

FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA SECUNDÁRIA - RELATO DE CASO.

SECONDARY AORTOENTERIC FISTULAE - CASE REPORT.

Hélcio GIFFHORN¹, Maria Carolina Araújo Dos Santos GIFFHORN²,
Fabiana Weffort CAPRILHONE³, Andrea Cristina CHROMIEC³, Elisa Garbin BANA³.

Rev. Méd. Paraná/1575

Giffhorn H, Giffhorn MCAS, Caprilhone FW, Chromiec AC, Bana EG. Fístula Aorto-entérica secundária - Relato de caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2020;78(2):90-92.

RESUMO - A correção de aneurisma de aorta abdominal tem sido sua principal indicação o implante de endoprótese (EDV) quando a anatomia for favorável. Apresenta infecção em pós-operatório (PO) baixa, mais relacionados a procedimentos complementares. A ocorrência de fístula aorto-entérica é mais complexa, mas frequentemente associada a infecção pós-EDV. Representa um desafio operatório em um paciente muitas vezes debilitado. A antibioticoterapia é utilizada por longo tempo e de largo espectro. Neste trabalho, apresentaremos um caso de fístula aorto-entérica pós implante de EDV e a conduta que foi realizada para o seu tratamento.

DESCRITORES - Aneurisma de aorta abdominal, Terapia endovascular, Fístula aorto-entérica secundária.

INTRODUÇÃO

A correção do aneurisma de aorta abdominal (AAA), em particular com emprego de endopróteses implantáveis (EDV) quando em posição infra-renal, diminuiu o risco em pacientes que apresentavam um risco operatório elevado. Contudo, somente 30 a 60% dos casos são anatomicamente adequados à colocação de EDV. ⁽¹⁾

A mortalidade pós-operatória relacionada ao tratamento do AAA quando comparado EPI e operação convencional, em quatro estudos randomizados, observou menor taxa em 30 dias (1,4% vs 4,2 %). Infecções relacionadas ao implante de EDV ocorrem entre 0,6 a 3%, e, fístulas aorto-entéricas secundárias em 20 a 45% naqueles casos que sofreram processo infeccioso em POI de implante de EDV. ^(2,3)

As fístulas de aorta abdominal são então classificadas como primárias ou secundárias (quando ocorrem em POI de implante de alguma prótese ou cirurgia).

O objetivo deste trabalho foi o de relatar um caso de fístula aorto-entérica secundária a correção de AAA.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 78 anos, admitido no hospital para investigação de dor abdominal e febre. Havia sido submetido em 04.09.2013 a implante de endoprótese auto-expansível recoberta bifurcada por apresentar aneurisma de aorta abdominal (AAA) em posição infrarenal. O controle angiográfico transoperatório foi sem anormalidades.

Apresentava como co-morbidades o antecedente de tabagismo e doenças associadas presentes: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia.

A partir de 2016 (36 meses após o procedimento do implante), o paciente foi admitido por sepse de corrente sanguínea em vários momentos, seguido de altas hospitalares. Houve a partir de então, uso pelo paciente de corticóide (uso frequente) por dores articulares em joelho e ante-pé esquerdos relacionados a artralguas.

No ano de 2017, houve três internamentos por infecções, sendo utilizados antibióticos de largo espectro, baseados em culturas (meropenem, vancomicina, daptomicina, sulbactam sódica e ampicilina sódica). Foram também administrados: ciprofloxacina.

Trabalho realizado no Hospital Nossa Senhora do Pilar - Curitiba/PR.

1 - Médico da UTI Hospital Nossa Senhora do Pilar Ltda.

2 - Aluna da Universidade Positivo.

3 - Médica plantonista da UTI Hospital Pilar.

no e ceftriaxona. Em maio/2017, houve administração de antifúngicos (anidulafungina e fluconazol). Os exames complementares não apontaram anormalidades na região do implante do AAA, mas não foi possível a exclusão de infecção da prótese implantada ou de aortite (diagnóstico levantado em setembro/2017). Em novembro/2017, ocorreu abscesso em região de coxa e joelhos esquerdos, com cultura positiva para *Streptococcus anginosus*.

