

Aneurisma de Aorta com Ruptura para Esôfago

Aortic Aneurysm Rupture into the Esophagus

Christiano da Silveira de Barcellos¹, Paulo Ceratti de Azambuja¹, Marcelo Kunh Momoli¹, Clóvis Manfredini Rigoni¹, Marcelo Lopes¹, Henrique Biavatti¹, Wagnes Franceschi¹, Claudio Borges Fortes²

Hospital São Vicente de Paulo - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS¹; Hospital Divina Providência - Frederico Westphalen, RS² - Brasil

Apresentamos o caso de uma paciente portadora de aneurisma de aorta descendente com ruptura para o esôfago que, após aortoplastia com interposição de tubo de dacron e rafia da laceração esofágica, evoluiu com fístula esôfago pleural no terceiro dia pós-operatório. A paciente necessitou de reintervenção e cuidados intensivos, reabilitando-se adequadamente. A propósito deste caso incomum e do aprendizado adquirido no seu manejo, revisamos a literatura a fim de discutir a melhor alternativa de correção desta rara e, freqüentemente, fatal forma de apresentação das doenças da aorta.

We present the case of a patient with a descending aorta aneurysm rupture into the esophagus, which, after aortoplasty with Dacron tube interposition and suture of esophageal laceration, developed a pleural-esophagus fistula on the 3rd postoperative day. She needed re-intervention and intensive care, followed by adequate recovery. Considering this unusual case and the knowledge acquired through its management, we reviewed the literature in order to discuss the best alternative for the correction of this rare and often fatal form of presentation of aortic diseases.

Introdução

As fístulas aorto-esofágicas (FAE) são raras e representam desafio terapêutico devido à elevada morbimortalidade do tratamento cirúrgico. Entretanto, a conduta conservadora leva inexoravelmente à morte do paciente^a. Seu tratamento visa o controle da hemorragia, a reconstrução arterial em território infectado, o manejo da sepse e a reconstrução do trato alimentar^b. As principais causas das fístulas aorto-esofágicas são os aneurismas da aorta torácica – responsáveis por 2/3 dos casos –, a ingestão de corpos estranhos, tumores e cirurgias do esôfago, bem como intervenções cirúrgicas na aorta torácica^{1,2}.

Relato do Caso

Paciente de 64 anos, feminino, branca, relatou que há aproximadamente 24 horas havia sido acordada por intensa dor abdominal seguida de hematêmese volumosa. Foi admitida pálida e hipotensa no hospital de sua cidade, sendo prontamente reanimada por infusão de cristalóides e concentrado de hemácias. A endoscopia digestiva alta revelou abaulamento da parede posterior do esôfago a 30cm da arcada dentária superior, pulsátil, com úlcera mucosa de coloração violácea, medindo cerca de 1cm de diâmetro (fig. 1). A paciente foi então referenciada ao Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo/RS. Estava em regular estado geral, mucosas hipocoradas 2+/4+, afebril e com hipertensão

estágio 2 (pressão arterial sistólica 160 mmHg). A tomografia computadorizada de tórax evidenciou um aneurisma sacular de aorta descendente protuindo anteriormente, ao nível da 6^ª vértebra torácica, medindo 4cm no seu maior diâmetro em íntima relação com o esôfago, mas sem sinais de ruptura para o mediastino ou cavidade pleural (fig2).

À exploração cirúrgica não se evidenciou ruptura do aneurisma para o mediastino ou pleura. A paciente foi submetida à aortoplastia descendente com suporte circulatório fêmoro-femoral, interpondo-se um tubo de dacron no segmento de aorta relacionado ao aneurisma sacular. O esôfago foi debridado, rafiado e recoberto pela parede do aneurisma, em conduta conservadora. Houve boa evolução imediata, com extubação precoce e mínimo sangramento pelos drenos. No terceiro dia pós-operatório, apresentou pico febril. O radiograma de tórax revelou derrame pleural à esquerda francamente purulento e multi-septado à drenagem. O estudo contrastado do esôfago revelou fístula esôfago pleural. Iniciou-se antibioticoterapia e a paciente foi então submetida à reintervenção, realizando-se esofagectomia com esofagostomia cervical, jejunostomia para nutrição, decorticação pulmonar e nova aortoplastia, uma vez que a aorta apresentava extenso segmento necrótico e sinais de ruptura iminente junto às anastomoses com o tubo dacron. O novo tubo foi interposto após debridamento e lavagem da cavidade, sem uso de suporte circulatório. No quarto dia após a reintervenção, desenvolveu fístula de ducto torácico, sendo tratada com restrição de lipídes e drenagem prolongada, com resolução em 15 dias.

Houve boa resposta às medidas cirúrgicas tomadas e à antibioticoterapia, tendo a paciente recebido alta hospitalar 45 dias depois do primeiro procedimento, retornando quatro meses depois para a reconstrução do trato digestivo por gastroplastia e anastomose esôfago gástrica cervical. A paciente está em seguimento há três anos e encontra-se reabilitada social e profissionalmente.

