

2 DRENAGEM DE SACO ANEURISMÁTICO INFECTADO GUIADO POR ECOENDOSCOPIA APÓS COLOCAÇÃO DE ENDOPRÓTESE VASCULAR AÓRTICA

Rodrigues-Pinto E., Macedo G., Baron T.H.

Descrição: Doente do sexo masculino, 84 anos, com antecedentes de prótese endovascular há 5 anos por aneurisma toracoabdominal, foi trazido à urgência em choque séptico. O TAC toracoabdominal realizado revelou correcto posicionamento da endoprótese, contudo com hipercaptação e aumento das dimensões da cavidade do aneurisma excluído relativamente aos exames prévios. Sem extravasamento de contraste para a cavidade. As hemoculturas foram positivas para *Bacteroides fragilis*. Dada múltiplas co-morbilidades do doente (ASA IV), foi realizada drenagem minimamente invasiva do aneurisma infectado. Um ecoendoscópio linear identificou a colecção lateralmente ao esófago, a envolver a aorta e a endoprótese vascular, não evidenciando fluxo vascular no estudo doppler; realizada PAAF da colecção com agulha 19G, com aspiração de pus espesso (positivo para *Bacteroides fragilis*); passagem de fio-guia 0.025 através da agulha com remoção desta; colocada prótese metálica auto-expansível (EC AXIOS 10x10mm) sob fio-guia entre o esófago e a colecção. Verificou-se melhoria clínica dramática do doente. O TAC às 48h revelou resolução da colecção com prótese correctamente posicionada. Três dias depois a prótese AXIOS foi removida, sendo possível entrar na cavidade com o endoscópio, onde foi visualizada a prótese endovascular aórtica. Após irrigação da cavidade, a parede esofágica foi encerrada com clips. O esofagograma não mostrou fístula. O doente teve alta hospitalar 11 dias depois do procedimento, sob dieta oral, continuando bem 106 dias depois do procedimento.

Motivação/Justificação: A infecção das próteses endovasculares ocorre em 0.2-0.7% dos doentes, sendo uma complicação frequentemente tardia. A remoção da prótese é geralmente o tratamento *standard*, estando, no entanto, associada a elevada mortalidade. A abordagem percutânea é reservada para doentes sem condições cirúrgicas, contudo, a colecção não era acessível no nosso doente. A drenagem guiada por ecoendoscopia permitiu uma abordagem eficaz, dada a proximidade com o esófago e a ausência de comunicação vascular entre a colecção e a aorta.

Serviço Gastrenterologia, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal; Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill, EUA