

FÍSTULA AORTO-SIGMÓIDEA PRIMÁRIA — RELATO DE UM CASO

LUCIANO DIAS DE OLIVEIRA REIS, ASBCP
RICARDO CESAR ROCHA MOREIRA

REIS LDO, MOREIRA RCR — Fístula aorto-sigmóidea primária —
Relato de um caso. *Rev bras Colo-Proct.*, 1989; 9(3): 113-115.

RESUMO: Fístula primária entre a aorta e o cólon sigmóide é uma causa extremamente rara de sangramento retal abundante. Os autores relatam um caso e tecem comentários sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico de fístula aorto-sigmóidea primária.

UNITERMOS: enterorragia maciça; fístula aorto-entérica; fístula aorto-sigmóidea

Uma fístula entre a aorta e o tubo digestivo é uma lesão catastrófica, mas felizmente rara. A grande maioria destas fístulas se forma entre a aorta abdominal e a porção retroperitoneal do duodeno. Fístulas da aorta com outros segmentos do trato gastrointestinal, do esôfago ao reto, são bastante raras e merecem registro na literatura. A extrema raridade de uma fístula entre a aorta e o cólon sigmóide nos motivou a relatar este caso.

Relato do caso

J.A.S.R., do sexo masculino, 65 anos de idade, foi atendido por um dos autores (LDOR), com sangramento retal abundante. O paciente estava pálido mas com sinais vitais normais. No exame físico palpava-se uma massa pulsátil peri e infra-umbilicais.

Uma retossigmoidoscopia não demonstrou uma causa do sangramento, embora houvesse dificuldade de visualização do sigmóide. A ultra-sonografia abdominal demonstrou ser um aneurisma de aorta infra-renal.

Nas horas seguintes, o sangramento cessou espontaneamente, e o paciente permaneceu hemodinamicamente está-

vel. No momento da transferência do paciente para serviço especializado de cirurgia vascular em Curitiba, o paciente fez quadro de hemorragia digestiva baixa maciça com choque hipovolêmico e, apesar de reposições sangüíneas, não houve estabilização hemodinâmica e o paciente foi submetido à laparotomia de emergência.

Na operação, encontrou-se um volumoso aneurisma da aorta infra-renal, aderido ao duodeno e ao cólon sigmóide. Após controle do colo proximal do aneurisma, o duodeno foi cuidadosamente dissecado. Não foi encontrada nenhuma fístula entre o duodeno e a aorta. O cólon sigmóide foi então dissecado da porção distal do aneurisma e encontrou-se uma fístula aorto-entérica de aproximadamente 1 cm de diâmetro (*Fig. 1*). Durante toda a dissecação o paciente permaneceu hipotenso. O aneurisma foi aberto e implantada uma prótese de Dacron bifurcada, com as anastomoses distais ao nível das artérias ilíacas comuns. A pró-

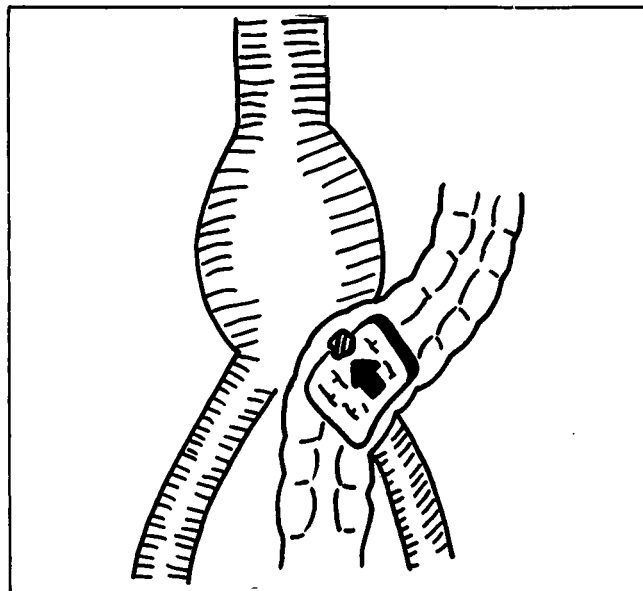


Fig. 1

tese foi protegida com o fechamento da parede anterior do aneurisma sobre a mesma. O segmento de cólon sigmóide que continha a fístula foi ressecado à Hartmann, com colostomia na fossa ilíaca esquerda.

