

Fístula broncoesofágica em portador de SIDA: relato de caso

CLAUDIO RICARDO FRISON¹, VERÔNICA AMADO², RENATA T. RODRIGUES³, LILIAN S.B. CAETANO⁴

Os autores relatam um caso de fístula traqueoesofágica descoberto insuspeitamente em broncoscopia. Os achados radiológicos foram compatíveis e a confirmação etiológica foi estabelecida através do estudo histopatológico do tecido. (*J Pneumol* 1998;24(6):371-374)

Bronchoesophageal fistula in AIDS patient: report of a case

The authors report a case of bronchoesophageal fistula found unsuspectedly in bronchoscopy. The radiological findings were compatible and etiologic confirmation was established by histopathological studies.

Descritores – Fístula traqueoesofágica. SIDA.

Key words – Bronchoesophageal fistula. AIDS.

Siglas e abreviaturas utilizadas neste trabalho

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

TC – Tomografia computadorizada

CMV – Citomegalovírus

RX – Radiografia de tórax

INTRODUÇÃO

A formação de fístula entre o esôfago e a via aérea de etiologia infecciosa em pacientes portadores de síndrome da imunodeficiência adquirida é rara, com poucos casos descritos na literatura inglesa até o presente. Descrevemos a seguir um paciente com SIDA e fístula broncoesofágica por tuberculose associada a esofagite herpética, com boa resposta ao tratamento clínico instituído.

DESCRIÇÃO

Paciente masculino, 31 anos, procurou o Serviço de Pronto Atendimento de Pneumologia do HSP-EPM, com história de tosse seca, preferencialmente noturna, que piorava com ingestão de alimentos iniciada há três meses. Há uma semana iniciou tosse produtiva com expectoração amarelada. Fez uso de amoxicilina por uma semana, seguida de cefalexina, sem melhora, e iniciou quadro de dispnéia leve. Referia per-

da ponderal de 10kg em três meses. Relatava antecedentes de promiscuidade sexual e fazia uso de cocaína inalatória. Ao exame físico, apresentava-se levemente hipocorado, emagrecido, taquipnéico. Na ausculta pulmonar notava-se murmúrio vesicular preservado com presença de estertores grossos em hemitórax esquerdo e sibilos em base esquerda. O RX de tórax obtido revelava processo intersticial reticulonodular difuso, sem evidência de aumento mediastinal, alterações pleurais ou cardíacas (figura 1).

Internado para investigação diagnóstica, a pesquisa de BAAR no escarro resultou positiva (1 a 10 bacilos por campo). Broncoscopia realizada concomitantemente revelou processo fistuloso de parede póstero-lateral do brônquio principal esquerdo, com suspeita imediata de fístula broncoesofágica (figura 2), confirmada posteriormente através da esofagografia contrastada (figura 3). A pesquisa de BAAR no lavado broncoalveolar também foi positiva. Endoscopia digestiva alta evidenciou esofagite moderada em terço médio com presença de fístula no local; no estômago havia gastrite enantematosa moderada difusa. A biópsia brônquica da borda da fístula revelou processo inflamatório crônico agudizado, com pesquisa de BAAR positiva em grande quantidade no tecido; biópsia de mucosa esofágica mostrou lesão ulcerada com células atípicas e inclusão viral sugestiva de infecção herpética. A sorologia (ELISA) para o VIH foi positiva.

1. Médico pós-graduando em nível de mestrado do Serviço de Pneumologia da EPM-Unifesp.

2. Médica residente do Serviço de Pneumologia da EPM-Unifesp.

3. Médica estagiária do Departamento de Endoscopia Respiratória da EPM-Unifesp.

4. Médica assistente do Serviço de Pneumologia da EPM-Unifesp.

Endereço para correspondência – Rua Machado de Assis, 137/52, Vila Mariana – 04106-010 – São Paulo, SP.

Recebido para publicação em 19/6/98. Reapresentado em 2/10/98. Aprovado, após revisão, em 19/10/98.

