

# Intraoperative endoprosthesis customization for repair of an aortoenteric fistula in an emergency context: a case report

## *Customização intraoperatória de endoprótese para correção de fistula aortoentérica em contexto de urgência: um relato de caso*

Hugo Back Carrijo<sup>1</sup> , Josué Rafael Ferreira Cunha<sup>1,2</sup>, Carlos André Schuler<sup>2</sup>, Marcos Aurélio Perciano Borges<sup>1</sup> 

### Abstract

Aortoenteric fistula is a severe clinical condition and its management remains a major technical challenge for surgeons. In these cases, the conventional surgical approach is associated with high rates of morbidity and mortality. Endovascular surgery is an excellent option in these cases, but considering that the aorta has been treated previously, anatomy may not be compatible with commercially available endovascular devices and so physician-modified endografts may be needed in urgent cases. The case reported involves a secondary aortoenteric fistula, treated on an emergency basis with endovascular techniques, using a physician-modified endograft.

**Keywords:** aortoenteric fistula; aortic aneurysm; endovascular procedures; modified endografts.

### Resumo

A fístula aortoentérica é uma grave condição clínica, e seu manejo permanece sendo um grande desafio técnico aos cirurgiões. A abordagem por cirurgia convencional nesses casos está relacionada a altos índices de morbimortalidade. A cirurgia endovascular apresenta-se como uma ótima alternativa nesses casos; contudo, por não se tratar de aorta nativa, a anatomia pode não ser compatível com os dispositivos endovasculares comercialmente disponíveis, fazendo-se necessário, em casos de urgência, a utilização de dispositivos modificados pelo cirurgião. O caso relatado reporta uma fístula aortoentérica secundária, tratada em situação de urgência por técnica endovascular com dispositivo modificado.

**Palavras-chave:** fístula aortoentérica; aneurisma de aorta; procedimentos endovasculares; endopróteses modificadas.

**How to cite:** Carrijo HB, Cunha JRF, Schuler CA, Borges MAP. Intraoperative endoprosthesis customization for repair of an aortoenteric fistula in an emergency context: a case report. J Vasc Bras. 2021;20:e20200179. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200179>

<sup>1</sup>Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF, Brasília, DF, Brasil.

Financial support: None.

Conflicts of interest: No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

Submitted: October 21, 2020. Accepted: December 07, 2020.

The study was carried out at Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), Brasília, DF, Brasil.



Copyright© 2021 The authors. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## ■ INTRODUCTION

Aortoenteric fistulae are rare complications, but they constitute a severe threat to life. Despite the time elapsed since they were first described by Ashley Cooper in 1818,<sup>1</sup> they remain a major therapeutic challenge today.

Aortoenteric fistulae are classified as primary or secondary, of which the primary type are extremely rare, caused by voluminous aneurysms that erode the adjacent enteric tract, while secondary fistulae are more common, originating in prosthetic aortic grafts, with prevalence in the range of 0.3 to 1.6% of cases.<sup>2</sup> Clinical presentation may include abdominal pains, gastrointestinal hemorrhage, and a pulsating abdominal mass. However, diagnosis tends to be a challenge, since this classical triad is only seen in 23% of patients.<sup>3,4</sup>

Diagnosis is normally made by angiotomography, a method that offers considerable advantages over other imaging exams, since it is an easily accessible, high-resolution examination with low invasivity and a short acquisition time. Conventional surgery to correct a secondary aortoenteric fistula is traditionally based on construction of an extra-anatomic bypass, ligation of the aorta, and removal of the previous graft. However, this approach is associated with high morbidity and mortality, with operative mortality of 25 to 90% and lower limb amputation rates of 5 to 25%.<sup>5,6</sup> In this context, the endovascular approach emerges as a valuable treatment option for repair of aortoenteric fistulae, considering the severity of the condition and the morbidity of conventional surgical procedures.

However, the complex anatomy encountered in many of these patients cannot be ignored, since the endoprostheses available at the time of intervention are unlikely to suit the patient's anatomy. Some authors have described successful modifications to endoprostheses, whether involving resection of segments or construction of fenestrations. This solution is habitually reserved for emergency cases, to enable endovascular repair.<sup>7-9</sup>

The Research Ethics Committee approved this study (decision number 4.748.984).

## ■ CASE REPORT

A 66-year-old male patient developed upper digestive hemorrhage, with two episodes of hematemesis, 2 days prior to hospital admission, and several episodes of melena thereafter. Fifteen years previously, he had undergone open surgery to perform right aortofemoral and left external iliac bypass with a Dacron graft. He also had a history of systemic arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease.

Abdominal angiotomography showed saccular dilation of the infrarenal abdominal aorta proximal of the bypass, communicating with the fourth portion of the duodenum and measuring 51x41 mm, suggestive of pseudoaneurysm of the anastomosis proximal of the graft, associated with an aortoenteric fistula (Figures 1 and 2).

