a causa única.

O diagnóstico de hemorragias digestivas altas é iniciado com a realização de EDA, sendo que os achados mais característicos nas fistulas aorto-esofágicas são: uma protrusão de submucosa semelhante a um tumor, lesão ulcerativa ou protrusão pulsante com fistula central⁸. A paciente em questão apresentava erosão em região de esôfago, sem características neoplásicas e com processo de cicatrização completa, podendo indicar lesão por corpo estranho, corroborando, assim, o raciocínio de etiologia multifatorial.

Caso a EDA seja inconclusiva, a TC contrastada deve ser realizada, uma vez que possui taxa de diagnóstico de 30 a 61% nesses quadros⁵. No caso em estudo, a

TC foi extremamente importante, pois demonstrou a fonte de sangramento da paciente.

O tratamento endovascular é a primeira escolha para doenças da aorta torácica, caso esteja disponível, por apresentar menores índices de morbimortalidade quando comparado com o tratamento cirúrgico aberto, possuindo uma taxa de sucesso de 87,3% nos casos de fistula aorto-esofágica¹⁰. Em situações em que o tratamento endovascular não é possível, opta-se pelo reparo aberto, com inserção de prótese, realizado através de toracotomia esquerda, podendo ser necessário o uso de circulação extracorpórea na tentativa de minimizar complicações, como isquemia visceral e da medula espinhal¹¹.

O manejo da lesão esofágica dependerá das características da lesão e da disponibilidade dos recursos disponíveis na instituição. O fechamento primário da lesão é uma abordagem possível, porém, a taxa de sucesso é maior quando realizado uma esofagectomia parcial ou total, com anastomose primária associada à jejunostomia ou à gastrostomia, para evitar deiscência de anastomose e permitir uma melhor nutrição do paciente¹². Na vigência de processo infeccioso com secreção purulenta pelo orifício fistuloso, uma opção de tratamento é a inserção de stent *pigtail* esofágico através da fistula, associado à jejunostomia¹³.

O tratamento convencional das fistulas aorto-esofágicas envolve tanto a correção da lesão aórtica quanto da lesão esofágica, que podem ser realizadas concomitantemente ou separadamente do processo cirúrgico. Relatos recentes demonstram, como alternativa terapêutica, o tratamento único da lesão aórtica, com terapia endovascular nas fistulas aorto-esofágicas¹⁴. No caso apresentado, optou-se por tratamento endovascular da aorta e abordagem conservadora da erosão esofágica, pois tratava-se de lesão relativamente pequena, com bordas viáveis e ausência de infecção. Associada ao tratamento, foi utilizada passagem de sonda nasoenteral, para melhor nutrição da paciente.

■ CONCLUSÃO

A fistula aorto-esofágica é uma patologia infrequente e com alta mortalidade. Seu diagnóstico é difícil e, para ser realizado em tempo hábil de tratar o paciente, a equipe de atendimento deve ter conhecimento e suspeição dessa doença. Assim, todo e qualquer relato de caso deve ser apresentado na tentativa de gerar debates sobre o assunto, agregar conhecimento e beneficiar pacientes acometidos. O presente relato, demonstra que, em lesões de pequeno diâmetro, tem-se a possibilidade de abordagem endovascular única da lesão aórtica, com segmento conservador do esôfago.