Palavras-chave

Aneurisma aórtico, ruptura aórtica, fístula esofágica.

Correspondência: Christiano da Silveira de Barcellos •

Rua Teixeira Soares, 885 sala 204 – Centro - 990081-010 - Passo Fundo, RS - Brasil

E-mail: christiano@cardiol.br

Artigo recebido em 03/12/07; revisado recebido em 08/04/08; aceito em 18/04/08.

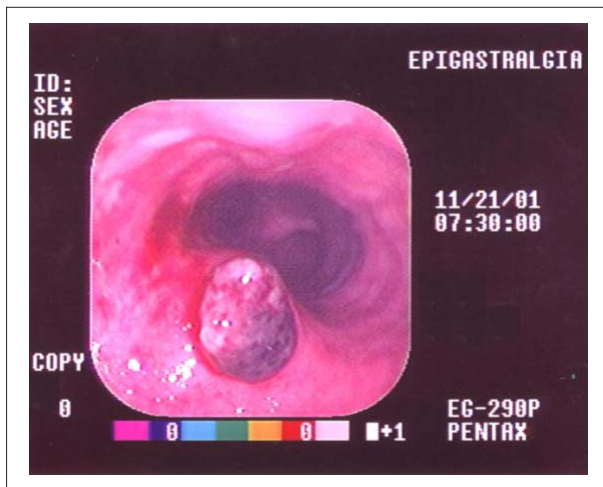


Fig. 1 - Endoscopia Digestiva Alta demonstrando úlcera mucosa medindo cerca de 1 cm de diâmetro

Discussão

A primeira publicação descrevendo uma FAE por ingestão de corpo estranho data de 1818. Quase um século depois, em 1914, Chiari descreveu a clássica tríade de dor torácica, hemorragia sentinela e hemorragia fatal^c.

As causas de FAE descritas até o momento são os aneurismas e úlceras penetrantes da aorta torácica, perfurações esofágicas por corpo estranho, cirurgia do esôfago, mediastinite por

tuberculose, radioterapia e implantes de stents na aorta torácica^{2,d}. O prognóstico é ruim e a evolução sem tratamento cirúrgico é invariavelmente fatal^e. A ruptura para o esôfago implica em contaminação do mediastino determinando o pior desfecho destes pacientes^f. As condutas preconizadas não são uniformes e a experiência no tratamento das FAE não é consistente. Na correção da aorta, o tratamento mais utilizado tem sido o reparo *in situ*, sendo o reparo extra-anatômico uma alternativa de exceção². Embora freqüentemente se use suporte circulatório átrio esquerdo femoral ou fêmoro-femoral associado à drenagem de líquor, a emergência da situação muitas vezes não permite que tais medidas sejam tomadas optando-se pelo clampamento isquêmico^g. Na segunda intervenção que realizamos, as condições sépticas do campo cirúrgico não permitiram estabelecimento de suporte circulatório.

O manejo da laceração esofágica deve ser individualizado avaliando-se a extensão da lesão, o tempo da ruptura, as condições da cavidade e do paciente⁷. A conduta conservadora consiste em rafia do esôfago após debridamento da laceração e reforço com a parede do aneurisma, com retalho de músculo diafragma, de omento ou de pleura associada a esofagostomia cervical e gastrostomia para alimentação. No entanto, a esofagectomia primária com esofagostomia cervical e reconstrução concomitante ou em um segundo tempo cirúrgico tem sido associada a melhores resultados².

Recentemente algumas publicações sugerem o tratamento endovascular das FAE naqueles pacientes com contra-indicações ao tratamento cirúrgico convencional. Os resultados apresentados não permitem aceitar esta modalidade de tratamento a não ser em situações de impossibilidade de realização de alguma