Since this was a secondary aortoenteric fistula, linked to a prior abdominal intervention in a patient with very poor clinical status, the decision was taken to use an endovascular approach to repair the injury. However, while using angiotomography reconstruction to take measurements to plan endovascular repair, it was found that the patient's anatomic parameters were unsuitable, for two main reasons:

- 1) The proximal neck diameter was 36 mm, preventing use of bifurcated endografts. It should be remembered that the largest diameters available are of the order of 36 mm;
- 2) The distance between the lower renal artery and the bifurcation in the Dacron graft used for the right aortofemoral and left external iliac bypass was 89 mm, ruling out use of a thoracic



Figure 1. Sagittal angiotomography image showing aortoenteric fistula in the region of the proximal anastomosis of the prior aortic bypass.

aorta stent graft, since the shortest devices have a length of 100 mm.

Faced with these anatomic conditions, there was therefore no commercially available endovascular device that could be used immediately.

Given the urgency and severity of the case, combined with the impossibility of ordering a customized endovascular device, the decision was taken to perform intraoperative customization of a 40x167 mm Medtronic Valiant Captivia thoracic stent graft (Medtronic, Minnesota, United States).

First, the device was released on a surgical back table (Figure 3). Next, the first stage of the Medtronic Valiant Captivia stent graft was released, maintaining its open proximal ring fixed. Then measurements were taken of the device and the excess distal portion was resected with a scalpel blade (Figure 4).

The stent graft was then re-sheathed, with the aid of cardiac tape, slowly and progressively, until the entire length of the device was completely covered by the delivery and release system (Figure 5). For the procedure, the right femoral artery was dissected for insertion of a 7F introducer and a 5F introducer was inserted into the left femoral artery via an ultrasound-guided puncture. The stent graft was introduced via the right common femoral artery, over a Lunderquist guidewire (Cook Group Inc., Indiana, United States), and positioned infrarenally, covering the pseudoaneurysm of the proximal anastomosis of the previous aortic bypass. There were no complications during deployment of the stent graft and the final angiographic control demonstrated complete exclusion of the pseudoaneurysm and resolution of the aortoenteric fistula (Figure 6).

The patient recovered well during the postoperative period, was discharged from hospital after 72h,

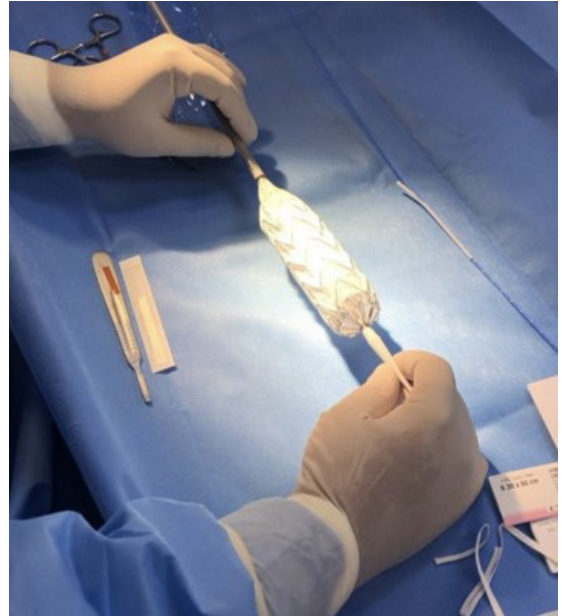


**Figure 2.** Axial angiotomography image of the abdomen showing aortoenteric fistula in the region of the proximal anastomosis of the prior aortic bypass.

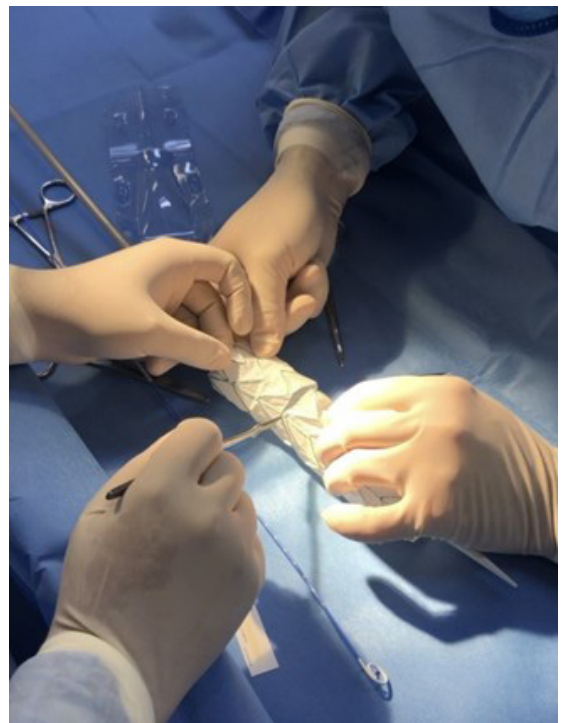
adapting well to oral feeding, with no intercurrent conditions, and with no further bleeding episodes.

