

# FÍSTULA BRONCOESOFÁGICA

## - Um Desafio Diagnóstico e Terapêutico -

Pinho J., Martins D., Sousa P., Cancela E., Araújo R., Castanheira A., Ministro P., Machado, J., Correia, H., Silva A.  
Centro Hospitalar Tondela/Viseu – Serviço de Gastrenterologia

### INTRODUÇÃO

As fístulas broncoesofágicas nos adultos têm habitualmente etiologia maligna. As benignas, raras, devem-se a alterações inflamatórias, congénitas, traumáticas ou à presença de corpos estranhos. De curso insidioso e sintomatologia inespecífica, o seu diagnóstico precoce implica um elevado grau de suspeição.

### CASO CLÍNICO

- Doente, sexo feminino, 68 anos, raça caucasiana.
- Antecedentes de doença bipolar, doença de refluxo gastroesofágico e bronquiectasias quísticas.
- Recorreu ao serviço de urgência por quadro de hemoptises e febre com dois dias de evolução.

#### • Estudo complementar inicial

-**RaioX tórax (Fig.1)** : Oclusão do seio costofrénico direito, com opacificação heterogénea para-hilar do andar médio direito.



Fig. 1- Raio X do tórax na admissão.

- **Exame ORL**: sem alterações.

- **Broncofibroscopia**: Ausência de hemorragia endobrônquica.

Internada por hemoptises no contexto de bronquiectasias infetadas.

No 4º dia de internamento, quadro súbito de acidose respiratória grave.



Fig. 2- Raio X do tórax no contexto de agravamento clínico.

#### • Necessidade de ventilação mecânica com admissão na UCIP

##### Ventilação mecânica ineficaz por fuga aérea

-**EDA**: Orifício de 0.5 cm de diâmetro, com trajeto epitelizado, localizado aos 25cm dos incisivos.

- **TC torácica (Fig.3-6)**: Trajeto fistuloso entre o 1/3 distal do esófago e o brônquio lobar inferior, com acumulação de contraste nas bronquiectasias localizadas no lobo inferior direito.



Fig. 3 – TC torácico corte transversal



Fig. 4 – TC torácico corte transversal



Fig. 5 – TC torácico corte coronal



Fig. 6 – TC torácico corte transversal

- **Broncofibroscopia**: Inundação do lobo inferior direito após instilação de azul de metileno pelo esófago.

#### Tratamento

Como não se conseguia suspender a ventilação mecânica, optou-se pela colocação de prótese esofágica temporária, para correção cirúrgica da fistula em centro de referência, a curto prazo.

#### Evolução

Um ano depois a doente é reinternada por choque séptico secundário a pneumonia, do que resultou o seu falecimento. Verificou-se nesta altura que se optara pela não realização de cirurgia e que a prótese não tinha sido removida.

### CONCLUSÃO

As fístulas broncoesofágicas podem ser congénitas ou adquiridas, sendo na população adulta maioritariamente adquiridas. Atendendo à raridade das fístulas benignas e à sua sintomatologia inespecífica, podem permanecer subdiagnosticadas durante meses a anos.