■ REFERÊNCIAS

1. Podbielski FJ, Rodriguez HE, Zhu RY, Worley TA, Fontaine JP, Connolly MM. Aorto-esophageal fistula secondary to reflux esophagitis. Dig Surg. 2007;24(1):66-7. <http://dx.doi.org/10.1159/000100921>. PMID:17369684.
2. Beuran M, Negoii I, Negoii RI, Hostiuc S, Paun S. Primary aortoduodenal fistula: first you should suspect it. Braz J Cardiovasc Surg. 2016;31(3):261-3. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20160049>. PMID:27737411.
3. Yang Y, Hu D, Peng D. Primary aorto-esophageal fistula: a fatal outcome. Am J Emerg Med. 2018;36(2):343.e1-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2017.11.008>. PMID:29137907.
4. Ctercteko G, Mok CK. Aorta-esophageal fistula induced by a foreign body: the first recorded survival. J Thorac Cardiovasc Surg. 1980;80(2):233-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5223\(19\)37796-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5223(19)37796-7). PMID:7401676.
5. Melo MB, Constâncio V, Silva J, et al. Revisão dos outcomes cirúrgicos da correção de fístulas aórticas: a experiência de um serviço. Angiol Cir Vasc. 2020;16(1):17-23.
6. Chiari H. Injury of the esophagus with perforation of the aorta produced by a foreign body. Berl Klin Wochenschr. 1914;51:7-9.
7. Saers SJF, Scheltinga MRM. Primary aortoenteric fistula. Br J Surg. 2005;92(2):143-52. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.4928>. PMID:15685700.
8. Delgado J, Jotkowitz AB, Delgado B, Makarov V, Mizrahi S, Szendro G. Primary aortoduodenal fistula: pitfalls and success in the endoscopic diagnosis. Eur J Intern Med. 2005;16(5):363-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2005.01.018>. PMID:16137554.
9. Takeno S, Ishii H, Nanashima A, Nakamura K. Aorto-esophageal fistula: review of trends in the last decade. Surg Today. 2020;50(12):1551-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-019-01937-z>. PMID:31844987.
10. Canaud L, Ozdemir BA, Bee WW, Bahia S, Holt P, Thompson M. Thoracic endovascular aortic repair in management of aorto-esophageal fistulas. J Vasc Surg. 2014;59(1):248-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2013.07.117>. PMID:24199764.
11. Chiesa R, Melissano G, Rinaldi E. Reparo aberto de aneurisma de aorta toracoabdominal: atualização da abordagem multimodal. J Vasc Bras. 2017;16(3):183-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.071317>. PMID:29930644.
12. Okita Y, Yamanaka K, Okada K, et al. Strategies for the treatment of aorto-oesophageal fistula. Eur J Cardiothorac Surg. 2014;46(5):894-900. <http://dx.doi.org/10.1093/ejcts/ezu094>. PMID:24618390.
13. Donato F, Boskoski I, Vincenzoni C, et al. A new mini-invasive approach for a catastrophic disease: staged endovascular and endoscopic treatment of aorto-esophageal fistulas. J Pers Med. 2022;12(10):1735. <http://dx.doi.org/10.3390/jpm12101735>. PMID:36294876.
14. Chiesa R, Melissano G, Marone EM, Kahlberg A, Marrocco-Trischitta MM, Tshomba Y. Endovascular treatment of aorto-esophageal and aortobronchial fistulae. J Vasc Surg. 2010;51(5):1195-202. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2009.10.130>. PMID:20304579.

Correspondência

Livia Karling Moreschi
Hospital Norte Paranaense – HONPAR
Rua Rodovia PR-218, Km 01
86702-420 - Arapongas (PR), Brasil
Tel: (43) 3275-0200
E-mail: liviakm23@gmail.com

Informações sobre os autores

LKM e HHG - Médicos residentes em Cirurgia Geral, Programa de Residência Médica, Hospital Norte Paranaense (HONPAR).
CNV - Médica cirurgiã, Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, Hospital Norte Paranaense (HONPAR); Preceptora, Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, Hospital Norte Paranaense (HONPAR).

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: LKM, HHG, CNV
Análise e interpretação dos dados: LKM
Coleta de dados: LKM, HHG
Redação do artigo: LKM
Revisão crítica do texto: LKM, HHG
Aprovação final do artigo*: LKM, HHG, CNV
Análise estatística: N/A.
Responsabilidade geral pelo estudo: LKM

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao J Vasc Bras.