

# FÍSTULA AORTO-ESOFÁGICA: O PAPEL DA PRÓTESE ESOFÁGICA COMO ABORDAGEM *LIFESAVING*

Cunha AC<sup>1</sup>, Vaz AM<sup>1</sup>, Queirós P<sup>1</sup>, Gago T<sup>1</sup>, Roseira J<sup>1</sup>, Campelo P<sup>1</sup>,  
Eusébio M<sup>1</sup>, Peixe B<sup>1</sup>, Ramos A<sup>1</sup>, Guerreiro H<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

## INTRODUÇÃO

As fistulas aorto-esofágicas (FAE), ainda que raras, são uma causa potencialmente fatal de hemorragia digestiva alta. A nível vascular, os aneurismas da aorta constituem o fator de risco mais comumente documentado sendo a fistulização precipitada por compressão direta ou instrumentação. Clinicamente, a tríade de Chiari resume a sequência de eventos em que uma hemorragia sentinela inicial associada a toracalgia ou disfagia é sucedida, após período assintomático variável, por uma hemorragia catastrófica e geralmente fatal (1).

## CASO CLÍNICO

♀, 81 anos, antecedentes de aneurisma da crossa da aorta submetida a *stenting* endovascular há 4 anos.

Quadro de disfagia mista com dois meses de evolução associada a perda ponderal e astenia.

Há um mês, episódio isolado e autolimitado de hematemeses, não investigado.

**Hemorragia digestiva alta com choque hipovolémico.**

### 1º angio-TC tórax

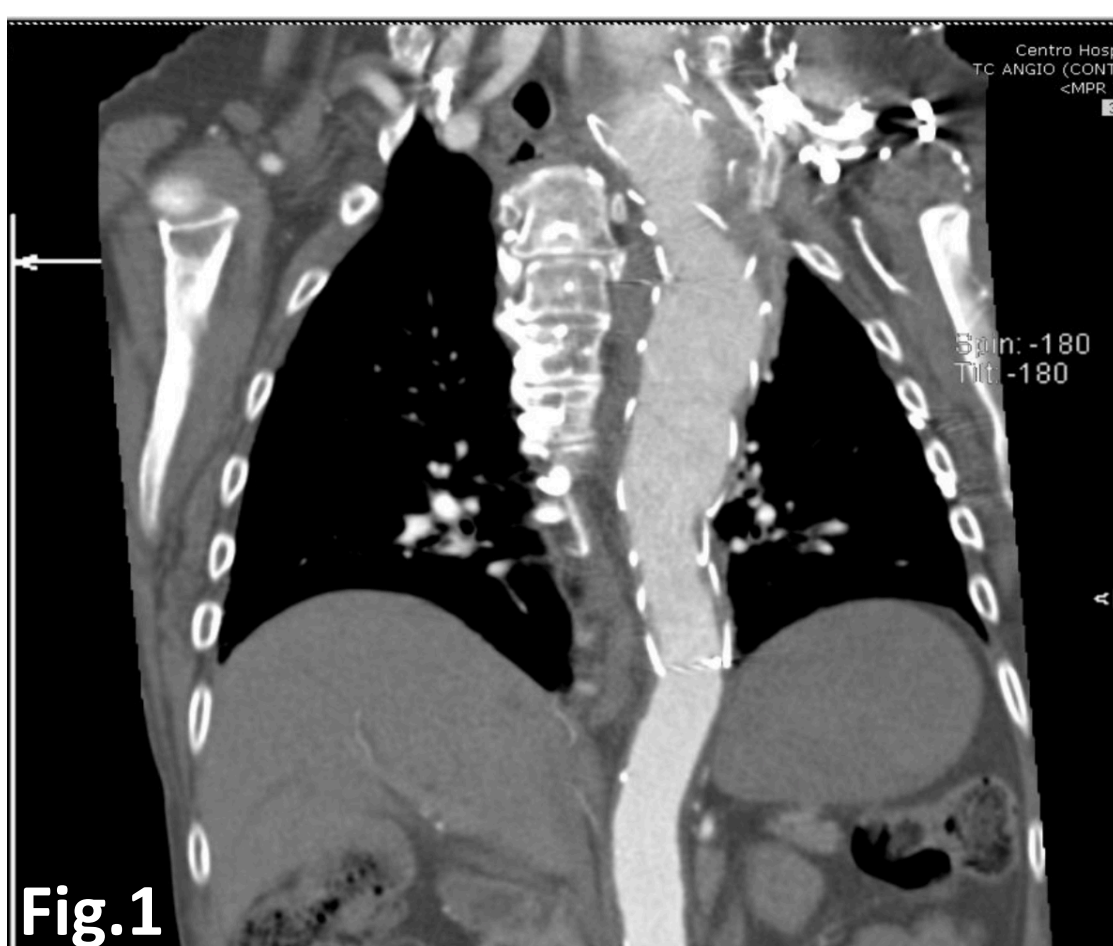


Fig. 1 – Aneurisma da crossa e porção proximal da aorta ascendente, sendo patente prótese vascular desde a região justa jusante da emergência da artéria subclávia esquerda até à transição toraco-abdominal.



Fig. 2a e 2b – Na crossa da aorta, sensivelmente ao nível da emergência da artéria subclávia esquerda, extensão da dilatação aneurismática para o espaço periaórtico lateral direito com conteúdo parcialmente trombosado. Há desvio e abaulamento do trajeto esofágico, não se visualizando planos de clivagem com a parede esofágica.



Fig. 2b – Vista sagital da aorta, mostrando a dilatação aneurismática e o desvio do trajeto esofágico.