Em março/2018, realizou-se angiotomografia de tórax, em que há como laudo:

1. A nível de endoprótese aórtica: perda do plano de clivagem entre a terceira porção do duodeno e o contorno ântero lateral direito do saco aneurismático. A possibilidade de comunicação (fístula) deve ser considerada. No interior do saco aneurismático há pequenas coleções gasosas, entremeadas por material hipodenso sugestivo de trombo. Não houve passagem de contraste (vascular ou aquele no interior no duodeno) para o saco aneurismático.
2. A nível de endoprótese aorto bi-iliaca, iniciando-se ao nível das artérias renais e terminando na porção média das respectivas artérias ilíacas comuns. Pequena quantidade de gás neste mesmo módulo ilíaco.
3. Observa-se o aumento da quantidade de gás no interior do saco aneurismático e o aparecimento de gás no interior da endoprótese. Persistem os achados sugestivos de comunicação entre o duodeno e o saco arterial.

Em abril/2018, paciente é admitido na UTI por quadro de febre e dor abdominal, sem a presença de hematêmese ou melena. Temperatura: 37.5°C; exames de laboratório: VG: 5%, leucograma: Ls. 15440/mm³, Bs. 13%, PCR: 134.2 mg/dL, UR: 42.1mg/ dL e CREAT.: .06 mg/ dL. Iniciados antibióticos: daptomicina, ampicilina e ceftriaxona.

Decidiu-se por plano operatório de re-intervenção (27.04.2018) com os principais eventos de transoperatório relacionados abaixo:

4. Enxerto axilo-ilíaco extra-anatômico à direita;
5. Aortotomia abdominal com ressecção do enxerto infectado;
6. Visualização de comunicação de fístula a nível duodenal com o saco aneurismático; realizada duodenorráfia
7. Enxerto a nível de ilíaca comum, entre os lados direito e esquerdo.

Na cultura do enxerto, houve crescimento múltiplo de bactérias e um fungo. (Quadro1).

QUADRO 1. CULTURAS POSITIVAS ORIUNDOS DA PRÓTESE RETIRADA.

Enterococcus faecalis
Pseudomonas fluorescens / putida
Candida albicans

No 6º dia de POI necessitou re-intervenção por deiscência da parede abdominal.

Apresentou a seguir múltiplos processos adversos no POI desta nova operação: sepsis seguido de choque séptico, insuficiência renal aguda, hipoalbuminemia e SARA (acidose respiratória severa) (pH: 6,940 e relação PO2/FiO2 = 100). Em exame de controle (angiotomografia de abdome - 09.05.2018, não foram observados hipofluxos nos enxertos implantados em abril/2018). Não conseguiu resistir e evoluiu a óbito (27.05.2018).

DISCUSSÃO DO CASO

O AAA acomete pacientes com idade acima de 55 a 65 anos, tabagistas, com fatores de risco associados: HAS, dislipidemia, aterosclerose e história familiar prévia de aneurismas. Sexo masculino apresenta risco de 10 vezes mais que o sexo feminino. A dor abdominal é o sintoma mais frequente. O risco de ruptura correlaciona-se com o diâmetro (em centímetros) do mesmo. (Tabela 1) ^(1,2)

TABELA 1. RISCO DE RUPTURA ESTIMADO PELO TAMANHO EM CENTÍMETROS

Tamanho do aneurisma (cm)	Risco de ruptura anual (%/ano)
< 4	0
4 - 5	0,5 a 5
5 - 6	3 a 15
6 - 7	10 a 20
7 - 8	20 a 40
> 8	30 a 50%

Importante destacar que indicação de tratamento que ocorre em homens (5,5 cm de AAA) e para mulheres, com 4,5 a 5,0 cm de AAA. ⁽¹⁾

