

Além de uma Pneumonia Adquirida na Comunidade: Fístula Traqueoesofágica

Beyond a Community-Acquired Pneumonia: Tracheoesophageal Fistula

Sócrates Vargas Naranjo^{1*}, Ana Neves¹, Tiago Moura Rodrigues¹, Ana Mateus¹

***Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Sócrates Vargas Naranjo [socrates_vargas@yahoo.it]
Rua de Cima 2, 7330-111 Marvão, Portugal
ORCID iD: 0000-0001-6655-6413

RESUMO

A fístula traqueoesofágica (FTE) em adultos é pouco frequente, estando geralmente associada a neoplasia, iatrogenia e/ou traumatismo. Como existe uma comunicação entre o esófago e a árvore traqueobrônquica, a FTE é um fator de risco para a ocorrência de processos infecciosos pulmonares, por facilitar a aspiração regular do conteúdo do aparelho digestivo. Existe, assim, uma “falha” da barreira mecânica de defesa do sistema respiratório.

Neste contexto, apresenta-se o caso clínico de um idoso, que deu entrada no Serviço de Urgência por dispneia, febre, tosse produtiva e perda de peso, sendo o diagnóstico inicial de uma pneumonia. Após estudo complementar admitiu-se a associação a uma FTE secundária a uma acalasia.

PALAVRAS-CHAVE: Acalasia Esofágica; Fístula Traqueoesofágica/diagnóstico; Fístula Traqueoesofágica/etiologia; Infecções por Klebsiella

1. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, Portugal.

Recebido/Received: 2021/04/10 - Aceite/Accepted: 2023/07/03 - Publicado online/Published online: 2023/09/13 - Publicado/Published: 2023/09/30
© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2023. Re-use permitted under CC BY 4.0. No commercial re-use. © Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY 4.0

ABSTRACT

Tracheoesophageal fistula (TEF) is uncommon in adults, and it is mostly associated with cancer, trauma and iatrogenic processes. Because there is a communication between the oesophagus and the bronchial tree, TEF is a risk factor for pulmonary infectious, owing to facilitating aspirations from digestive system, as well as, by passage of food. Thus, there is “failure” of the mechanical defending barrier of the respiratory system to prevent pulmonary infection disease.

In this context, we present a case of an elderly man who was admitted to the Emergency Service with dyspnoea, fever, productive cough and weight loss, whom primary diagnosis was pneumonia and after a further study it was associated with a TEF by achalasia.

KEYWORDS: Esophageal Achalasia; Klebsiella Infections; Tracheoesophageal Fistula/diagnosis; Tracheoesophageal Fistula/etiology

INTRODUÇÃO

A pneumonia é uma infecção do parênquima pulmonar e a sua ocorrência é subestimada.¹ Resulta da proliferação de patógenos microbianos nos espaços alveolares e da resposta do hospedeiro a esses agentes patogênicos.¹ Os microrganismos chegam à via aérea por vários mecanismos, sendo o mais comum a aspiração das secreções orofaríngeas.^{1,2} Quando existe aspiração do conteúdo gástrico, a pneumonia descreve-se como “pneumonia de aspiração”. Pode estar associada a alterações do estado de consciência, assim como, a desordens esofágicos ou neurológicos que levam à lesão da barreira mecânica de defesa da via aérea.² Nas crianças, as pneumonias recorrentes estão frequentemente associadas a FTE,³ no entanto, em adultos, as FTE são pouco frequentes e estão associadas, principalmente, a lesões malignas, a processos traumáticos ou iatrogênicos, sendo que, são raros os processos infecciosos.⁴⁻⁷

CASO CLÍNICO

Homem de 80 anos que morava na sua própria casa com apoio da sua mulher; com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão arterial. Deu entrada no Serviço de Urgência por dispneia, febre e tosse produtiva, associava ainda perda de peso (80 kg para 75 kg em duas semanas). No exame objetivo salientava-se fôvres crepitantes em ambas bases pulmonares. Analiticamente, com leucocitose (24550/uL) e a proteína C reativa aumentada (234 mg/dL). Na radiografia de tórax (RxT) pósterio-anterior apresentava uma imagem compatível com consolidação na base do hemitórax direito. Admitiu-se pneumonia adquirida na comunidade com score de CURB-65 = 2. Após rastreio séptico, iniciou amoxicilina/clavulanato 1,2 g intravenoso (e.v.) a cada 8 horas durante 7 dias e azitromicina 500 mg e.v. uma vez por dia durante 5 dias, apresentou melhora clínica e diminuição dos parâmetros inflamatórios; sendo o rastreio séptico negativo.

