

FISTULA BRONCO-ESPLÉNICA DEVIDA A HIDATIDOSE

M. F. MORAES, F. A. A. M. VENTURA, C. ARAUJO, N. J. TAVARES, C. R. COSTA OLIVEIRA,
J. SANCHES, J.L. CHAMPALIMAUD

Serviço de Medicina Interna e Radiologia do Hospital de Egas Moniz. Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (UDIP - H.E.M.). Lisboa. Serviço de Radiologia do Hospital Garcia de Orta. Almada

RESUMO

Apresentamos neste caso, os aspectos clínicos, radiológicos e terapêuticos, de fistula bronco-esplénica devida a hidatidose, entidade extremamente rara e agora descrita pela primeira vez.

SUMMARY

Broncho-Splenic Fistula of Hydatid Origin

To our knowledge, this is the first case report of a broncho-splenic fistula of hydatid origin. We discuss the clinical, radiological and therapeutic aspects of this rare complication of hydatid disease.

INTRODUÇÃO

A hidatidose humana provocada pelo parasita *Echinococcus granulosus*, apesar da sua distribuição cosmopolita, é endémica em Portugal, com uma incidência registada de 100 a 150 casos por ano no Sul do País¹. A localização mais frequente é no fígado e no pulmão, podendo atingir qualquer outro órgão².

O aparecimento de uma fistula entre o baço e o pulmão constitui uma raridade e não foi ainda descrita na literatura médica da especialidade, ao contrário da fistulização entre o fígado e o pulmão, que está amplamente documentada^{3,4}.

Este trabalho tem como principal objectivo apresentar os aspectos radiológicos, com especial ênfase no papel da Ressonância Magnética na demonstração de uma solução de continuidade diafragmática.

DESCRIÇÃO DO CASO

Doente do sexo feminino, 84 anos de idade, natural de Santarém, que recorreu à consulta da UDIP por um episódio de tosse produtiva, com expectoração amarelada em grande quantidade (cerca de 400 ml), sem febre ou dispneia. Referia, ainda, 4 episódios de vómita, em tudo semelhantes ao aqui descrito, ocorridos nos últimos 7 anos. A doente tem antecedentes de hidatidose esplénica, medicada desde 1987, efectuando ciclos anuais de

mebendazole (6g por dia durante 30 dias) e não referindo quaisquer efeitos secundários devidos a este fármaco. Durante este período foi proposta a realização de esplenectomia, que a doente recusou.

Objectivamente, apenas havia a realçar a presença de fevres subcrepitantes na face posterior do terço inferior do hemitórax esquerdo.

Os exames complementares de diagnóstico efectuados (*Quadro 1*), revelaram a presença de discreta anemia, hipoalbuminémia e hipergamaglobulinémia (policlonal), devida a um moderado aumento de imunoglobulina G.

Os resultados dos exames imuno-serológicos, realizados no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, estão indicados no *Quadro 2*.

É de salientar que se consideram títulos significativos para a Aglutinação do Latex valores superiores a 1/5 e para o teste de ELISA valores de densidade óptica superiores a 0,8.

Efectuou-se também no laboratório de Imunologia do Hospital de Egas Moniz o teste de Hemaglutinação Indirecta, que revelou um título de 1/2560 (considerado significativo a partir de 1/320).

EXAMES IMAGIOLÓGICOS

Radiografia do tórax:

No estudo efectuado há 6 anos, na incidência postero-anterior, era visível um apagamento do seio costo-

Quadro 1 – Exames laboratoriais

Hgb (g/dl)	11,6
Htc (%)	36,8
GV (x10*3)	4,38
VGM (fl)	84
GB (x10*3)	8,4
Plaquetas (10*6)	214
VS	36
Urémia (mg/dl)	27,7
Creatinémia (mg/dl)	0,54
Na (mmol/l)	136
K (mmol/l)	4,3
Glicémia (mg/dl)	97
Prot. Tot (g/dl)	6,83
Albumina (g/dl)	3,03
Alfa-1 (g/dl)	0,24
Alfa-2 (g/dl)	0,84
Beta (g/dl)	0,79
Gamma (g/dl)	1,92
Bilirubina total (mg/dl)	1,3
Bilirubina directa (mg/dl)	0,4
AST (U/l)	34
ALT (U/l)	14
Gamma-GT (U/l)	42
Fosfatase Alc (U/l)	68
IgG (g/l)	24,7
IgM (g/l)	2,66
IgA (g/l)	3,09

