

Relato
de Caso

Fístula Ilíaco-Cava Abdominal: uma rara e insuspeitada causa de hipertensão pulmonar e congestão sistêmica

1

Abdominal Cava-Iliac Fistula: a rare and unsuspected cause of pulmonary hypertension and systemic congestion

José Elabras Filho, Mônica Ligeiro Gonçalves, Adalberto Pereira de Araújo, Cynthia Karla Magalhães

Resumo

As fístulas arteriovenosas abdominais (FAVA) são uma rara complicação dos aneurismas ilíacos e de aorta abdominal. Relata-se o caso de um paciente de 75 anos, com hipertensão pulmonar e congestão sistêmica secundários a uma fístula ilíaco-cava abdominal. O diagnóstico foi sugerido por ecocardiografia e confirmado por angiotomografia. O tratamento cirúrgico endovascular levou à remissão total do quadro clínico circulatório e respiratório apresentado, comprovando o seunexo causal com essas manifestações.

Palavras-chave: Fístula arteriovenosa abdominal, Aneurisma de aorta abdominal, Aneurisma ilíaco, Hipertensão pulmonar, Congestão sistêmica, Cirurgia endovascular

Abstract

Arteriovenous abdominal fistulas are a rare complication of iliac and abdominal aorta aneurisms. A case is reported of a 75-year old patient with secondary systemic congestion and pulmonary hypertension due to an abdominal cava-iliac fistula. The diagnosis was suggested through an echocardiograph and confirmed through angiotomography. Endovascular surgical treatment resulted in full remission of the circulatory clinical and respiratory situation, proving its causal nexus with this presentation.

Keywords: Arteriovenous abdominal fistulas, Abdominal aorta aneurism, Iliac aneurism, Pulmonary hypertension, Systemic congestion, Endovascular surgery

Introdução

As fístulas arteriovenosas abdominais (FAVA) são uma rara complicação dos aneurismas ilíacos e de aorta abdominal. Ocorrem em cerca de 1% dos casos dessas enfermidades, mas sua prevalência pode chegar a 4%, no caso de aneurismas rotos. Apesar de raras, sua primeira descrição foi feita em 1831, por J. Syme.

Ocorrem principalmente em homens com idade superior a 70 anos. Em geral, estão associadas a aneurismas ateroscleróticos, mas existem casos decorrentes de trauma, iatrogenia cirúrgica, sífilis, doenças do tecido conjuntivo, neoplasias abdominais e aneurismas micóticos¹⁻⁴.

O quadro clínico das FAVA pode ser agudo ou insidioso. Os sintomas podem durar de poucas horas

a um ou dois anos até o diagnóstico etiológico. Podem ocorrer as seguintes manifestações isoladas ou em conjunto^{1,2,5-10}: hipertensão pulmonar, dispnéia, cianose, dor abdominal, dor lombar, síndrome de alto débito, insuficiência cardíaca, turgência jugular, edema pulmonar, insuficiência renal, insuficiência hepática, hepatomegalia, ascite, hematúria, edema escrotal, edema de membros inferiores, priapismo, varizes pulsáteis, mal-estar geral e parada cardiorrespiratória.

O método diagnóstico de escolha para as FAVA é a tomografia computadorizada com contraste. Detecta-se uma presença precoce de contraste no sistema venoso, além da perda de espaço entre os dois vasos envolvidos e, mais raramente, pode-se observar a sua comunicação anormal. Angiografia e ressonância magnética contrastada também podem ser utilizadas

Clínica Amil Total Care – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Correspondência: elabrasfilho@terra.com.br

José Elabras Filho | Av. das Américas, 700 salas 307/308 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro (RJ), Brasil | CEP: 22640-100

Recebido em: 30/06/2008 | Aceito em: 04/07/2008

no diagnóstico. Entretanto, vale destacar que, em até 50% dos casos, o diagnóstico de certeza é peroperatório. A presença de sopro abdominal em maquinação e achados ecocardiográficos sugestivos também são úteis na formulação da hipótese diagnóstica^{2,10-12}.

O seu tratamento é cirúrgico, consistindo tanto no reparo da fístula como na correção do aneurisma. Podem ser utilizados enxertos protéticos ou endopróteses, de acordo com critérios clínico-cirúrgicos e anatômicos. A mortalidade é estimada em 20% a 30% dos casos operados, e está relacionada à perda sanguínea, distúrbios de coagulação, infarto do miocárdio peroperatório, insuficiência renal e complicações isquêmicas abdominais^{2,10,13}.

Os autores relatam o caso de um paciente de 75 anos, que apresentou quadro de hipertensão pulmonar e congestão sistêmica, secundários a uma fístula ilíaco-cava abdominal inicialmente insuspeitada, mas que teve seu diagnóstico posteriormente sugerido por ecocardiografia e confirmado por angiotomografia. O tratamento cirúrgico endovascular instituído levou à remissão total do quadro clínico circulatório e respiratório apresentado, comprovando o seunexo causal com essas manifestações.

