

# Fístula aorto-esofágica detectada por endoscopia digestiva alta – Apresentação clínica, aspectos endoscópicos e prognóstico duma entidade rara

Ismail, M ; Noronha Ferreira, C; Carrilho Ribeiro, L; Velosa, J  
Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital de Santa Maria- Centro Hospitalar Lisboa Norte

## INTRODUÇÃO

A fístula aorto-esofágica (FAE) é uma condição rara e geralmente fatal<sup>1</sup>. Pode ser classificada em primária, sem cirurgia prévia do esófago ou da aorta, e secundária na presença de uma delas<sup>2</sup>. A apresentação clínica clássica é a tríade de Chiari: dor torácica, hematemese sentinela seguida de hematemese exsanguinantes<sup>1</sup>. Sem intervenção cirúrgica, esta condição é fatal. O tratamento cirúrgico da FAE é geralmente realizado na aorta torácica e no esófago. Esses procedimentos envolvem a substituição cirúrgica da aorta torácica ou reparo endovascular da aorta torácica (TEVAR), esofagectomia, drenagem mediastinal e o uso de um retalho omental<sup>3</sup>. A sobrevida depende de um manejo agressivo, com suporte cardiovascular, diagnóstico rápido e disponibilidade de intervenção cardiotorácica<sup>4</sup>.

O objectivo do trabalho foi avaliar e caracterizar a apresentação clínica e aspectos endoscópicos e prognóstico de FAEs detectadas por endoscopia digestiva alta(EDA).

## MATERIAL/MÉTODOS

Entre 2014 e 2018 foram, detectados 5 doentes com FAE no contexto de endoscopia digestiva alta no contexto de hemorragia digestiva alta.

As variáveis avaliadas foram: características demográficas e clínica dos doentes, causas, achados endoscópicos, forma de apresentação clínica, manejo dos doentes acometidos pela patologia e o prognóstico .

## RESULTADOS

Media de idade dos doentes : 59.5(± 11,9) anos.

Tabela1. Distribuição por sexo

Sexo	Frequência
Masculino	4 (80%)
Feminino	1 (20%)

Tabela2. Forma de apresentação

Sinais/Sintoma	Frequência
Toracalgia	2 (40%)
Hematemeses	2 (40%)
Melenas	1 (20%)
Dor abdominal	2 (40%)
Anemia	1 (20%)