Após um dia de finalizar o ciclo de antibiótico, iniciou com febre, expectoração, sonolência tendo evidência de fôvres crepitantes dispersos em ambos os campos pulmonares. Analiticamente, apresentava elevação dos parâmetros de fase aguda e na radiografia do tórax, agravamento da imagem de consolidação no hemitórax direito. Decidiu-se iniciar empiricamente piperacilina/tazobactam 4,5 g e.v. a cada 8 horas, com prévia colheita de rastreio séptico, tendo as secreções brônquicas restos de conteúdo alimentar. Realizou uma tomografia computadorizada de tórax (TC-T) onde se verificou uma imagem sugestiva de fístula traqueoesofágica (FTE) a nível do manúbrio esternal (maior calibre com 2-3 cm), associada ainda a uma dilatação difusa do esôfago (já descrita em TC-T prévia, há três anos). A endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciou um esôfago difusamente dilatado, e a presença de pequena depressão fechada, que poderia corresponder ao orifício esofágico da fístula; ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI), sem evidência de lesões sugestivas de processo neoplásico.

O caso foi discutido com as especialidades de Pneumologia e Cirurgia Geral colocando-se a hipótese de possível acalasia idiopática, tendo indicação para a colocação de um *stent* endobrônquico. No entanto, o doente desenvolveu um processo séptico grave e faleceu quatro dias depois. As culturas de secreções brônquicas foram positivas para *Klebsiella oxytoca* multirresistente.

DISCUSSÃO

A acalasia é um neologismo de origem grega e significa sem qualidade de relaxamento⁸; é pouco frequente em adultos (0,3-1,6 casos em 100 000 pessoas ano) e o tipo mais comum é a acalasia idiopática.^{1,9} A sua patogênese é caracterizada por dano do plexo neural do esôfago com inflamação do plexo mesentérico e redução do número de células ganglionares. O sistema colinérgico é, aparentemente, preservado.¹⁰

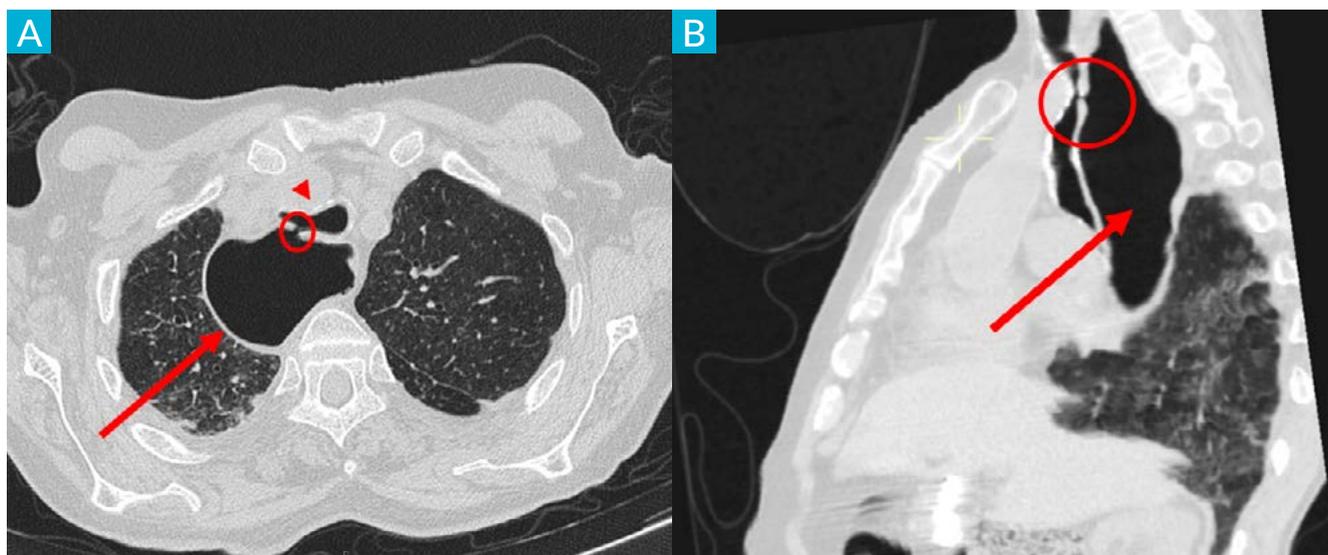


FIGURA 1. **A)** Plano axial e janela de pulmão. Marcada dilatação esofágica (seta) e moldagem da vertente anterior da traqueia compatível com traqueomalácia (ponta de seta). Comunicação fistulosa entre o esôfago e a traqueia (círculo). **B)** Plano sagital oblíquo dirigido ao eixo da traqueia. Dilatação esofágica (seta) e comunicação fistulosa entre o esôfago e a traqueia (círculo).



