

FÍSTULA DUODENO-CAVA

Miguel CORREIA, Luísa MOREIRA, Fernando MOREIRA

RESUMO

A fístula duodeno-cava é um tipo de fístula digestiva raramente descrito na literatura. Manifesta-se frequentemente por um quadro séptico associado a hemorragia digestiva. O tratamento é cirúrgico e o prognóstico é habitualmente pouco favorável.

Descreve-se o caso de uma doente internada por sépsis, com ponto de partida numa fístula duodeno-cava, secundária à perfuração do tubo digestivo por corpo estranho. Inesperadamente, verificou-se encerramento espontâneo da fístula, sem necessidade de tratamento cirúrgico e com evolução favorável da doente.

SUMMARY

DUODENOCAVAL FISTULA

Duodenocaval fistula is a type of digestive fistula rarely described in the literature. It usually manifests by sepsis associated with gastrointestinal bleeding. The treatment is surgical and the prognosis usually not favorable.

We describe the case of a woman admitted to our hospital with sepsis, having been diagnosed with a duodenocaval fistula secondary to perforation of the digestive tract by a foreign body. Surprisingly, the fistula sealed by itself, without the need of surgery, and with a favorable evolution.

M.C., L.M., F.M.: Serviços de Cardiologia e de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga. Santa Maria da Feira. Portugal.

© 2011 CELOM

INTRODUÇÃO

As fístulas gastrointestinais definem-se como uma comunicação entre o tubo digestivo e outra superfície delimitada por epitélio¹. Dentro deste grupo, a fistula duodeno-cava constitui uma raridade, atendendo ao facto de serem referidos apenas 35 casos na revisão mais recente da literatura^{1,2}.

Neste artigo descreve-se o caso de uma doente com uma fistula duodeno-cava associada à perfuração do tubo digestivo por um corpo estranho.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, com a idade de 61 anos, reformada da actividade de corticeira, natural e residente em Santa Maria da Feira. Como antecedentes pessoais há a destacar: hipertensão arterial já com evidência de cardiopatia hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2, doença das pequenas vias aéreas e litíase biliar. Sem hábitos alcoólicos ou tabágicos. Habitualmente medicada com enalapril e hidroclorotiazida, amlodipina, glibenclamida, ácido acetilsalicílico, carvedilol e alprazolam. Sem antecedentes familiares de relevo.

Recorreu ao Serviço de Emergência por quadro clínico caracterizado por dor abdominal, vômitos alimentares, febre e diarreia, com cerca de 10 dias de evolução. À observação, a doente apresentava-se desidratada, hipotensa, subfebril, polipneica, sem outros achados de relevo, nomeadamente no exame objectivo abdominal. Os exames laboratoriais mostraram elevação dos marcadores de inflamação. A análise do sedimento urinário e a radiografia do tórax foram normais. Realizou Tomografia Computorizada (TC) tóraco-abdominal, onde se identificou litíase biliar, mas sem espessamento das paredes da vesícula biliar ou dilatação das vias biliares. A doente respondeu adequadamente à fluidoterapia de suporte, tendo-se iniciado antibioterapia empírica com piperacilina + tazobactam, admitindo-se a possibilidade de foco infeccioso abdominal. Procedeu-se ao seu internamento em Unidade de Cuidados intermédios com o diagnóstico de sépsis de origem desconhecida.