Quadro 2 – Serologia para hidatidose

Imunodifusão para Líquido Hidático (LH):	negativa
Imunodifusão para Areia Hidática (AH):	negativa
Imunoelectrodifusão para LH:	positiva (2 traços)
Imunoelectrodifusão para AH:	positiva (2 traços)
Aglutinação do Latex (LH):	positivo (1/4)
ELISA (AH):	positivo (1,301)

diafragmático esquerdo e pequenas condensações basais, sugerindo atelectasias discais (*Fig. 1a*). No perfil esquerdo, uma opacidade arredondada, bem delimitada e com densidade superior às partes moles (cálcica), com parcial obliteração do seio costodiafragmático posterior esquerdo (*Fig. 1b*), cuja localização (torácica ou abdominal) era de difícil determinação (*Fig. 2*).

Radiografia simples do Abdómen:

Na radiografia actual individualizamos imagens de densidade cálcica, arredondadas, com projecção nos hipocôndrios direito e esquerdo, as quais, semiologicamente, são fortemente sugestivas de representarem quistos hidáticos de localização hepática e esplênica.

Tomografia axial computadorizada (TC):

No parênquima pulmonar observam-se alterações nos segmentos basais esquerdos, onde se individualizam lesões fibróticas e aspectos de incipiente preenchimento do espaço aéreo em área segmentar restrita (*Fig. 3a e 3b*). O baço está

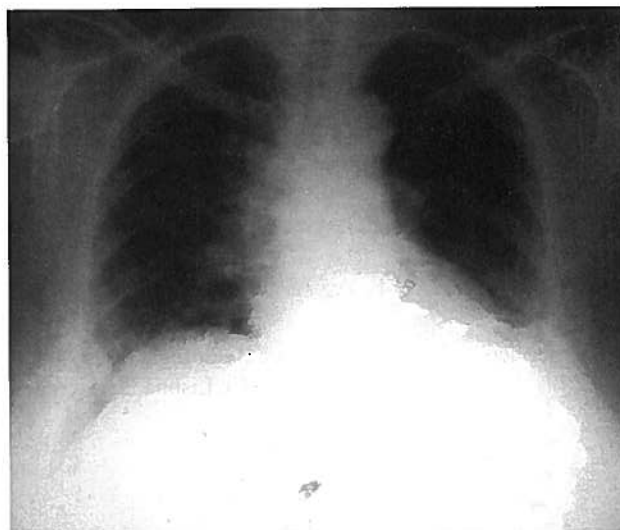


Fig. 1 a) – Radiografia do Tórax na incidência Postero-anterior (inicial).

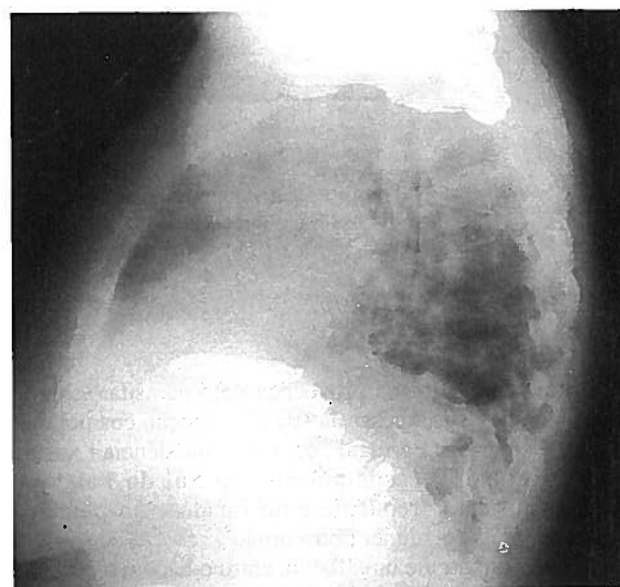


Fig. 1 b) – Radiografia do Tórax na incidência de Perfil Esquerdo (inicial).