### 2º Endoscopia digestiva alta

A 20 cm dos incisivos, volumoso coágulo destacável despoletando hemorragia de alto débito.

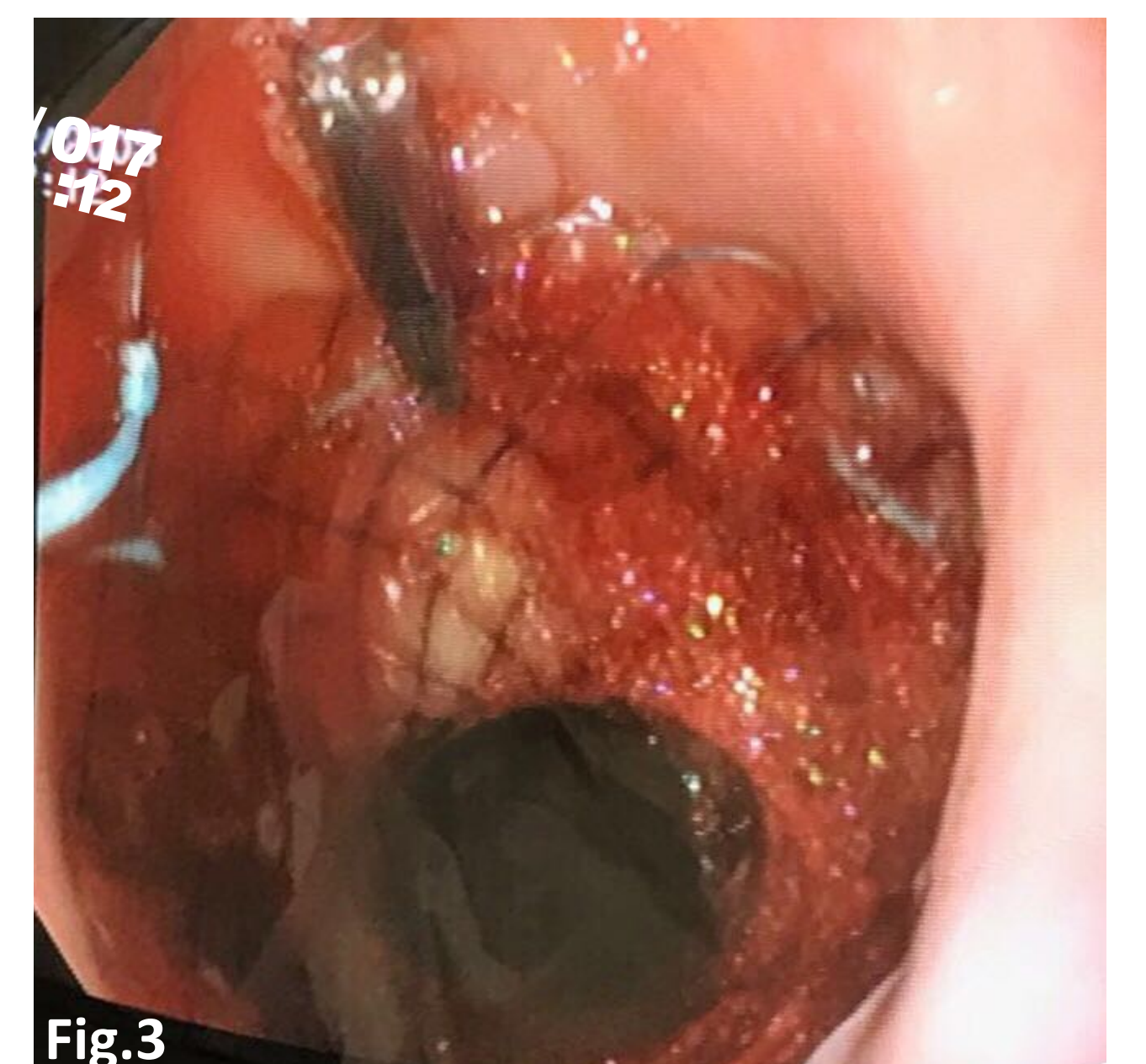


Fig. 3 – Prótese metálica auto-expansível coberta.

Estabilidade hemodinâmica temporariamente assegurada permitindo transferência para centro de referência. Após avaliação pela equipa cirúrgica foi decidido não intervir culminando no falecimento da doente.

## CONCLUSÃO

A abordagem das FAE exige um diagnóstico célere e uma atuação emergente. Segundo a literatura, a única opção terapêutica capaz de oferecer uma sobrevida satisfatória é a cirurgia acarretando, contudo, uma alta taxa de mortalidade. Neste âmbito, a reparação aórtica endovascular tem-se revelado uma alternativa plausível em situações de elevado risco cirúrgico ou enquanto terapêutica paliativa (2). Não obstante, e perante um caso de FAE num hospital periférico, as próteses esofágicas poderão ser consideradas uma opção *lifesaving* e/ou *bridge* permitindo orientação clínica por equipa cirúrgica especializada em segundo tempo (3).

## REFERÊNCIAS

(1) Prokakis C *et al.* Aortoesophageal fistulas due to thoracic aorta aneurysm: surgical versus endovascular repair. Is there a role for combined aortic management? *Med Sci Monit* 2008;14: RA48–54. (2) Kubota S *et al.* *Gen Thorac Cardiovasc Surg* (2013) 61: 560. (3) Vitor S *et al.* Secondary Aortoesophageal Fistula Due to Thoracic Aortic Stent Graft: Is There a Role for Endoscopic Intervention? *GE Port J Gastroenterol*. 2015 May-Jun; 22(3): 128–129.