O paciente continuou chocado, em sepsis e anúria e faleceu no pós-operatório imediato (10 horas após a conclusão da cirurgia).

DISCUSSÃO

Fístulas entre a aorta e o trato gastrointestinal são lesões bastante infreqüentes que se apresentam como sangramento digestivo². A primeira menção de que um aneurisma da aorta poderia fistular para o intestino foi feita por Sir Astley Cooper em 1829¹. O primeiro relato clínico de um caso de fístula aorto-duodenal foi feita por Salmon em 1843¹.

A grande maioria das fístulas aorto-entéricas se formam entre a aorta infra-renal e a porção retroperitoneal do duodeno, que estão anatomicamente muito próximas. As fístulas aorto-duodenais são chamadas primárias, quando resultam da rotura de um aneurisma da aorta no duodeno (em geral, na terceira porção) ou outra lesão fistulizante entre os dois órgãos (úlcera péptica, tumores, pseudocisto pancreático)^{2, 3, 10}. As fístulas aorto-duodenais secundárias se formam após operações sobre a aorta abdominal, com implante de próteses, endarterectomias, ou pontes aorto-renais^{2, 8, 10, 12}. O duodeno pode sofrer erosão mecânica pela presença da prótese ou por infecção que envolva a linha de sutura na aorta². O resultado é a formação de uma comunicação, em geral minúscula, entre a anastomose (ou linha de sutura) na aorta e a luz do duodeno adjacente. Pode este processo ser muito lento, e o paciente apresentar-se clinicamente com a fístula vários anos após a operação sobre a aorta⁸. Atualmente, as fístulas secundárias são vistas mais freqüentemente, pois os aneurismas e oclusões da aorta são operados eletivamente, com implante de próteses.

Raramente, podem se formar fístulas entre a aorta e outros segmentos do tubo digestivo. Foram relatadas fístulas para o esôfago, estômago, jejuno, íleo, cólon, e até para o apêndice e reto^{2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14}. Fístulas entre a aorta e o cólon sigmóide são extremamente raras; o presente caso é o sexto relatado na literatura^{4, 5, 11, 13, 14}. Todos os casos resultaram da aderência e rotura de um aneurisma da aorta infra-renal no sigmóide. No presente caso, e em dois outros casos de literatura^{11, 13}, doença diverticular do cólon sigmóide, adjacente ao aneurisma da aorta, parece ter contribuído para a formação da fístula.

O quadro clínico é de uma hemorragia retal abundante, de sangue vivo. No exame físico, a presença de um aneurisma de aorta palpável alerta para o diagnóstico correto. Foi o que aconteceu no presente caso, onde o diagnóstico de fístula aorto-entérica foi suspeitado pré-operatoriamente. O diagnóstico diferencial inclui as outras causas mais comuns de hemorragia digestiva baixa severa: doença diverticular do cólon, malformações vasculares do cólon e retocolite ulcerativa. Existem diversos casos descritos na literatura dos aneurismas de artérias ilíacas fistulizando para o reto e sigmóide^{6, 9}. O quadro clínico destes casos é idêntico ao das fístulas aorto-entéricas. A diferença é que o aneurisma de ilíaca é de palpação mais difícil, e o diagnóstico só é feito durante a cirurgia.

O diagnóstico de fístula aorto-sigmóidea é essencialmente clínico. Sigmoidoscopia exclui outras causas de sangramento do segmento reto-sigmóide. Ultra-sonografia ou tomografia computadorizada abdominal confirmam a presença de aneurisma, mas não confirmam a existência da fístula.