aumentado e deformado, sendo evidente a existência de uma lesão quística intraesplênica com 10,3 x 6 cm de maiores diâmetros seccionados, mostrando nível hidroaéreo e calcificação parietal (*Fig. 4*). Em localização intraesplênica mais inferior, observa-se outra formação quística com parede calcificada e com 2,5 cm no maior diâmetro seccionado (*Fig. 5*). Uma lesão quística localizada no lobo direito do fígado, com calcificações parietais (*Fig. 4*), é também identificável. De referir a dificuldade da TC, em avaliar as hemícupulas diafragmáticas (*Fig. 6*).

Ressonância Magnética (R.M.):

Observa-se uma volumosa formação quística, localizada na região polar superior esplênica, imediatamente abaixo da hemícupula diafragmática adjacente, com



Fig. 2 a) – Radiografia do Tórax na incidência Postero-anterior (actual).

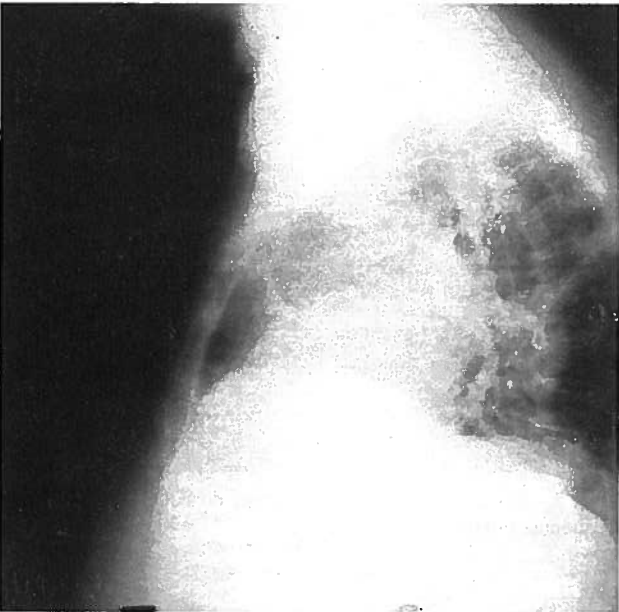


Fig. 2 b) – Radiografia do Tórax na incidência de Perfil Esquerdo (actual).

características de hiperintensidade bem evidentes em T2, com aura periférica hipointensa em relação com a existência de extensa calcificação capsular (Fig. 7). A formação descrita contacta o diafragma, que mantém espessamento das suas fibras internas e externas, perdendo-se a delimitação do plano diafragmático no segmento adjacente à lesão, onde deixamos de visualizar os planos adiposos subdiafragmático e subpleural (Fig. 8a, 8b). Demonstra-se uma imagem sugestiva de espessamento parietal brônquico, estendendo-se entre o hilo pulmonar esquerdo e a superfície da hemicúpula diafragmática esquerda, contactando com o topo da formação quística conhecida (Fig. 8c). A formação quística tem um diâmetro A-P de cerca de 9 cm e um diâmetro no eixo longitudinal de cerca de 6 cm. De igual modo, observamos nes-



Fig. 2 c) – Radiografia simples do Abdómen (actual).

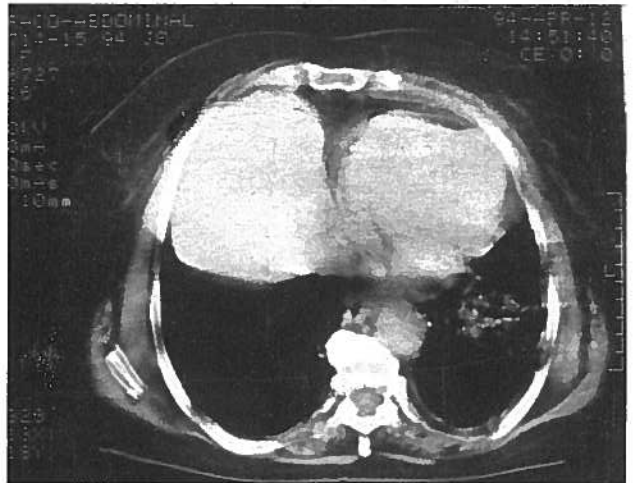


Fig. 3 a) – Corte axial por T.A.C. ao nível dos segmentos basais, com janela mediastínica.

