



Hospital de Messejana
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

FÍSTULA DE COTO

brônquico – Relato de caso modelo para conduta conservadora

Leonardo Cesar Silva Oliveira, Moises Ederlano Tavares de Araujo, Gustavo Terceiro Cunha, Carlos Alberto da Cruz Neto

HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES - HOSPITAL DE MESSEJANA - Fortaleza - Ceará - Brasil
Contato: leonardo@toracica.med.br - +55 85 99984-4077

INTRODUÇÃO

A fístula de coto brônquico é uma das complicações mais temidas no pós-operatório das ressecções pulmonares maiores, devido a sua morbidade. Tem incidência na literatura muito variável e tem como fator de risco a quimiorradioterapia neoadjuvante, diabetes, desnutrição, uso de corticosteroides e a tuberculose[1,2] (Tabela 1). O tratamento necessário na maioria dos casos envolve cirurgia radical e muitas vezes mutiladora. O princípio do tratamento tem alicerce no saneamento da cavidade, evitar a contaminação pulmonar por material séptico e o fechamento do trajeto fistuloso.

RELATO DE CASO

Mulher, 62 anos, nunca tabagista, que sofreu trauma torácico com fraturas costais e hemotórax. Foi drenada e no seguimento do trauma descobriu-se lesão em vidro despolido que iniciou-se seguimento. Na tomografia de 3 meses após o trauma a lesão passou a ter o centro levemente sólido na tomografia. Foi submetida à lobectomia pulmonar superior esquerda com linfadenectomia mediastinal por videotoracoscopia com 2 portas com uso de sutura mecânica. Anatomopatológico confirmou adenocarcinoma invasivo com predominância lipídica de padrão bronquíolo-alveolar com invasão central e focos de diferenciação acinar, sem invasão angiolinfática de 2,1cm. Estadiamento final pT1cN0. Com 70 dias após a cirurgia apresentou quadro de tosse intensa com eliminação de secreção serohemática em pequena quantidade. Broncoscopia flexível mostrou coto curto de tamanho adequado e confirmou pequena fístula de coto brônquico (parcial). Tomografia confirmou cavidade pleural com comunicação em sua base com o coto da lobectomia (Figura 1). Cultura do lavado broncoalveolar mostrou o crescimento de *Aspergillus niger*. Iniciou-se tratamento com Fluconazol 150mg 1 vez por semana por 2 meses além de ciclo de 14 dias de moxifloxacina. Após 2 meses notou-se a cavidade menor e a paciente evoluía com melhora clínica subtotal persistindo apenas pouca tosse seca. Continuou-se acompanhamento clínico mensal e após 8 meses a cavidade não era mais visível ao raio X. Tomografia computadorizada confirmou o desaparecimento da cavidade e a ausência de coleções mediastinais (Figura 2). Nova broncoscopia mostrou coto brônquico totalmente fechado de aspecto cicatricial. Atualmente continua em seguimento oncológico.

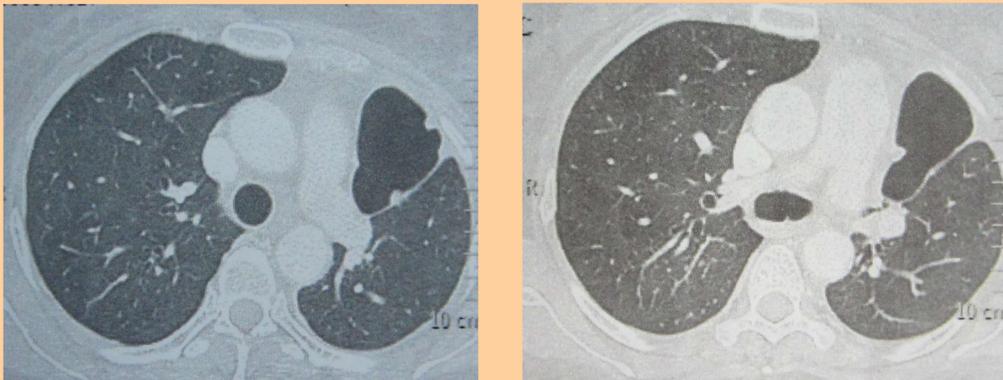


Figura 1 - Tomografia computadorizada mostrando cavidade pleural vazia 70 dias após a cirurgia e com nítida comunicação com árvore respiratória.