O tratamento pode ser: cirúrgico ou endovascular. Para o EDV, o AAA deve ser infrarenal, deve haver um “colo” abaixo das artérias renais que possibilite a devida fixação da endoprótese à parede aórtica. A indicação do procedimento EDV é para pacientes de maior risco operatório, mais idosos, pacientes que não desejem operação a céu aberto ou que apresentem um abdome hostil (operações anteriores, infecção relacionada a EDV, radioterapia prévia). ^(1,2,4)

A infecção de endopróteses em casos de AAA, ocorrem entre 0,6 a 3% dos casos. Seu diagnóstico é clínico, laboratorial e com exames de imagens. As imagens na tomografia sugerem: coleção líquida peri-aórtica, gás no saco aneurismático ou peri-aórtico, espessamento de tecido moles ou descontinuidade da parede aórtica. ⁽⁵⁾ (Figura 1). Neste caso, não havia ao momento do implante infecção local.

O diagnóstico e definição diagnóstica são complexos. A não indicação prévia de conduta foi a de que não havia um foco definido da origem de infecção. Somente a suspeita de infecção da EDV implantada previamente. Seria realmente do procedimento realizado ou outro foco? Houve também o uso de múltiplos esquemas de antimicrobianos, com múltiplos germes

com culturas positivos.

A fístula pós-correção de AAA com endoprótese é pouco frequente. (Figura 2). Precede quadro infeccioso do EDV e incide em 20 a 45 % dos casos em que ocorre infecção da EDV. ⁽³⁾

Representam um desafio de conduta cirúrgica. Não se sabe se o procedimento em um estágio (exclusão do local infectado + retirada do prótese + reparo duodenal) ou dois estágios (manutenção da prótese + realização de derivação extra-anatômica) . ^(4, 5)

Apresenta mortalidade alta por associação ao quadro infeccioso e de presença de fístula, ocorrendo em pacientes debilitados, com infecções recorrentes e doenças prévias associadas .

CONCLUSÃO

A presença de fístulas aorto-entéricas pós-EDV representam um desafio de estratégia terapêutica.

A condução somente com antibióticos não é efetiva e soma-se ao fato de tratar-se de um paciente debilitado.

O diagnóstico deve ser levantado assim que alterações na tomografia com ou sem angiografia forem realizadas. A correção operatória deve ser anatômica ou extra-anatômica (desvio axilo-femoral) e antibioticoterapia a longo prazo deve ser instituída.

Na ausência de fístula pode-se tratar sem a indicação operatória. ⁽⁵⁾

Giffhorn H, Giffhorn MCAS, Caprillhone FW, Chromiec AC, Bana EG. Secondary Aortoenteric Fistulae - Case report. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2020;78(2):90-92.

ABSTRACT - The principal indication for repair of abdominal aortic aneurysm is the endovascular approach when the aortic anatomy is favorable. Graft infection has lower incidence, more related to re-interventions after the endovascular approach. It represents an operational challenge in a often debilitated patient. The antibiotic therapy is long and with a broad spectrum. In this work we will present a case with secondary aortic fistulae after endovascular repair and the decisions for the treatment.

KEYWORDS - Abdominal aortic aneurysm, Endovascular repair, Secondary aorta-enteric fistulae.

REFERÊNCIAS

1. Isselbacher EM. Thoracic and Abdominal Aortic Aneurysms. *Circulation* 2005;111:816-28
 2. Swerlow NJ, Wu WW, Scherhorn ML. Open and Endovascular Management of Aortic Aneurysms. *Circ Res* 2019;124:647-661
 3. Batt M, Baptiste J, O'Connor S, Lebes BS, Feugier P, Patra P, Midt D, Haulon S. Early and Late Results of Contemporary Management of 37 Secondary Aortoenteric Fistulae. *Eur J Endovasc Surg* 2011;41:748-757.
 4. FitzGerald SF, Kelly C, Humphreys H. Diagnosis and treatment of prosthetic aortic graft infections: confusion and inconsistency in the absence of evidence or consensus. *JAC* 2005;56:996-999
 5. Shukuzawa K, Ohki T, Maeda K, Kanaoka Y. Risk factors and treatment outcomes for stent graft infection after endovascular aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2019;70:181-92
-