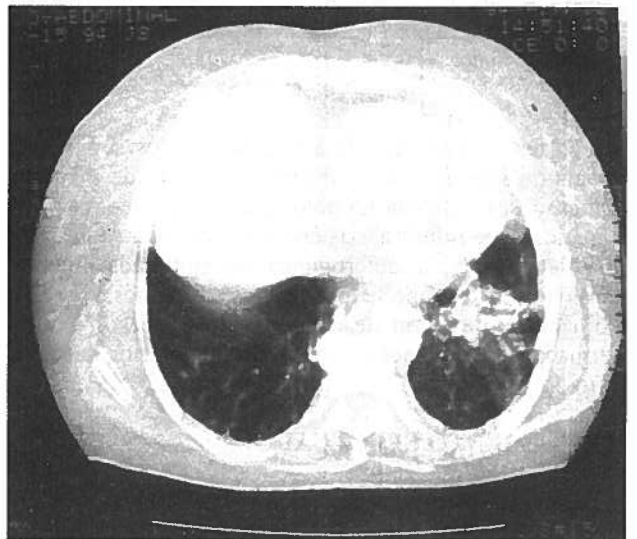


Fig. 3 b) – Corte axial por T.A.C. ao nível dos segmentos basais, com janela apropriada para o parênquima pulmonar.

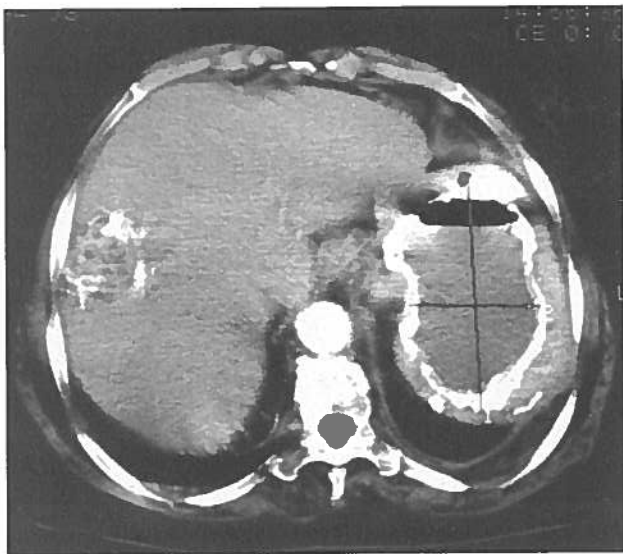


Fig. 4 – Corte axial por T.A.C., seccionando o fígado e o baço.

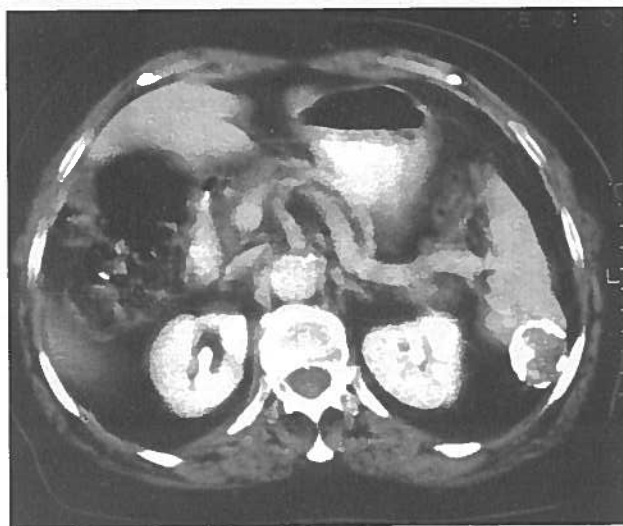


Fig. 5 – Corte axial por T.A.C. mais inferior, seccionando o terço caudal do baço.