FIGURA 2. TC-T após administração de contraste iodado por via oral que verifica a presença da fístula traqueo-esofágica. **A)** Plano axial em janela de pulmão e com o doente em decúbito ventral. Demonstra-se a presença de contraste no esôfago (cabeça de seta) e na traqueia (seta). **B)** Plano axial em janela de mediastino e com o doente em decúbito ventral. Demonstra-se a presença de contraste no esôfago (cabeça de seta) e na traqueia (seta).

Pode apresentar-se como disfagia, regurgitação esofágica, dor retroesternal, pirose, perda de peso ou, como neste caso, tosse e pneumonia,¹ sendo que, esta apresentação está mais associada com acalasia avançada por regurgitação e aspiração crônicas,³ no entanto, estádios avançados da acalasia apresentam hipertrofia do EEI, o que não foi descrita na EDA. O diagnóstico diferencial da acalasia deve realizar-se com doença de Chagas e pseudoacalasia; sendo que, neste caso não se verificou história de viagens passadas ou recentes para a América do Sul ou para a América Central, lugares onde se encontra o vetor (insetos triatomíneos) que transmite o protozoário *Trypanosoma cruzi*. Relativamente à pseudoacalasia, a endoscopia digestiva alta descartou a possibilidade de

infiltrado tumoral por carcinoma do fundo gástrico ou do esôfago distal.³ O diagnóstico de acalasia é feito através da deglutição de bário e/ou pela manometria esofágica, sendo que, atribui-se à endoscopia um papel secundário.³ A dilatação esofágica, observada nas imagens na TC-T e na EDA, além da falta de relaxamento do EEI, fez considerar o diagnóstico de acalasia. No entanto, pela instabilidade do doente, assim como, o seu desfecho (morte), não foi possível realizar uma manometria esofágica que confirmasse o diagnóstico. Através de uma abordagem multidisciplinar com outras especialidades, considerou-se que a acalasia contribuiu para o desenvolvimento da FTE, sendo a dilatação e a fragilidade da parede esofágica, fatores facilitadores para o processo patológico.

Em adultos, FTE é uma patologia pouco frequente¹¹ e está associada a processo neoplásicos, traumatismos ou iatrogenia sendo rara a etiologia infecciosa.^{4,6,7} O diagnóstico é feito pela clínica e por alterações imagiológicas que demonstrem a fuga de contraste, a presença da FTE ou alterações encoscópicas,⁵ tal como foi referido neste caso.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO/ CONTRIBUTORSHIP STATEMENT:

SN, AN, TR e AM: Avaliação de imagens e escrita do artigo

SN, AN, TR and AM: Images evaluation and article writing

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Jameson JL, Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, Hauser SL and Losalzo J. Medicina Interna de Harrison. 20th ed. Porto Alegre: McGrawHill Education; 2020
2. Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. Current: Medical Diagnosis & Treatment. 62th ed. New York: McGrawHill Lange; 2023.
3. Piolatti-Luna A, Castillo-Corrullón S. Repeated Aspiration Pneumonia in a 7-Year-Old Girl with Undiagnosed congenital Tracheoesophageal Fistula. Arch Bronconeumol. 2021; 57:545.
4. Villa-Gómez G, Daino DF, Ramos G. Manejo endoscópico de una fistula traqueoesofágica benigna secundaria a un cuerpo extraño. Acta Gastroenterol Latinoam. 2015; 45: 221-4.
5. Vargas Espíndola LA, Callejas Gutiérrez AM, Saavedra A, Sánchez Morales EA. Fístula traqueoesofágica, a propósito de un caso. Rev Colomb Neumol. 2021; 33: 37-42.
6. Martínez Abad Y, Rodríguez de Guzmán C, Alcorta Mesas A, López-Muñiz Ballesteros B, Puente Maestu L. Fístula traqueoesofágica. Rev Patol Respir. 2007; 10: 83-8.
7. Villalba Caloca J, Téllez Becerra JL, Morales Gómez J, Molina Barrera EA, López Flores D. Tratamiento quirúrgico de la fístula traqueoesofágica no maligna. Gac Méd Méx. 1998; 134: 397-8.
8. Prieto RG, Prieto JE, Casas F, Ballén H. Acalasia, una visión actual. Rev Colomb Cirugía. 2019; 34: 171-8. doi:10.30944/20117582.111
9. Boeckxstaens GE, Zaninotto G, and Richter JE. Achalasia. Lancet. 2014; 383: 83-93. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60651-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60651-0)
10. Kumar P, Clark M. Clinical Medicine. 10th ed. London: Elsevier; 2021.
11. López Represa C, Parra Parra MI, Remacha Esteras MA, Tabuyo Pizarro M. Fístula traqueoesofágica congénita, una causa rara de tos crónica en el adulto. Med Clin. 2005; 122:78. doi:10.1016/S0025-7753(04)74147-0.