Por estabilidade clínica, foi transferida para o internamento de Medicina, 24h após a admissão hospitalar. Durante os primeiros dias de internamento, manteve picos febris, sob antibioterapia, com exames microbiológicos (hemoculturas, uroculturas e coproculturas) negativos e ecocardiograma transtorácico não revelando sinais sugestivos de endocardite. Dada a incapacidade de se localizar um foco infeccioso, a doente repetiu TC abdominal seis dias após a entrada. Este exame (figura 1a), mostrou, a nível do hilo renal direito, uma imagem compatível com corpo estranho, que tinha perfurado o duodeno, entrando parcialmente na veia cava inferior (VCI), a qual, apresentava um espessamento da parede,

em cortes mais distais, imagem sugestiva de abscesso. Dado que a imagem em TC do corpo estranho era fina e linear, radiopaca, e media cerca de 36mm de comprimento, colocou-se a hipótese de se tratar de uma espinha de peixe. A TC só foi relatada quatro dias após a sua realização, e face a esta descrição, o Radiologista propõe repetição imediata do exame, que já não mostrou imagem de corpo estranho naquela localização, mantendo as alterações já descritas na veia cava inferior, mas admitindo existir uma imagem endoluminal no cólon sugestiva de corresponder ao corpo estranho descrito anteriormente. Foi excluída a possibilidade de migração cardíaca do corpo estranho com ecocardiograma transtorácico e TC torácico. A revisão posterior da TC tóraco-abdominal realizada na admissão hospitalar, mostrou que esta alteração já estava presente, embora não descrita, verificando-se até, presença de pequenas bolhas de ar na VCI (fig. 1b).

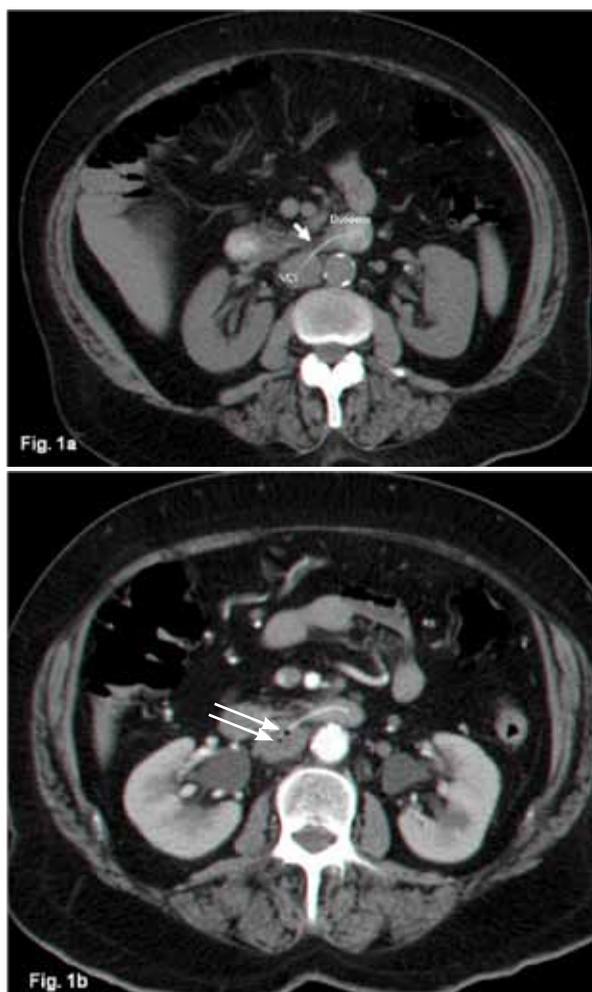


Fig. 1 - Imagens de TC abdominal. a. TC efectuado seis dias após a admissão, onde é descrito pela primeira vez a presença um corpo estranho (seta) que perfurou o duodeno, entrando parcialmente na VCI. b. TC efectuado na admissão, onde já se observava o corpo estranho, sendo possível visualizar pequenas bolhas de ar na VCI (setas).