Relato do Caso

FMT, 75 anos, masculino, natural do Rio de Janeiro, farmacêutico aposentado, apresentou crise de dispnéia e tosse em setembro de 2006, sendo internado emergencialmente com as hipóteses diagnósticas de doença obstrutiva crônica (DPOC) agudizada e tromboembolismo pulmonar. Tinha como antecedentes tabagismo 50 maços/ano e hipertensão arterial sistêmica controlada com o uso de enalapril.

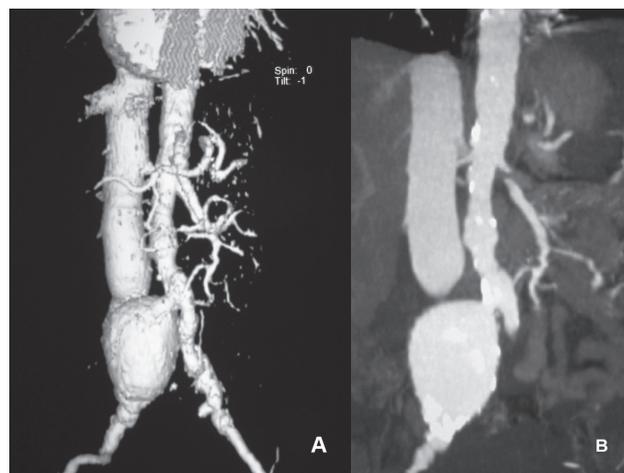
Foi afastado o diagnóstico de embolia através de angiotomografia. Tratado com broncodilatadores e corticoterapia sistêmica. Recebeu alta, sendo posteriormente encaminhado para a Clínica Amil Total Care. Havia tido melhora do quadro respiratório, entretanto passou a apresentar quadro de congestão hepática e edema de membros inferiores.

Ao exame físico, mostrava-se eupneico, taquicárdico (100bpm em repouso), anictérico, acianótico, normotenso, sem turgência jugular patológica (TJP), com edema de membros inferiores +++/4 frio, mole e com cacifo. Ritmo cardíaco regular em três tempos com B4. Murmúrio vesicular reduzido em bases, sem adventícios. Abdome flácido, indolor, com discreta hepatomegalia, sem massas ou ascite evidentes.

Nova tomografia de tórax evidenciou derrame pleural bilateral. Ecocardiograma detectou hipertensão pulmonar, com pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) estimada de 60mmHg. Laboratorialmente, apresentava leve aumento enzimático hepático, sugerindo colestase e sorologias para hepatite B e C negativas. Prova de função pulmonar evidenciou obstrução e restrição de graus leves. Ultra-som abdominal mostrou a presença de hepatomegalia e ascite, sendo interrogada a presença de um aneurisma de aorta abdominal. Foi confirmado por tomografia computadorizada o achado de aneurisma aorto-ilíaco à direita, com 6,5cm x 5,5cm de diâmetro, sem sinais de dissecação.

Iniciou-se o tratamento do quadro congestivo com furosema e do quadro de hipertensão pulmonar com sildenafil, observando-se melhora parcial do quadro.

Ao realizar o ecocardiograma evolutivo, em dezembro de 2007, o paciente também foi submetido à avaliação de aorta abdominal, sendo então levantada a hipótese de presença de fístula arteriovenosa. Uma angiotomografia confirmou a presença da fístula e do aneurisma para a veia cava abdominal (Figuras 1A e B). Foi indicada abordagem cirúrgica para o caso.

