

62 A ÚLTIMA FEBRE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Antunes A.G., Eusébio M., Vaz A. M., Queirós P., Peixe B., Guerreiro H.

Reporta-se o caso de um homem de 67 anos, que recorreu por sensação de mal-estar geral, febre nos 2 dias prévios e hematoquézia de sangue vivo com síncope no próprio dia. Como antecedentes destacava-se: bypass bi-aortofemural com endoprótese; status pós AVC isquémico a cumprir antiagregação e hemorragia por úlcera péptica há 2 anos. Ao exame objectivo, apresentava-se hemodinamicamente estável, TT: 38,1°C, mucosas descoradas; auscultação cardio-pulmonar sem alterações; abdómen: RHA aumentados, sem sopros, indolor, sem massas ou organomegalias; toque rectal com dedo de luva com fezes misturadas com sangue vivo. Analiticamente Hb: 8g/L; VGM: 85,8f/L; L: 12,6x10⁹/L; N: 95%; Plaquetas: 102x10⁹/L; INR: 1,71; BUN: 29 mg/dL; Creatinina: 1,58 mg/dL; PCR: 94 mg/L; Urina II: sem alterações. Optou-se pela realização de endoscopia digestiva alta com progressão aparentemente até D4, sem se objectivar sangue endoluminal, ou lesões potencialmente sangrantes. Dada a ausência de foco infeccioso objectivável, foram colhidas hemoculturas e iniciou-se antibioticoterapia. Realizou-se posteriormente uma TC-Abdominal, que revelou na porção distal da aorta abdominal, adjacente à prótese, área de densificação da gordura adjacente, contactando a parede de uma ansa do jejuno proximal. Estabeleceu-se o diagnóstico de Fístula Aorto-Entérica (FAE), tendo o doente sido encaminhado para cirurgia. As FAEs são comunicações entre o lúmen aórtico e uma víscera oca, dividindo-se em primárias ou secundárias, sendo estas mais frequentes e ocorrendo após cirurgias de reconstrução aórtica em até 2% dos casos. Correspondem a causas raras de hemorragia digestiva, com mortalidade de 100% na ausência de tratamento, manifestando-se habitualmente em duas fases: a primeira, autolimitada, ocorre após erosão da parede endoluminal pela prótese (associando-se infecção) e a segunda, quando se estabelece uma comunicação directa com o lúmen aórtico. O local mais comum para ocorrência de FAE é o duodeno (80%), habitualmente D3 ou D4, em virtude da proximidade anatómica, sendo o jejuno menos frequentemente acometido.

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Algarve – Polo de Faro