tes cortes a existência de condensação dos segmentos basais do lobo inferior esquerdo e a lesão, de menores dimensões, localizada no pólo inferior do baço. A nível hepático, é de referir a existência de uma outra formação nodular expansiva, heterogénea, de moderada hiperintensidade em T2, que se localiza nos segmentos V e VIII, com cerca de 3 cm de diâmetro transverso. É uma formação que contacta o ramo direito inferior da porta (Fig. 9).

TRATAMENTO EFECTUADO

A doente efectuou terapêutica com Albendazole (800 mg /dia) durante 3 meses, com melhoria sintomática e sem recorrência de vômita. Continua actualmente em consulta de seguimento para vigilância.

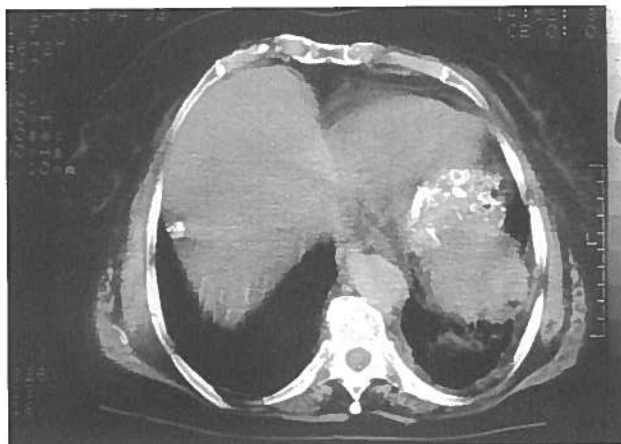


Fig. 6 – Corte axial por T.A.C. na transição toraco-abdominal.

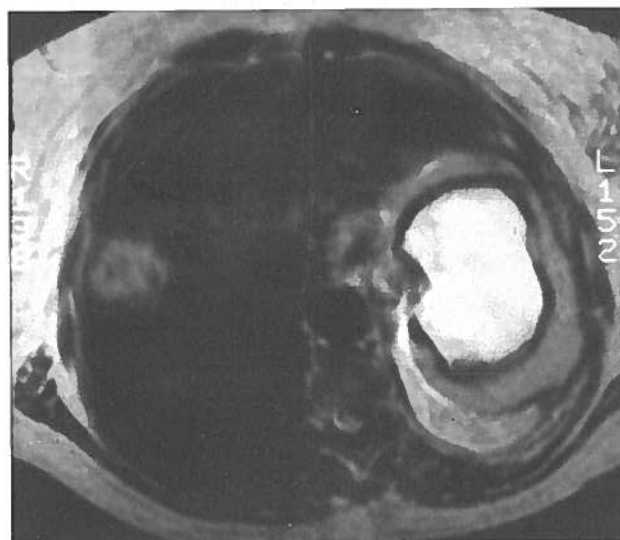


Fig. 7 – Corte axial em R.M. ao nível do baço e fígado, com sequência ponderada em T2.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro caso descrito de fistula bronco-esplênica, ocorrendo numa mulher idosa com hidatidose hepato-esplênica, de longa duração. A localização intraesplênica é uma entidade rara, podendo atingir 3,5% dos casos, isoladamente ou associada a outras localizações intra-abdominais⁵. As complicações de quistos esplênicos hidáticos referidas⁵ são a fistulização para a cavidade peritoneal e cólon e a infecção bacteriana secundária, não estando descritos casos de fistulização bronco-esplênica.

A ressonância magnética, ao dar-nos uma observação directa do diafragma nos cortes coronais, foi a técnica que nos permitiu demonstrar alterações da estrutura do diafragma, sugerindo a sua discontinuidade, não havendo qualquer aspecto atribuível a inversão diafragmática. A R.M. demonstrou ainda a contiguidade da lesão quística intraesplênica com o parênquima pulmonar adjacente.