Fig. 1. Repercussão hemodinâmica

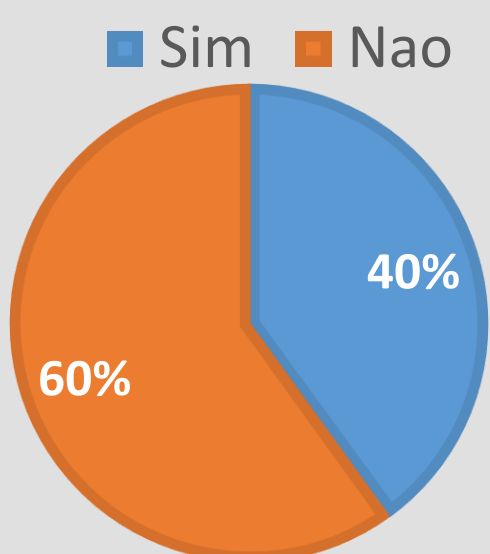


Fig 2. Etiologia das FAE

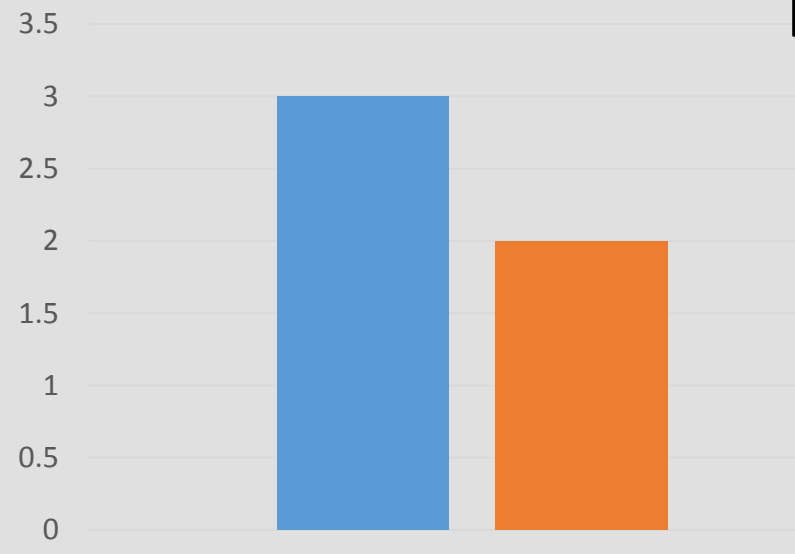


Tabela3. Aspecto endoscópico da ulcera

Aspecto endoscópico da ulcera	Frequência
Sangramento em jacto	1 (20%)
Coagulo aderente	2 (40%)
Base limpa	2 (40%)

Tabela4. Analítica nas 1as 24 horas

Valor nas 1as 24h	Mediana	Valor máx	Valor mín
Hgb	8g/dL	16,3	6,8
Plt	392000	632000	198000
Cr	1mg/l	1,7mg/l	0,7mg/l

Tabela5.. Recidiva de hemorragia

Recidiva de hemorragia	Frequência
Sim	3 (60%)
Não	2 (40%)

Fig 4. Co morbilidades dos doentes

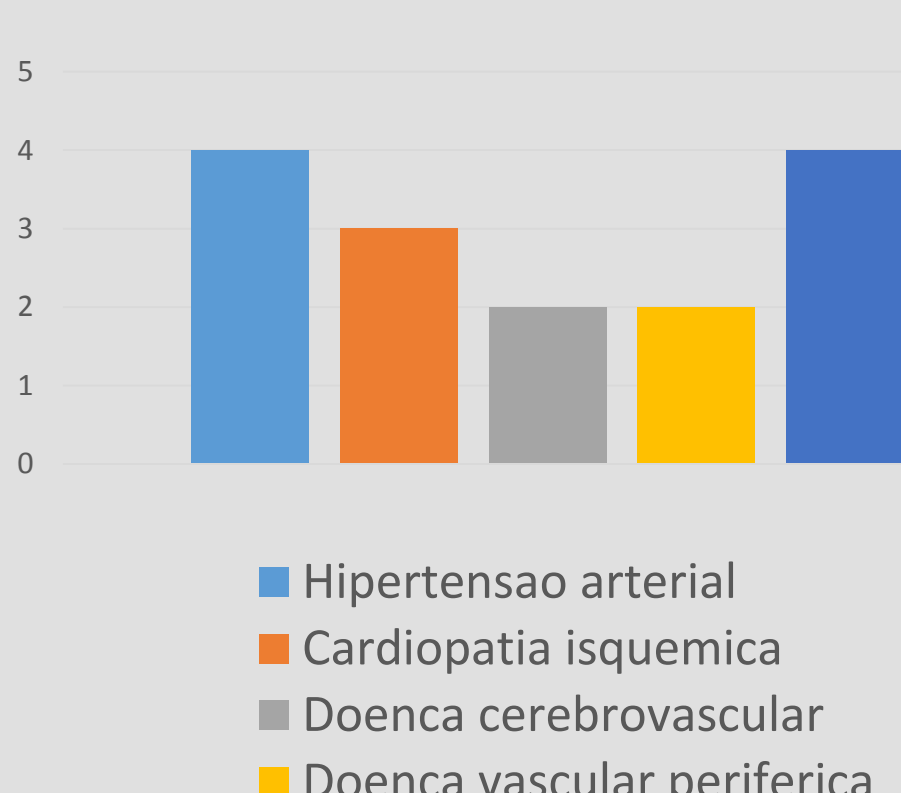
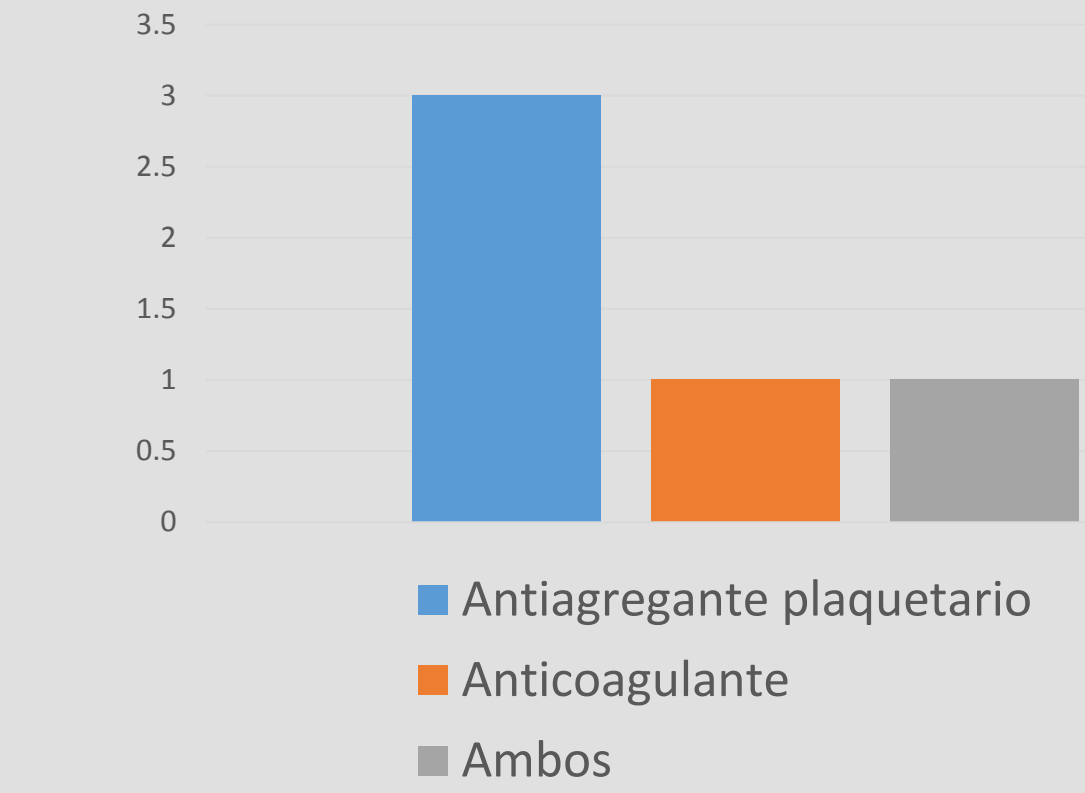