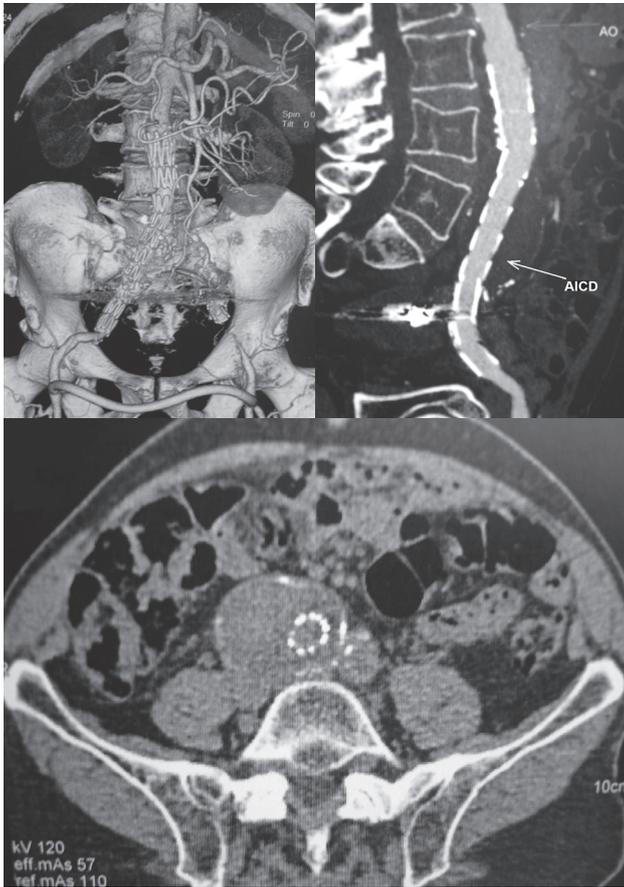


Figuras 1A e B

Angiotomografia pélvica e abdominal evidenciando aneurisma aorto-ilíaco com fístula para veia cava inferior.

Foi realizado, por cirurgião vascular, um implante de endoprótese aorto-ilíaca à direita, por via endovascular (Figuras 2A, B e C). O procedimento se deu sem intercorrências significativas, inclusive sem necessidade de hemotransfusão.

Evolutivamente, o paciente apresentou resolução completa do quadro congestivo hepático e de membros inferiores, com normalização da pressão sistólica de artéria pulmonar (PSAP) à ecocardiografia.



Figuras 2A, B e C

Tomografia de controle após a correção cirúrgica da fístula através da colocação endovascular de endoprótese aorto-ilíaca.

Discussão

Este relato documenta uma rara e geralmente insuspeitada causa de hipertensão pulmonar e síndrome congestiva. A possibilidade de evolução insidiosa do quadro clínico e a pluralidade de suas manifestações são fatores que podem gerar dificuldades no diagnóstico das FAVA.

Os exames de imagem foram fundamentais na elucidação diagnóstica deste caso.

A etiologia da hipertensão pulmonar e do quadro congestivo foi completamente justificada pela fístula arteriovenosa, visto que houve remissão completa das alterações apresentadas, após o tratamento cirúrgico realizado.

Em relação ao tratamento cirúrgico, a colocação de endoprótese por via endovascular mostrou ser um

procedimento seguro e isento de complicações significativas e, portanto, uma excelente opção terapêutica quando disponível e bem indicada.

Em casos de hipertensão pulmonar e congestão sistêmica sem etiologia definida deve-se também atentar para a possibilidade desse raro diagnóstico, que são as fístulas arteriovenosas abdominais.

Referências

1. Kannan S, Sivaprakash, Sivanesan D, et al. Spontaneous aortocaval fistula presenting as severe pulmonary hypertension. *Ind J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;23:218-20.
2. Rajmohan B. Spontaneous aortocaval fistula. *J Postgrad Med.* 2002;48:203-205.
3. Cohen LJ, Sukov RJ, Boswell W, et al. Spontaneous aorto-caval fistula: report of 2 cases. *Radiology.* 1981;138:357-59.
4. Stanley-Crawford AE, Turell DJ, Alexander JK. Aorto-inferior vena caval fistula of neoplastic origin: hemodynamic and coronary blood flow studies. *Circulation.* 1963;27:414-21.
5. Pinto DIM, Bez LG, Dias Jr JO, et al. Aneurisma ilíaco associado à fístula arteriovenosa. *J Vasc Bras.* 2007;6(3):299-302.
6. Chiorean MV, Morford RG, Bivins MH, et al. Iliac arteriovenous fistula with renal insufficiency, ascites, hepatomegaly, and abnormal liver test results. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:661-63.
7. Kanbay M, Gur G, Boyvat F, et al. Spontaneous aortocaval fistula presenting with acute liver and renal failure: A case report. *Turk J Gastroenterol.* 2004;15(3):169-72.
8. Tan GP, Rad M, Abdullah BJJ, et al. Spontaneous internal ilio-iliac fistula in an elderly woman presenting as heart failure. *Biomed Imaging Interv J.* 2006;2(2):1-4.
9. Carmo G, Martins C, Gama AD. Rotura de aneurisma da aorta abdominal com fístula aorto-cava concomitante. *Rev Port Cir Cardiorac Vasc.* 2003;X(2):87-89.
10. Cinara IS, Davidovic LB, Kostic DM, et al. Aorto-caval fistulas: a review of eighteen years experience. *Acta Chir Belg.* 2005;105:616-20.
11. Schott EE, Fitzgerald SW, McCarthy WJ, et al. Aortocaval fistula: diagnosis with MR angiography. *Am J Roentgenol.* 1997;169: 59-61.
12. Fukuda I, Minakawa M, Fukui K, Management of an aorto-caval fistula from a ruptured aortic false aneurysm using a covered stent graft. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2007;6:682-84.
13. Umscheid T, Stelter WJ. Endovascular treatment of an aortic aneurysm ruptured into the inferior vena cava. *J Endovasc Ther.* 2000;7:31-35.