O tratamento das fístulas aorto-entéricas em geral é cirúrgico: a aorta deve ser ligada proximal e distalmente ao aneurisma, e o segmento de intestino que contém a fístula, ressecado. Especificamente nas fístulas para o sigmóide, este deve ser ressecado à Hartmann, com colostomia terminal e fechamento do coto distal em dois planos. Com exceção das fístulas primárias para o duodeno, onde o implante de uma prótese na aorta infra-renal é aceitável, nas demais fístulas aorto-entéricas a reconstrução arterial com prótese deve ser feita por rota extra-anatômica. Atualmente, a operação recomendada é a ponte axilo-bifemoral por planos subcutâneos^{2, 8, 10}.

A mortalidade destas fístulas é altíssima: dos seis casos descritos na literatura, apenas o de Reddy e Stillman¹¹ sobreviveu à cirurgia. A causa de morte é em geral o choque hipovolêmico, e sua conseqüência é, mais tardiamente, a sepsis resultante da contaminação fecal durante a operação.

Somente a consciência, por parte dos cirurgiões, da existência destas fístulas como causa rara de sangramento retal pode levar ao diagnóstico correto e salvamento de alguns destes pacientes.

REIS LDO, MOREIRA RCR - Primary aortosigmoid fistula - A case report.

SUMMARY: Primary fistula between the aorta and the sigmoid colon is an extremely rare cause of rectal bleeding. The authors describe a case and make comments about its diagnosis, treatment and prognosis.

KEY WORDS: rectal bleeding; aortoenteric fistula; sigmoid-aortic fistula

REFERÊNCIAS

1. Cooper A. The lectures of Sir Astley Cooper on the Principles and Practice of Surgery; with additional notes and cases by F. Tirrell, 5th American edition, Haswell, Barrington and Haswell, Philadelphia, 1839; 169.
2. Ernst CB. Aortoenteric fistulas. In: Haimovici H, Vascular Emergencies, New York, Appleton-Century-Crofts, 1982.
3. Evans DN, Webster JHH. Spontaneous aortoduodenal fistula. Brit J Surg 1972; 59: 368-372.
4. Foster JH, Vetto RM. Aortic intra-aneurysmal abscess caused by sigmoid-aortic fistula. Am J Surg 1962; 104: 850-854.
5. Garzon FL, Wilson JS, Gunter JU. Aneurysms with double rupture into the gastrointestinal tract. Can J Surg 1962; 5: 372-378.
6. Jackman RJ, McQuarie HB, Edwards JE. Fatal Rectal Hemorrhage caused by aneurism of the internal iliac artery: report of a case. Proc Staff Meet Mayo Clin 1948; 23: 305-8.
7. Kasum D, Kim S, Shojania AM, Kirkpatrick JR. Aortocolic fistula: a rare cause of profuse rectal bleeding. Can J Surg 1983; 26: 293-295.
8. Kleinman LH, Towne JB, Bernhard VM. A diagnostic and therapeutic approach to aortoenteric fistulas: clinical experience with twenty patients. Surgery 1979; 86: 868-880.

9. Longaken CJ, Bubrick MP, Kiser JC. Arteriocolic fistula: an unusual cause of gastrointestinal bleeding. *Dis Col & Rect* 1977; 20: 135-138.
10. Olcott CIV, Holcroft JW, Stoney RJ, Wylie EJ. Unusual problems of abdominal aortic aneurysms. *Am J Surg* 1978; 135: 426-431.
11. Reddy KR, Stillman RM. Spontaneous aortosigmoid fistula. *JAMA* 1982; 247: 2565-2566.
12. Reis LDO, Bullen BR. Fistula aortoduodenal. Uma complicação de "Shunt" aorto-renal por hipertensão. *Rev Med Paraná* 1987; 45: 8-10.
13. Wilson SE, Owens ML. Aortocolic fistula, a lethal cause of lower gastrointestinal bleeding. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1976; 19: 614-617.
14. Youngson GG, Harris KA, Passi RB, MacKenzie FN. Aortocolic fistula. *J R Coll Surg Eding* 1982; 27: 119.

Endereço para correspondência:

Luciano Dias de Oliveira Reis
Avenida Oliveira Motta, 626
86430 – Santo Antônio da Platina – PR