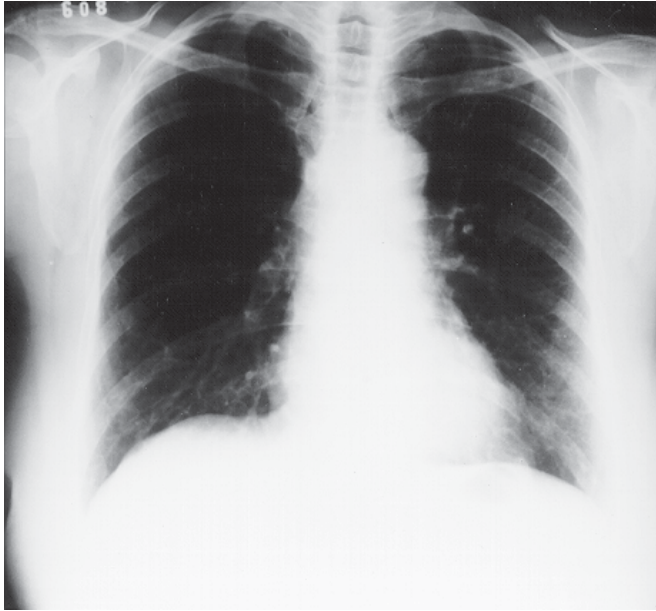


Figura 1

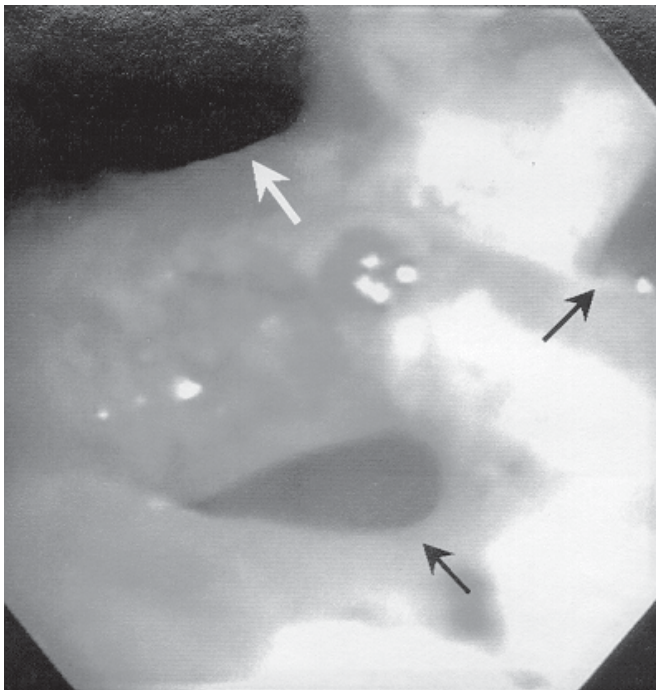


Figura 2 – Setas negras: orifícios fistulosos. Seta branca: brônquio principal esquerdo.

Foi iniciada alimentação por sonda nasoenteral e instituída terapia com Esquema 1 preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo 1 Consenso Brasileiro de Tuberculose⁽¹⁾ (rifampicina 600mg, isoniazida 400mg e pirazinamida 2.000mg ao dia) e aciclovir 200mg quatro vezes ao dia por três semanas. Após um mês o paciente já havia obtido melhora signifi-



Figura 3
Esofagografia contrastada.
A seta indica trajeto fistuloso.

ficativa do quadro clínico; nova broncoscopia demonstrou diminuição do diâmetro da fistula. Na terceira broncoscopia, após 54 dias de tratamento, não se podia mais visibilizar o orifício fistuloso.

DISCUSSÃO

As causas mais comuns de fistulas entre as vias aéreas e o esôfago são as traqueoesofágicas de etiologia congênita. As fistulas adquiridas ocorrem com maior freqüência em cânceres de esôfago, pulmão, linfomas e leucemias. As fistulas benignas são menos freqüentes, mais comumente acontecendo em pacientes sob cuidados intensivos submetidos a intubação traqueal e sondagem nasogástrica concomitantes e prolongadas⁽²⁾. A etiologia infecciosa em geral por si só é incomum, sem prevalência total conhecida.