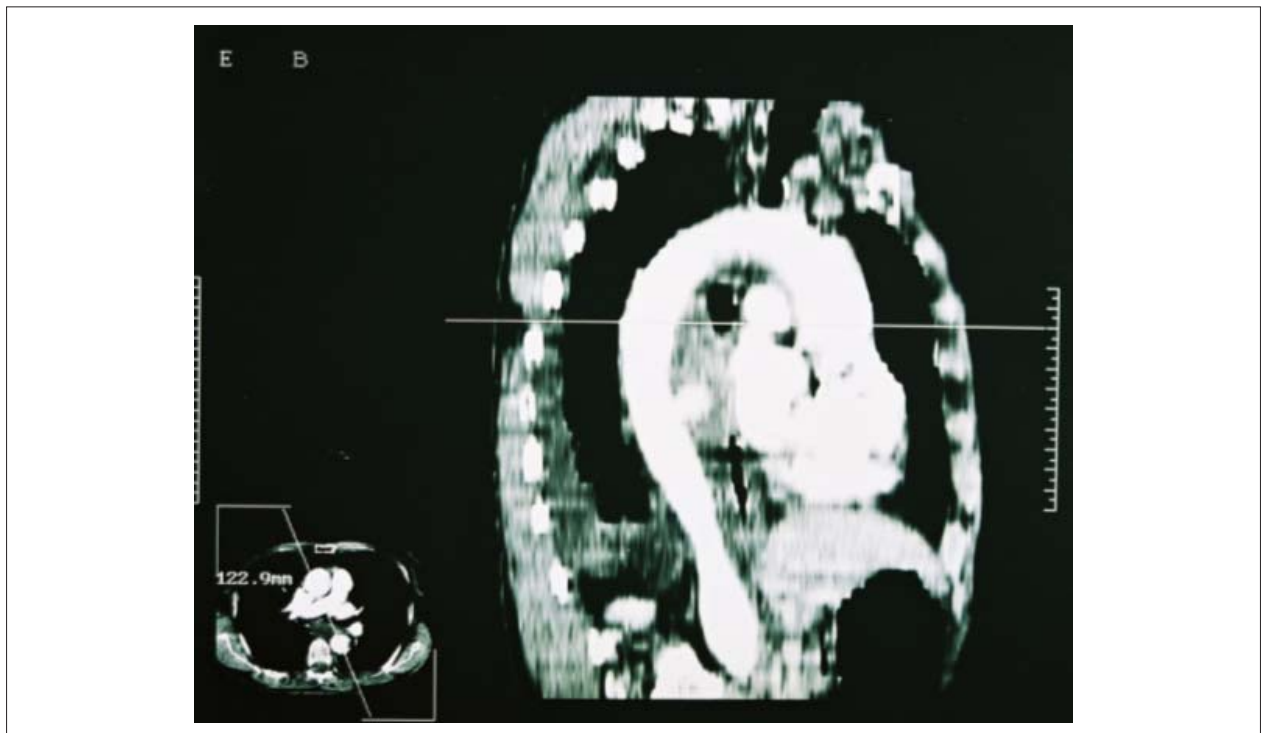


Fig. 2 - Tomografia computadorizada de tórax demonstrando aneurisma sacular de aorta descendente, ao nível da 6ª vértebra torácica, em íntima relação com o esôfago.

Relato de Caso

das modalidades de tratamento cirúrgico já apresentadas¹. A antibioticoterapia de largo espectro deve ser utilizada desde o momento do diagnóstico e prolongada por várias semanas com o intuito de evitar a infecção do enxerto².

Conclusões

A partir da experiência com o caso relatado, concluímos que se no momento do diagnóstico os pacientes que estiverem em bom estado geral, sem evidências de contaminação mediastinal e da cavidade pleural a opção mais segura é a esofagectomia associada à esofagostomia cervical com posterior reconstrução do trato digestório passando o risco de sepse. Ressaltamos a necessidade do manejo cirúrgico da lesão esofágica no momento da aortoplastia, tendo em vistas possíveis e trágicas conseqüências das fístulas esôfago pleurais resultantes. O tratamento cirúrgico é mandatório mesmo em

casos com evidências de sepse em evolução. O tratamento endovascular permanece como uma opção de exceção em pacientes sem condição cirúrgica.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Flores J, Shiiya N, Kunihara T, Yoshimoto K, Yasuda K. Aorto-esophageal fistula: alternatives of treatment: case report and literature review. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2004; 10: 242-6.
2. Silva ES, Tozzi FL, Otochi JP, Tolosa EM, Neves CRB, Fortes F. Aorto-esophageal fistula caused by aneurysm of the thoracic aorta: successful surgical treatment, case report, and literature review. *J Vasc Surg.* 1999; 30: 1150-7.
3. Chiari H. Ueber fremdkorperverletzung des oesophagus mit aortenperforation. *Berlin Klin Wschr.* 1914; 51: 7-9.
4. Hance KA, Hsu J, Eskew T, Hermreck AS. Secondary aorto-esophageal fistula after endoluminal exclusion because of thoracic aortic transection. *J Vasc Surg.* 2002; 37: 886-8.
5. Sloop RD, Thompson JC. Aorto-esophageal fistula: report of a case and review of the literature. *Gastroenterology.* 1967; 53: 768-77.
6. Segesser LK, Tkebuchava T, Niederhauser U, Kunzli A, Lachat M, Genoni M, et al. Aortobronchial and aorto-esophageal fistulae as risk factors in surgery of descending thoracic aortic aneurysms. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1997; 12: 195-201.
7. Reardon MJ, Brewer RJ, LeMaire SA, Baldwin JC, Safi HJ. Surgical management of primary aorto-esophageal fistula secondary to thoracic aneurysm. *Ann Thorac Surg.* 2000; 69: 967-70.