## DISCUSSION

Aortoenteric fistulae are one of the most serious complications of aneurysms of the aorta and they

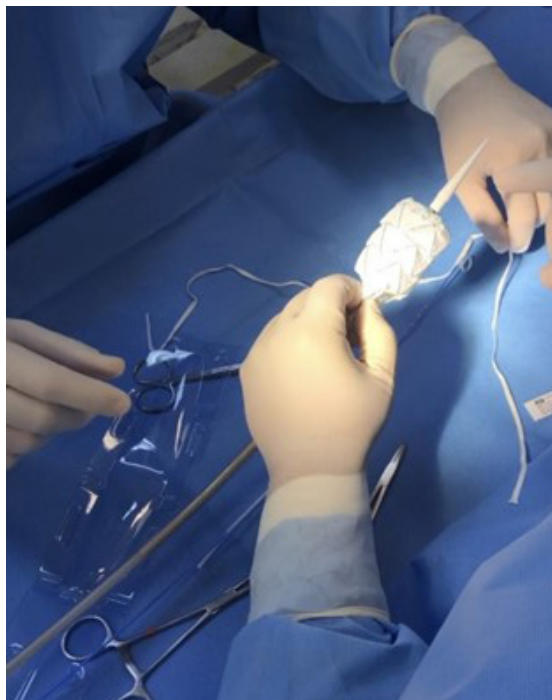


**Figure 3.** Releasing the Medtronic Valiant Captivia stent graft (Medtronic, Minnesota, United States).



**Figure 4.** Resection of the distal segment of the Medtronic Valiant Captivia stent graft (Medtronic, Minnesota, United States).

tend to have high postoperative mortality rates.<sup>10</sup> Open repair is associated with significant surgical morbidity, bearing in mind the technical difficulties



**Figure 5.** Re-sheathing the Medtronic Valiant Captivia stent graft (Medtronic, Minnesota, United States).



**Figure 6.** Final angiography showing complete exclusion of the pseudoaneurysm and resolution of the aortoenteric fistula.

involved in revisiting a previously operated abdomen, the risk of bleeding and of significant contamination, and the low patency of extra-anatomic revascularization.<sup>11</sup>

A review that analyzed 216 articles with a total of 823 patients with aortoenteric fistula demonstrated that the intra-hospital mortality associated with the endovascular approach is less than that associated with the open approach (7.1% versus 33.9%, respectively), with no statistical differences between the approaches in terms of rates of aortoenteric fistula recurrence. The difference in survival between the two types of approach reduced progressively over the years, secondary to a higher infection rate associated with the endovascular approach, although survival nevertheless remained higher in the endovascular group.<sup>12</sup>

Endovascular repair is a treatment option for aortoenteric fistulae, especially in patients with comorbidities and serious clinical status. Since it is conducted on an emergency basis, there are techniques that can be used to adapt devices available at the time for use in the endovascular repair procedure. There are several studies describing cases of intraoperative modification of aortic endoprostheses, whether by resection of a segment or by construction of fenestrations.<sup>13,14</sup>

Performing these modifications at the time of repair is particularly relevant in cases with complex anatomy, since custom-made devices take weeks to be produced.<sup>14</sup> Considering the “on label” anatomic criteria for devices designed for aortic aneurysm repair, some authors claim that less than half of patients with pararenal and thoracoabdominal aneurysms meet the criteria for repair with “off-the-shelf” endografts, so tailoring devices to patients has a role to play in selected cases.<sup>14,15</sup>

Sweet et al.<sup>16</sup> showed that, over the short term, physician-modified endografts used to treat thoracoabdominal aneurysms achieved results comparable to manufactured devices and could be used safely and effectively in patients with clinical conditions that were unfavorable for conventional surgical procedures.

The greatest concern in relation to customization of these devices is their durability, since there is an insufficient volume of studies to guarantee the durability and efficacy of modified devices over the long term. The same concerns were also present when endovascular aortic aneurysm repair was in its infancy. However, while there is no large-scale evidence, some publications support the long-term safety of modified devices.

Starnes et al.<sup>17</sup> reported 12-month follow-up results from 59 patients who underwent juxtarenal aortic aneurysms using physician-modified devices. During the period studied, there were just two type III endoleaks, one type IB endoleak, and no type IA endoleaks.