A Cirurgia Vasculiar assumiu não existir na altura indicação cirúrgica, dada a aparente migração espontânea do corpo estranho para o tubo digestivo e encerramento da fístula. Alterou-se a antibioterapia para meropenem e clindamicina, com boa resposta clínica e laboratorial, verificando-se desaparecimento da febre, e normalização dos marcadores de inflamação sete dias após início dos novos antibióticos. TC abdominal de controlo efectuado dez dias depois do início da antibioterapia, mostrava persistência de espessamento da parede da veia cava inferior em resultado de provável processo trombótico. Foi instituída anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e realizou Ressonância Magnética (RMN) abdominal para confirmação dos resultados. Este exame (figura 2) mostrou alteração estrutural e do calibre da veia cava inferior, que apresentava espessamento parietal desde o plano de confluência das veias renais até ao segmento distal da VCI, no plano de confluência das veias ilíacas, em resultado de processo trombótico.

Não se registaram intercorrências durante o restante período de internamento, tendo completado a antibioterapia, iniciado anticoagulação oral e tendo alta orientada para as consultas de Medicina Interna e Cirurgia vascular.

Foi realizada TC abdominal de controlo um mês após a alta, mostrando a VCI permeável em toda a sua extensão, não revelando imagens sugestivas de trombos murais, nem colecções envolventes sugerindo processos inflamatórios.

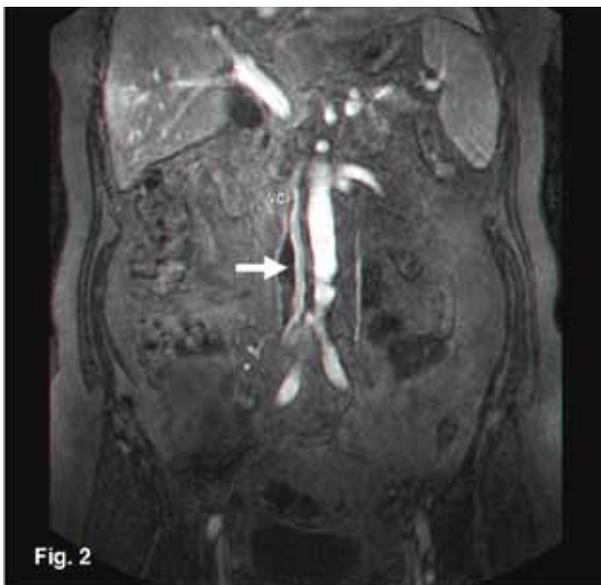


Fig. 2 - Reconstrução coronal da região abdominal por RMN. Ponderação T1 com utilização de gadolínio, onde é visível um defeito de repleção na VCI (seta), correspondendo a um processo trombótico.

DISCUSSÃO

Descrevemos o caso de uma fistula duodeno-cava que surgiu no contexto de perfuração do tubo digestivo por um corpo estranho.

Trata-se de um tipo de fistula digestiva raramente descrita¹. Numa revisão recente da literatura foram relatados apenas 35 casos². As causas mais comuns subadjacentes foram a migração de filtro da VCI, a nefrectomia direita com radioterapia adjuvante, a úlcera péptica penetrante, a ingestão de corpo estranho e o traumatismo abdominal²⁻⁹. A maioria dos doentes que apresentaram esta patologia eram homens (75%), com uma média de idades de 50 anos². De todos os casos descritos, 16% tiveram origem na ingestão de corpo estranho². A ingestão de um corpo estranho habitualmente não tem consequências major, sendo eliminado posteriormente. Contudo, em alguns casos pode evoluir para perfuração da parede do tubo digestivo⁴.

Alguns dos factores descritos que predis põem para ingestão acidental de corpos estranhos incluem: deglutição rápida dos alimentos e diminuição da sensibilidade da cavidade oral associada a utilização de dentaduras, ingestão de líquidos muito frios ou ingestão excessiva de álcool⁴. Estão descritos na literatura casos de fistula duodeno-cava no contexto de perfuração por palitos ou ossos de aves²⁻⁴. No entanto, mas não se encontrou a descrição de nenhum caso em que o corpo estranho fosse uma espinha de peixe como parece ocorrer no caso descrito neste artigo. A doente não utilizava prótese dentária, referindo ingestão de peixe nos dias anteriores ao início do quadro clínico, mas sem percepção de deglutição de espinha.