Envolvimento esofágico diagnosticado por necropsia em pacientes falecidos de tuberculose na era anterior aos quimioterápicos foi relatado como sendo em torno de 0,14% dos casos⁽³⁾.

O aumento da incidência de tuberculose em todo o mundo, como conseqüência direta da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (VIH) é fenômeno largamente descrito

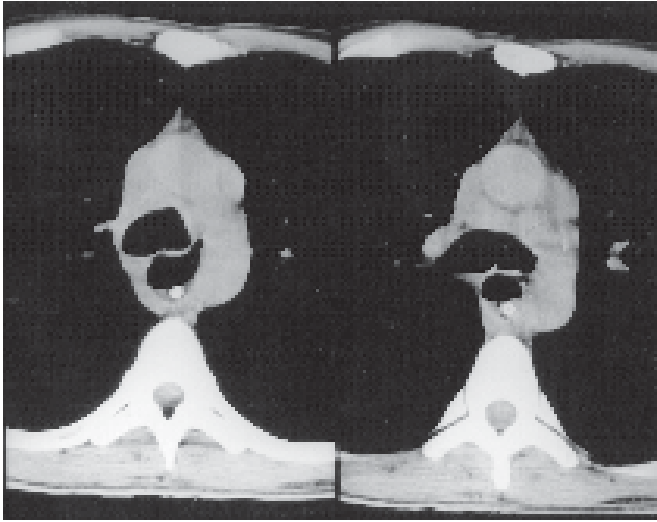


Figura 4 – Cortes tomográficas ao nível da carina. Fístula comunicando esôfago com a porção proximal do brônquio principal esquerdo.

na literatura e que levou a OMS a considerar aquela doença como urgência mundial⁽⁴⁾. Embora se saiba que a infecção pelo *M. tuberculosis* em indivíduos com SIDA tem formas pulmonares de apresentação menos usuais, assim como incidência maior de apresentações extrapulmonares, o número de casos descritos de esofagite tuberculosa é mínimo e a existência de fistulas entre vias aéreas e o esôfago é ainda mais rara. Busca de casos no MEDLINE totalizou 11 casos, sendo 9 em portadores do VIH^(5-9,12).

O esôfago é um órgão alvo de infecções em indivíduos com SIDA, sendo mais freqüente a *Candida*, mas outros fungos, vírus e bactérias também podem produzir esofagite, isoladamente ou em combinação. Outras causas são doença do refluxo gastroesofágico, câncer, linfoma, sarcoma de Kaposi, acalasia e causa indeterminada⁽¹⁰⁾. Não há relato conhecido pelos autores de prevalência descrita de tuberculose esofágica em pacientes com SIDA.

Os mecanismos prováveis de fistula broncoesofágica incluem ruptura de gânglios mediastinais necróticos, erosão de úlceras traqueobrônquicas primárias no esôfago ou desenvolvimento de divertículo de tração entre a árvore respiratória e o esôfago.

O quadro clínico caracteriza-se por queixas digestivas, com dor retroesternal e disfagia, e respiratórias, como tosse, não raro relacionada à ingestão de líquidos. Sintomas gerais como febre, perda de peso e sudorese foram relatados mesmo na ausência de doença específica.

Os achados radiológicos são inespecíficos, exceto quando há comprometimento ganglionar, caso em que a tomografia computadorizada tem maior sensibilidade diagnóstica.

A literatura internacional cita que o principal mecanismo gerador de trajetos fistulosos seria a doença primária com acometimento ganglionar associado e que este achado to-

mográfico com clínica compatível em pacientes imunossuprimidos seria suficientemente característico de tuberculose para o início do tratamento até a confirmação bacteriológica⁽¹¹⁾.