In a more recent publication, the same group reported the results of 7-year follow-up of a juxtarenal aneurysm repair. This report also relates to physician-modified endoprostheses. Over 5 years, serial tomographic controls did not show structural failures, migration, or endoleaks and, on the contrary, they actually showed aortic remodeling with reduction in aneurysm sac diameters. In the seventh year of follow-up, the patient died from causes unrelated to aortic disease. A post-mortem study demonstrated that just one strut of the stent graft had fractured, without causing migration of the device, supporting the long-term efficacy and safety of physician-modified devices.<sup>18</sup>

There is no doubt that tailor-made and “off the shelf” endografts should be preferred, but the skills needed to modify devices should be part of surgeons’ therapeutic arsenals, primarily to cope with emergencies and for cases in which existing devices do not meet the anatomic demands of the patient. Furthermore, one should not ignore the idiosyncrasies of medicine in Brazil, which is a setting in which not all patients have unrestricted access to endovascular devices and, in such situations, the ability to modify endovascular devices can make a significant difference to patient prognosis.

## REFERENCES

- Cooper A. The lectures on the principles and practice of surgery with additional notes and cases by Frederick Tyrrell. London: Thomas & George Underwood; 1824. (vol. 2).
- Peck JJ, Eidemiller LR. Aortoenteric fistulas. *Arch Surg.* 1992;127(10):1191-3. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1992.01420100049008>. PMID:1417484.
- Bergqvist D. Arterioenteric fistula: review of a vascular emergency. *Acta Chir Scand.* 1987;153(2):81-6. PMID:3303777.
- Bernhard VM. Aortoenteric fistula. Orlando, FL: Grune&Stratton; 1985. p. 513-25.
- Umpleby HC, Britton DC, Turnbull AR. Secondary aortoenteric fistulae: a surgical challenge. *Br J Surg.* 1987;74(4):256-9. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800740411>. PMID:3580796.
- Kinney EV, Kaebnick HW, Mitchell RA, Jung MT. Repair of mycotic paravisceral aneurysm with a fenestrated stent graft. *J Endovasc Ther.* 2000;7(3):192-7. <http://dx.doi.org/10.1177/152660280000700304>. PMID:10883955.
- Chenu C, Marcheix B, Barcelo C, Rousseau H. Aorto-enteric fistula after endovascular abdominal aortic aneurysm repair: case report and review. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009;37(4):401-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2008.11.037>. PMID:19211278.
- Fernandez Prendes C, Del Castro Madrazo JA, Padron Encalada CE, Dominguez MR, Cambor Santervas LA, Perez MA. Hybrid repair of an innominate artery mycotic aneurysm with an “on-the-table” customized endograft. *Ann Vasc Surg.* 2019;59:311.e5-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2018.12.097>. PMID:30802585.
- Cochennec F, Kobeiter H, Gohel M, et al. Early results of physician modified fenestrated stent grafts for the treatment of thoraco-abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;50(5):583-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.07.002>. PMID:26259766.
- Chung J. Management of aortoenteric fistula. *Adv Surg.* 2018;52(1):155-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yasu.2018.03.007>. PMID:30098611.
- Mathias J, Mathias E, Jausset F, et al. Aorto-enteric fistulas: a physiopathological approach and computed tomography diagnosis. *Diagn Interv Imaging.* 2012;93(11):840-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2012.07.003>. PMID:23092721.
- Kakkos SK, Bicknell CD, Tsolakis IA, Bergqvist D. Editor’s choice – management of secondary aorto-enteric and other abdominal arterio-enteric fistulas: a review and pooled data analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016;52(6):770-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2016.09.014>. PMID:27838156.
- Voorhoeve R, Moll FL, Bast TJ. The primary aortoenteric fistula in the Netherlands—the unpublished cases. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 1996;11(4):429-31. [http://dx.doi.org/10.1016/S1078-5884\(96\)80176-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1078-5884(96)80176-6). PMID:8846177.
- Antoniou GA, Koutsias S, Antoniou SA, Georgiakakis A, Lazarides MK, Giannoukas AD. Outcome after endovascular stent graft repair of aortoenteric fistula: a systematic review. *J Vasc Surg.* 2009;49(3):782-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2008.08.068>. PMID:19028054.
- Oderich GS. Novos horizontes na doença aórtica: os últimos legado de um inovador visionário. *J Endovasc Ther.* 2015;22(1):139-45. <http://dx.doi.org/10.1177/1526602814566180>. PMID:25775695.
- Sweet MP, Starnes BW, Tatum B. Endovascular treatment of thoracoabdominal aortic aneurysm using physician-modified endografts. *J Vasc Surg.* 2015;62(5):1160-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2015.05.036>. PMID:26194816.
- Starnes BW, Heneghan RE, Tatum B. Midterm results from a physician-sponsored investigational device exemption clinical trial evaluating physician-modified endovascular grafts for the treatment of juxtarenal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2017;65(2):294-302. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2016.07.123>. PMID:27687323.
- Hurd JR, Tatum B, Grillo J, et al. Long-term durability of a physician-modified endovascular graft. *J Vasc Surg.* 2020;71(2):628-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2019.04.471>. PMID:31401117.