Fig 5. Historia medicamentosa



Na maior parte dos doentes, 4(80%), colocou-se uma prótese endovascular, e em 2(40%) doentes foi colocada uma prótese esofágica. Um(10%) deles fez ambas.

A úlcera relacionada com FAE estava situada a uma mediana de 30 (min-22 e max-25)cm da arcada dentária.

Todos doente foram submetidos a tomografia computadorizada do tórax, com visualização do trajecto fistuloso. Três (60%) doentes tiveram recidiva de hemorragia, e verificou-se o óbito em 4(80%) doentes após uma mediana de 3 meses e 18 dias (min- 2 meses e 26 dias e max- 7 meses 15 dias).

## CONCLUSÕES

As fístulas aorto-esofágicas detetadas por endoscopia foram mais frequentes em homens na 6ª década de vida apresentando-se com uma úlcera no terço médio do esófago. O prognóstico é mau apesar das intervenções endoscópicas e endovasculares.

### REFERÊNCIAS

1.

Gomes, S.; Campos, F; Martines B; Martines J; Tafner, E and Maruta, L. (2011). Primary aorto-esophageal fistula: a rare cause of acute upper gastrointestinal bleeding. Autopsy Case Rep ;1(4):57-63.

2.

Carter, R. et al. (1978) ‘Aorto-esophageal fistula’, *The American Journal of Surgery*, 136(1), pp. 26–30.

3.

Akashi, H; Kawamoto, S; Saiki, Y; Sakamoto, T et. al. (2014) ‘Therapeutic strategy for treating aorto-esophageal fistulas’, *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 62(10), pp. 573–58

4.

Sheiko, M. A. and Hoffenberg, E. J. (2016) ‘Massive hematemesis as presentation of congenital aortic coarctation with superinfected aneurysm and aorto-esophageal fistula’, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(1), pp. e4–e5.