No caso descrito acreditamos que a fistula seja secundária à extensão da infecção através das vias aéreas para o esôfago, provavelmente por reativação endógena. Não havia evidência tomográfica de adenomegalias (figura 4) contribuindo para a patogênese do processo fistuloso. A amostra de escarro foi encaminhada para cultura com posterior confirmação de presença do bacilo de Koch. Não se deve afirmar o diagnóstico de infecção pelo *M. tuberculosis* em indivíduos com SIDA baseado apenas na baciloscopia, devido à prevalência de outras micobacterioses nestes indivíduos.

Enquanto o tratamento das fistulas de origem neoplásica e congênita é calcado na intervenção cirúrgica (esofagectomia do trecho acometido, interposição de alça colônica, colocação do estômago em posição torácica) ou aplicação de stents esofágicos, a etiologia infecciosa permite que, quando diagnosticada precocemente, se possam obter bons resultados apenas com a conduta clínica do tratamento da infecção de base. Deve-se obter comprovação histopatológica do(s) agente(s) causador(es), principalmente em indivíduos com SIDA, pois há possibilidade de infecção mista, já sendo relatado insucesso terapêutico com o tratamento parcial, com obtenção do agente associado em peça de necropsia⁽¹²⁾. A contagem de CD4+ pode auxiliar na pista de quais microorganismos seriam mais prevalentes em cada situação. Sabemos que quando a contagem de CD4+ está abaixo de 100 céls., há risco aumentado de infecções como CMV; nos relatos descritos por Vartian⁽⁹⁾ e Rusconi⁽¹³⁾, HIV e CMV estavam associados a *C. albicans* e *M. tuberculosis*, em pacientes com CD4+ abaixo de 50 céls./mm³. Desconhecemos relatos de fistulas traqueoesofágicas causadas por infecção de outras micobactérias.

No caso apresentado, embora o aspecto histológico da esofagite sugerisse infecção herpética, não foi obtido fragmento de tecido da fistula com o mesmo aspecto, não sendo possível afirmar participação viral na etiologia e/ou manutenção da mesma.

REFERÊNCIAS

1. 1 Consenso Brasileiro de Tuberculose – 1997. J Pneumol 1997; 23:285.
2. Temes et al. Esophagus airway fistula in AIDS. Ann Thorac Surg 1995; 60:440-442.
3. Carr DT. Tuberculosis in a carcinoma of the esophagus. Am Rev Tuberc Pulm Dis 1942;346.
4. Raviglione MC, Snider D, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of a worldwide epidemic. JAMA 1995;273: 220-226.
5. Porter JC, Friedland JS, Freedman AR. Tuberculous bronchoesophageal fistulae in patients infected with the immunodeficiency virus: three case reports and review. Clin Infect Dis 1994;19:954-957.

6. Dronda F, Fernandez-Martin I, González-Lopez, Puente L. Delayed development of tuberculous bronchoesophageal fistulas in a patient with AIDS necessitates endoscopic surgery. *Clin Infect Dis* 1995;21:1062-1063.
7. Serrano N, Cortés JL. An unusual presentation of tracheoesophageal fistula. *Intensive Care Med* 1996;22:717-718.
8. Ravera M. Tuberculous esophageal fistula in a patient with the HIV virus. *Endoscopy* 1997;29:146.
9. Vartian CV, Septimus EJ. Bronchoesophageal fistula due to *Mycobacterium tuberculosis* and cytomegalovirus in a patient with AIDS. *Clin Infect Dis* 1996;22:581.
10. Porro GB, Parente F. Opportunistic infections of the esophagus in AIDS patients: clinical and therapeutic problems. *J Intern Med* 1993;223:107-110.
11. Obrecht WF, Richter JE, Olympio GA, Gelfand DW. Tracheoesophageal fistula. A serious complication of infectious esophagitis. *Gastroenterology* 1984;97:1174-1179.
12. Pastores SM, Naidich DP, Aranda CP, McGuinness G, Ron WN. Intrathoracic adenopathy associated with pulmonary tuberculosis in patients with AIDS. *Chest* 1993;103:1433-1437.
13. Rusconi S, Meroni L, Galli M. Tracheoesophageal fistula in an HIV-1 positive man due to dual infection of *Candida albicans* and cytomegalovirus. *Chest* 1994;106:284.