---

**Correspondence**

Hugo Back Carrijo  
Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHB,  
Unidade de Cirurgia Vascular - SMHS Área especial quadra 1  
CEP 70658-700 - Brasília (DF), Brasil  
Tel.: +55 (61) 99643-8803  
E-mail: hbcarrijo@gmail.com

**Author information**

HBC - Resident of Cirurgia Vascular, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); General surgeon, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

JRFC - Vascular and endovascular surgeon, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); General surgeon, Hospital Universitário de Brasília (HUB); Primary physician, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), HBDF.

CAS - General surgeon, vascular and endovascular surgeon, Hospital Regional de São José-SC; Primary physician, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF).

MAPB - vascular surgeon, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); Primary physician, HBDF.

**Author contributions**

Conception and design: HBC, CAS

Analysis and interpretation: HBC, CAS, JRFC, MAPB

Data collection: HBC

Writing the article: HBC, CAS

Critical revision of the article: HBC, CAS, JRFC, MAPB

Final approval of the article\*: HBC, CAS, JRFC, MAPB

Statistical analysis: Não se aplica.

Overall responsibility: HBC, CAS

\*All authors have read and approved of the final version of the article submitted to J Vasc Bras.

# Customização intraoperatória de endoprótese para correção de fístula aortoentérica em contexto de urgência: um relato de caso

## *Intraoperative endoprosthesis customization for repair of an aortoenteric fistula in an emergency context: a case report*

Hugo Back Carrijo<sup>1</sup> , Josué Rafael Ferreira Cunha<sup>1,2</sup>, Carlos André Schuler<sup>2</sup>, Marcos Aurélio Perciano Borges<sup>1</sup> 

### Resumo

A fístula aortoentérica é uma grave condição clínica, e seu manejo permanece sendo um grande desafio técnico aos cirurgiões. A abordagem por cirurgia convencional nesses casos está relacionada a altos índices de morbimortalidade. A cirurgia endovascular apresenta-se como uma ótima alternativa nesses casos; contudo, por não se tratar de aorta nativa, a anatomia pode não ser compatível com os dispositivos endovasculares comercialmente disponíveis, fazendo-se necessário, em casos de urgência, a utilização de dispositivos modificados pelo cirurgião. O caso relatado reporta uma fístula aortoentérica secundária, tratada em situação de urgência por técnica endovascular com dispositivo modificado.

**Palavras-chave:** fístula aortoentérica; aneurisma de aorta; procedimentos endovasculares; endopróteses modificadas.

### Abstract

Aortoenteric fistula is a severe clinical condition and its management remains a major technical challenge for surgeons. In these cases, the conventional surgical approach is associated with high rates of morbidity and mortality. Endovascular surgery is an excellent option in these cases, but considering that the aorta has been treated previously, anatomy may not be compatible with commercially available endovascular devices and so physician-modified endografts may be needed in urgent cases. The case reported involves a secondary aortoenteric fistula, treated on an emergency basis with endovascular techniques, using a physician-modified endograft.

**Keywords:** aortoenteric fistula; aortic aneurysm; endovascular procedures; modified endografts.

**Como citar:** Carrijo HB, Cunha JRF, Schuler CA, Borges MAP. Customização intraoperatória de endoprótese para correção de fístula aortoentérica em contexto de urgência: um relato de caso. J Vasc Bras. 2021;20:e20200179. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200179>

<sup>1</sup>Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Cardiologia do Distrito Federal – ICDF, Brasília, DF, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Submetido em: Outubro 21, 2020. Aceito em: Dezembro 07, 2020.

O estudo foi realizado no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), Brasília, DF, Brasil.



## ■ INTRODUÇÃO

A fistula aortoentérica é uma complicação rara, mas que consiste em uma grave ameaça à vida. Em que pese ao seu longo primeiro relato, por Ashley Cooper, datar de 1818<sup>1</sup>, ainda hoje representa um grande desafio terapêutico.

São classificadas como primárias e secundárias, sendo as primárias bastante incomuns, advindas de aneurismas volumosos, que causam a erosão do trato entérico adjacente, e as secundárias mais comuns, usualmente oriundas de enxertos aórticos com prótese, com prevalência entre 0,3 a 1,6% dos casos<sup>2</sup>. O quadro clínico inclui dor abdominal, hemorragia gastrointestinal e presença de massa abdominal pulsátil. Contudo, o diagnóstico costuma ser desafiador, visto que essa tríade clássica está presente em apenas 23% dos pacientes<sup>3,4</sup>.