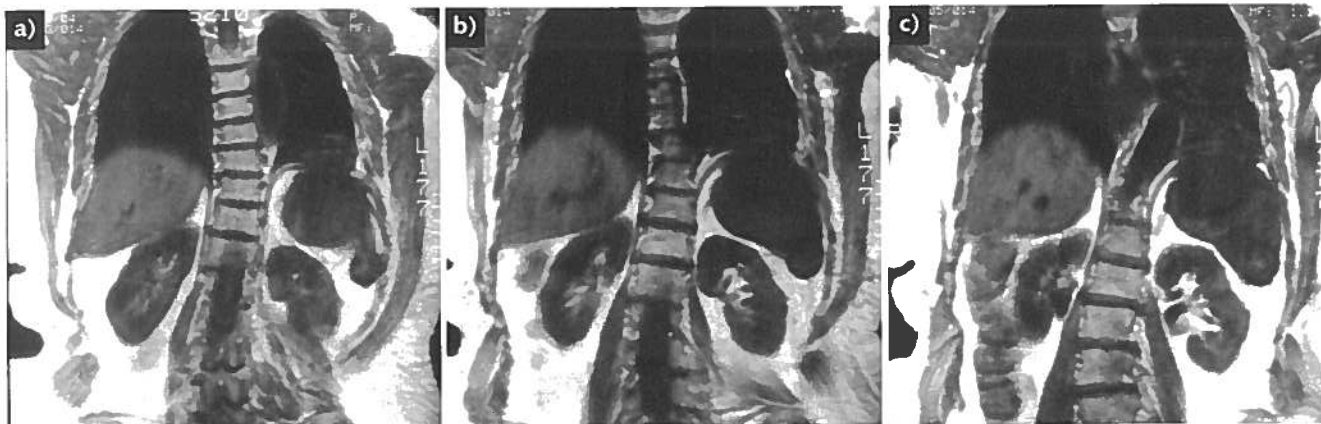


Fig. 8a, 8b e 8c) – Diferentes cortes coronais em R. M.



Fig. 9 – Corte axial em R.M. ao nível do ramo direito da veia porta.

A T.A.C. é uma técnica com dificuldades na transição toraco-abdominal, mostrando-nos contudo inequívoco nível hidroaéreo na lesão quística de grandes dimensões após vómitica o que não é especificamente demonstrável na ressonância magnética (ar e cálcio têm ambos hipossinal).

A existência de ar em quantidade significativa no interior da lesão e a hipomobilidade da hemicúpula diafragmática, na observação em tempo real, originaram dificuldades na interpretação da ecografia abdominal, razão pela qual não a incluímos na descrição dos exames imagiológicos.

À semelhança das fístulas bronco-biliares de origem hidática, o tratamento de primeira escolha é cirúrgico. Dadas as circunstâncias do caso clínico, a idade avançada e recusa da doente, não se encarou esta solução terapêutica.

AGRADECIMENTO

À Disciplina de Helminologia do Instituto de Higiene e Medicina Tropical pelo apoio laboratorial prestado.

BIBLIOGRAFIA

1. CARVALHO-VARELA M: Situação actual das zoonoses parasitárias em Portugal Continental. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*, 1991; 3: 171-182
2. DEL CORNO G: Aspetti Diagnostici e Terapeutici dell'Idatidiosi Umana. *Studio di una Casistica Ospedaliera. Parassitologia* 1990; 32: 363-369
3. MOUMEN M, EL-FARES F: Bilio-bronchial fistula of hydatid origin. A propos of 8 cases. *J. Chir. Paris*. 1991; 128 (4): 188-92
4. SUTTON D: *A Textbook of Radiology and Imaging*. 4ª Edição. New York: Churchill Livingstone, 1987. (capítulo : Inflammatory Diseases of the Lung, pág. 461)
5. URIARTE C, POMARES N, MARTIN M, CONDE A, ALONSO N, BUENO MG: Splenic Hydatidosis. *Am J Trop Med Hyg* 1991; 44 (4): 420-3