A fistula duodeno-cava manifesta-se habitualmente com um quadro de sépsis e/ou hemorragia digestiva, sendo que 70% dos doentes apresentam pelo menos uma destas manifestações². O presente caso manifestou-se sobre a forma de sépsis, sem se ter verificado evidência de hemorragia proveniente do tracto gastrointestinal. Podem ocorrer outras manifestações menos comuns, como o tromboembolismo pulmonar séptico¹⁰, a ocorrência de coagulação intravascular disseminada por passagem de mucinas intestinais para a corrente sanguínea¹¹ ou a embolia gasosa após endoscopia digestiva alta¹².

O tratamento da fistula duodeno-cava é descrito na literatura como sendo sempre de natureza cirúrgica². Existem muitas variações no procedimento utilizado, consoante a etiologia e a experiência da equipa cirúrgica, mas compreendendo habitualmente interrupção da fistula (sutura da lesão no duodeno e VCI) e colocação de *patch* epiplóico para prevenção de recorrência². O presente caso destaca-se por ser o único de que temos conhecimento em que se verificou encerramento espontâneo da fistula, sem necessidade de tratamento cirúrgico.

Esta patologia não tem prognóstico favorável, sendo referida uma taxa de mortalidade de 40% na maior série

de casos descrita na literatura². Uma vez mais, o presente caso distanciou-se dos demais, dada a evolução favorável da doente com atitude conservadora.

CONCLUSÃO

A descrição deste caso reveste-se de interesse, não só pela raridade da patologia em causa, como também pela evolução atípica, e favorável, desta doente, em relação aos restantes casos descritos na literatura.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFÊNCIAS

1. PICKHARDT JP, BHALLAS, BALFE DM: Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology* 2002; 224:9-23
2. GUILLEM PG, BINOT D, DUPUY-CUNY J et al: Duodenocaval fistula: a life-threatening condition of various origins. *J Vasc Surg*

2001;33:643-5

3. RIOUX M, LACOURCIERE L, LANGIS P, ROULEAU M: Sonographic detection of ingested foreign bodies in the inferior vena cava. *Abdominal imaging* 1997;22:108-110
4. SCHWARTZ JT, GRAHAM DY: Toothpick perforation of the intestines. *Ann Surg* 1977;185:64-6
5. PERERA GB, WILSON SE, BARIE PS, BUTLER JA: Duodenocaval fistula: a late complication of retroperitoneal irradiation and vena cava replacement. *An Vasc Surg* 2004;18:52-8
6. RHEUDASIL JM, CHUANG VP, AMERSON JR: Duodenocaval fistula: case report and literature review. *Am Surg* 1988;54:169-171
7. GERAGHTY JG, COVENEY E, KENNEDY TE, O'DWYER PJ, MURPHY JJ: Duodenocaval fistula in peptic ulceration. *Gut* 1991;32:452-3
8. MILLER CA, MELVIN WS: Duodenocaval fistula complicating peptic ulcer disease: case report and review of the literature. *Surgery* 1996;119:718-9
9. RUNKEL N, RIEDE E, KROESEN AJ, WIEGEL T, BUHR HJ: Duodenal caval fistula: a rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Chirurg* 1998;69:883-6
10. DETURRIS S, MARTIN H, BOWERS S, SIMSO L, MELIN MM: Primary duodenocaval fistula with associated venacaval thrombus and septic pulmonary emboli. *Vasc Endovasc Surg* 2000;34:537-541
11. CYR PV, SHUHAIBAR H, KAY M: Spontaneous duodenal-caval fistula with embolization of intestinal contents. *Human pathol* 1998;29:1165-6
12. CHRISTL SU, SCHEPPACH W, PETERS U, KIRCHNER T: Cerebral air embolism after gastroduodenoscopy: complication of a duodenocaval fistula. *Gastrointest Endosc* 1994;40:376-8