O diagnóstico normalmente é feito por angiotomografia, método que apresenta ampla vantagem quando comparado a outros exames de imagem, visto ser exame de alta resolução, fácil acesso, pouco invasivo e com baixo tempo de aquisição. A cirurgia convencional para a correção da fistula aortoentérica secundária é tradicionalmente baseada na confecção de bypass extra-anatômico, ligadura da aorta e remoção do enxerto previamente interposto. No entanto, essa abordagem está associada a alta morbimortalidade: 25 a 90% de mortalidade operatória e 5 a 25% de amputação de membros inferiores<sup>5,6</sup>. Nesse contexto, a abordagem endovascular surge como uma opção terapêutica de grande valia para a correção de fistula aortoentérica, visto a gravidade desses pacientes e a morbidade do procedimento via cirurgia convencional.

No entanto, há de se levar em conta a anatomia complexa que muitos desses pacientes apresentam, em que as endopróteses disponíveis no momento da abordagem não se adequam aos critérios anatômicos do paciente. Dessa forma, modificações nas endopróteses são realizadas e descritas, com sucesso, por alguns autores, seja com ressecção de um segmento ou confecção de fenestrações. Essa abordagem é habitualmente reservada aos casos de urgência, para viabilizar a correção endovascular<sup>7-9</sup>.

O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética de nossa instituição (parecer número 4.748.984).

## ■ RELATO DE CASO

Um paciente do sexo masculino, de 66 anos, iniciou quadro de hemorragia digestiva alta, com dois episódios de hematêmese há dois dias da admissão hospitalar, mantendo vários episódios de melena desde então. Submetido, há 15 anos, à correção aberta por derivação aorto-femoral direito e ilíaca externa

esquerda com prótese de Dacron, apresentava também como antecedentes hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Foi realizada angiotomografia de abdome que visualizou dilatação sacular na aorta abdominal infrarrenal em região proximal do bypass, fazendo interface com a quarta porção do duodeno, medindo 51x41 mm, sugestivo de pseudoaneurisma de anastomose proximal do enxerto, associado à fistula aortoentérica (Figuras 1 e 2).

Por se tratar de fistula aortoentérica secundária, associada à prévia abordagem abdominal em paciente em grave estado clínico, optou-se por abordagem endovascular da lesão. Contudo, ao se realizar a reconstrução da angiotomografia e tomadas as medidas para planejamento do reparo endovascular, constatou-se que os parâmetros anatômicos eram inadequados, por dois motivos principais:

- 1) Diâmetro do colo proximal de 36 mm, impossibilitando a utilização de endopróteses bifurcadas. Vale lembrar que os maiores diâmetros disponíveis são da ordem de 36 mm;
- 2) Distância entre a artéria renal mais baixa e bifurcação da prótese de Dácron, utilizada no



Figura 1. Angiotomografia de abdome em corte sagital demonstrando fistula aortoentérica em região da anastomose proximal de bypass aórtico prévio.



bypass aorto-femoral direito e ilíaca externa esquerda, de 89 mm, impossibilitando o uso de endoprótese de aorta torácica, visto que os dispositivos mais curtos apresentam 100 mm de extensão.

Sob essas condições anatômicas, portanto, não há dispositivo endovascular comercialmente disponível para empregar prontamente.

Dada a urgência e gravidade do caso, além da impossibilidade de customização de dispositivo endovascular, optou-se pela modificação intraoperatória da endoprótese torácica, Valiant Captivia Medtronic 40x167 mm (Medtronic, Minnesota, EUA).

Em primeiro lugar, foi realizada a liberação do dispositivo em mesa cirúrgica auxiliar “backtable” (Figura 3). Posteriormente, foi liberado o primeiro estágio da endoprótese Valiant Captivia Medtronic, mantendo fixo o seu anel aberto proximal. Após isso, foram realizadas as medidas do dispositivo e ressecção da extensão distal excedente com lâmina de bisturi (Figura 4).

Em seguida, foi realizado o rencapamento da endoprótese, com auxílio de fita cardíaca, de forma lenta e progressiva, até a total cobertura de toda a extensão do dispositivo pelo sistema de entrega e liberação (Figura 5). Para o procedimento, foi realizada dissecação da artéria femoral direita com passagem de introdutor 7F e passagem de introdutor 5F em femoral esquerda por punção ecoguiada. A endoprótese foi introduzida pela femoral comum direita sob fio-guia Lunderquist (Cook Group Inc., Indiana, EUA), posicionada em situação infrarenal, recobrendo o pseudoaneurisma de anastomose proximal do bypass aórtico prévio. Não houve intercorrência para a liberação da endoprótese e o controle final angiográfico