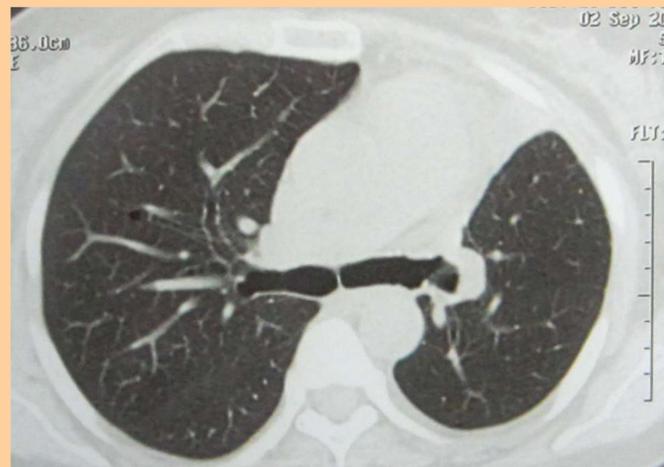
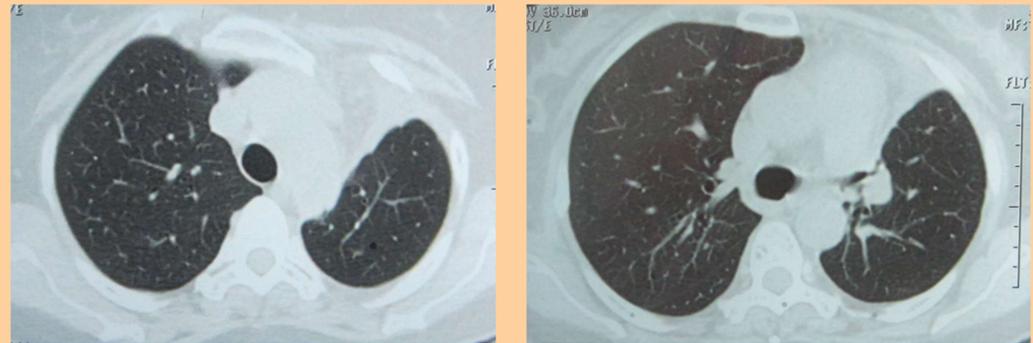
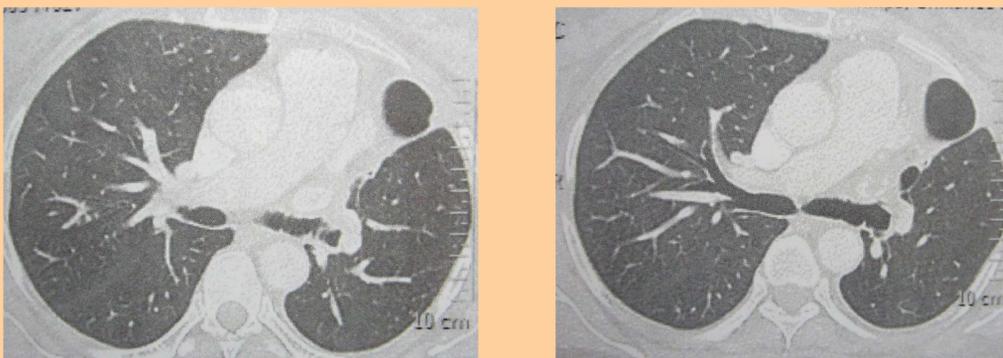


Figura 2 - Tomografia computadorizada mostrando desaparecimento completo da cavidade pleural e coto brônquico fechado.

DISCUSSÃO

O diagnóstico da fístula de coto brônquico é suspeitado no pós-operatório de ressecção pulmonar maior quando uma nova cavidade pleural se forma ou na falha do desaparecimento do espaço residual. A confirmação diagnóstica geralmente necessita de exames de imagem e da broncoscopia[3]. Mesmo com a proteção do coto com remendo muscular ou de gordura a incidência ainda existe[1]. Nos pacientes de risco elevado é essencial a proteção do coto com tecido, seja gordura ou músculo [4,5]. No caso relatado um fator determinante para o tratamento foi a posição da cavidade pleural em relação a fístula. Essa relação garantia que o esvaziamento da cavidade era feito no se nível mais inferior. Somou-se a boa evolução e a boa resposta ao tratamento antibiótico e antifúngico.

Fatores pré-operatórios

- Corticosteroide
- Medicações antimetabólicas (Azatioprina)
- Medicações antiproliferativas (Sirolimus)
- Doenças vasculares do colágeno
- Cirrose
- Tabagismo atual
- Pneumonia
- Doença inflamatória pulmonar
- Infecção pleural/Empiema
- Tuberculose ativa
- Radioterapia neoadjuvante
- Diabetes/hiperglicemia
- Idade avançada (>60 anos)
- Desnutrição/hipoalbuminemia
- Anemia pré-operatória
- Quimioterapia neoadjuvante
- Função pulmonar ruim (DPOC, VEF1 baixo, DLCO baixo)

Fatores Intraoperatórios

- Pneumonectomia direita
- Pneumonectomia de complementação
- Desvascularização do brônquio
- Falha no disparo do grampeador
- Perda da integridade da sutura
- Margem Brônquica positiva
- Coto brônquico longo
- Linfadenectomia mediastinal
- Coto brônquico com diâmetro (>25mm)
- Necessidade de Transfusão sanguínea

Fatores Pós-operatórios

- Ventilação com pressão positiva
- Empiema pós-operatório
- Hidratação venosa excessiva nas 12 horas iniciais
- Uso prolongado do dreno torácico
- Necessidade de transfusão

Tabela 1 - Fatores de Risco pra deiscência do coto brônquico

FONTE: Adaptado de Liberman et al, 2007

BIBLIOGRAFIA

- [1] Di Maio M, Perrone F, Deschamps C, Rocco G. A meta-analysis of the impact of bronchial stump coverage on the risk of bronchopleural fistula after pneumonectomy. *Eur J Cardio-Thorac Surg* 2015;48:196–200. doi:10.1093/ejcts/ezu381.
- [2] Liberman M, Cassivi SD. Bronchial Stump Dehiscence: Update on Prevention and Management. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2007;19:366–73. doi:10.1053/j.semtcvs.2007.11.002.
- [3] Gaur P, Dunne R, Colson YL, Gill RR. EVOLVING TECHNOLOGY / BASIC SCIENCE Bronchopleural fistula and the role of contemporary imaging. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;1–8. doi: 10.1016/j.jtcvs.2013.11.009.
- [4] Matsuoka K, Imanishi N, Yamada T, Matsuoka T, Nagai S, Ueda M, et al. Clinical results of bronchial stump coverage using free pericardial fat pad. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2016;23:553–9. doi:10.1093/icvts/ivw193.
- [5] Llewellyn-Bennett R, Wotton R, West D. Prophylactic flap coverage and the incidence of bronchopleural fistulae after pneumonectomy. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2013;16:681–5. doi:10.1093/icvts/ivt002.

LEIA NO SEU



SMARTPHONE