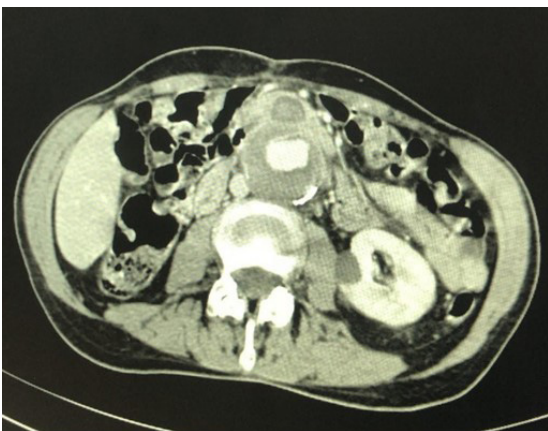


Figura 2. Angiotomografia de abdome em corte axial demonstrando fístula aortoentérica em região proximal da anastomose proximal de bypass aórtico prévio.

demonstrou exclusão completa do pseudoaneurisma e resolução da fístula aortoentérica (Figura 6).

O paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, recebendo alta hospitalar após 72h de internação, com boa aceitação da dieta oral, sem intercorrências e sem novos episódios de sangramentos.

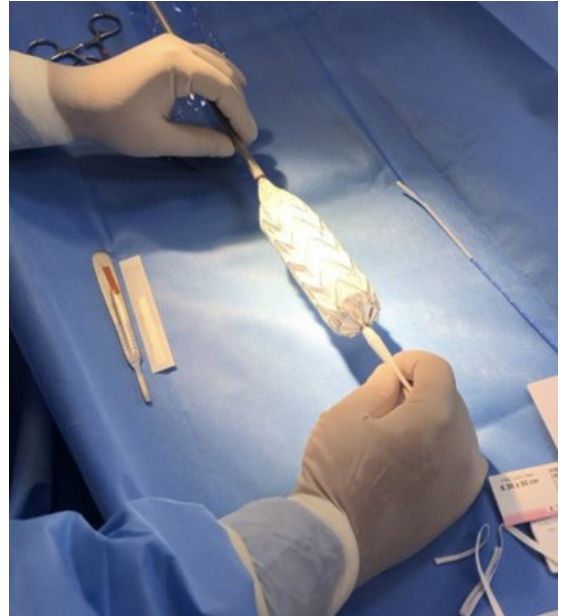


Figura 3. Liberação da endoprótese Valiant Captivia Medtronic (Medtronic, Minnesota, EUA).

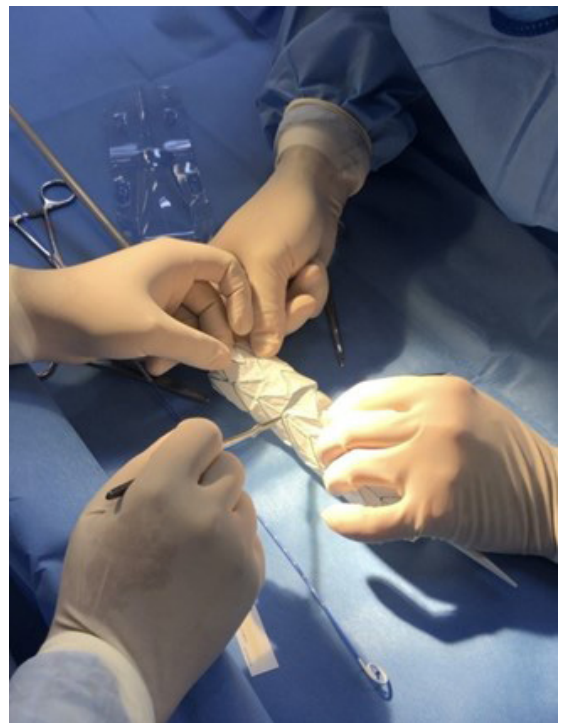


Figura 4. Ressecção de segmento distal da endoprótese Valiant Captivia Medtronic (Medtronic, Minnesota, EUA).

## ■ DISCUSSÃO

As fistulas aortoentéricas são uma das complicações mais graves do aneurisma de aorta e costumam apresentar altas taxas mortalidade pós-operatória<sup>10</sup>.

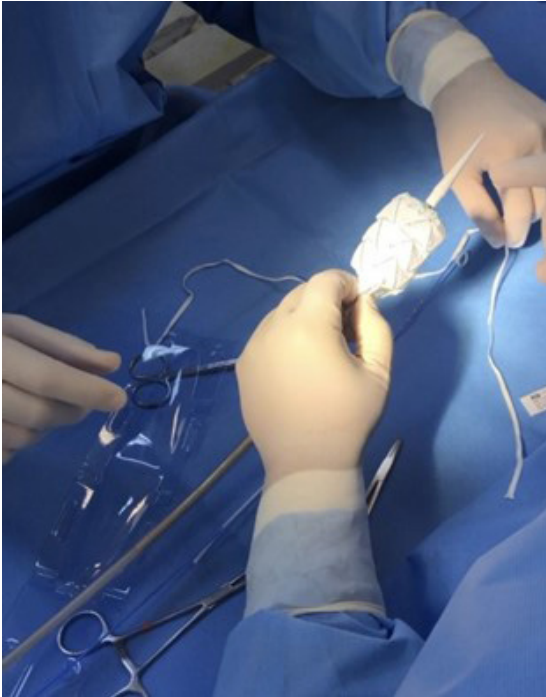


Figura 5. Rencapamento da endoprótese Valiant Captivia Medtronic (Medtronic, Minnesota, EUA).



Figura 6. Angiografia final demonstrando exclusão completa do pseudoaneurisma e resolução da fístula aortoentérica.

A correção aberta está associada a grande morbidade cirúrgica, tendo em vista a dificuldade técnica de abordagem em abdome previamente operado e o risco de sangramento e contaminação significativo, associado à baixa patência da revascularização extra-anatômica<sup>11</sup>.

Uma revisão que analisou 216 artigos com um total de 823 pacientes com fistula aortoentérica demonstrou que a mortalidade intra-hospitalar na abordagem endovascular é menor que na abordagem aberta (7,1% contra 33,9%, respectivamente), sem diferenças estatísticas nas taxas de recorrência de fistula aortoentérica entre as abordagens. O benefício de sobrevida entre os tipos de abordagem diminuiu progressivamente ao longo dos anos, secundário a maior taxa de infecção na abordagem endovascular, porém mantendo, ainda assim, maior sobrevida nesse grupo<sup>12</sup>.

A correção endovascular é uma opção para tratamento das fistulas aortoentéricas, especialmente em pacientes com comorbidades e quadro clínico grave. Como o contexto em que é realizado é de urgência, há artifícios que podem ser utilizados para adequação do material disponível no momento para a correção endovascular. Há diversos estudos relatando casos de modificação intraoperatória de endopróteses aórticas, seja com ressecção de um segmento ou mesmo confecção de janelas<sup>13,14</sup>.

A realização dessas modificações no momento da correção ganha relevância especialmente em casos de anatomia complexa, haja vista que dispositivos personalizados requerem semanas para serem produzidos<sup>14</sup>. Levando-se em conta os critérios anatômicos “on label” dos dispositivos para correção dos aneurismas de aorta, alguns autores discorrem que menos da metade dos pacientes com aneurismas pararenais e toracoabdominais preenchem os critérios para correção com as endopróteses “off the shelf”, fazendo com que a personalização dos dispositivos tenha seu papel em casos selecionados<sup>14,15</sup>.

Sweet et al.<sup>16</sup> demonstraram que as próteses modificadas pelo cirurgião para tratamento de aneurismas toracoabdominais apresentaram, em curto prazo, resultados comparáveis a dispositivos manufaturados, podendo ser utilizadas de forma segura e eficaz em pacientes com condições clínicas desfavoráveis para o procedimento cirúrgico convencional.

A maior preocupação em relação à customização desses dispositivos é quanto à durabilidade, visto a carência de volume de estudos que certifiquem a durabilidade e a eficácia desses dispositivos modificados a longo prazo. Essa preocupação também estava presente no início da terapia endovascular dos aneurismas de aorta. Contudo, apesar de não se contar

com evidência em larga escala, algumas publicações ratificam a segurança dos dispositivos modificados ao longo do tempo.

Starnes et al.<sup>17</sup> realizaram o seguimento por 12 meses de 59 pacientes submetidos à correção de aneurismas justarrenais de aorta, com dispositivos modificados por cirurgões. Nesse período, foram identificados apenas dois endoleaks tipo III, um endoleak tipo IB e nenhum endoleak tipo IA.

Em recente publicação, os mesmos autores relataram o seguimento de 7 anos de correção de aneurisma justarrenal. No mesmo sentido, o relato observa endopróteses modificadas por cirurgião. Durante 5 anos, os sucessivos controles tomográficos não demonstraram falhas estruturais, migração ou endoleaks, constatando-se, pelo contrário, um remodelamento aórtico com redução de diâmetro do saco aneurismático. No sétimo ano de seguimento, o paciente veio a falecer de causas não relacionadas a doença da aorta. O estudo post-mortem demonstrou a fratura de apenas uma haste de stent de endoprótese, sem causar migração do dispositivo, ratificando a efetividade e segurança a longo prazo de dispositivos modificados por cirurgões<sup>18</sup>.

Não há dúvidas de que as endopróteses customizadas, ou “off the shelf”, devam ser priorizadas, mas a expertise em modificar os dispositivos deve estar presente no arsenal terapêutico dos cirurgões, principalmente nas urgências e em casos em que os dispositivos não atendem as exigências anatômicas do paciente. Também não se pode esquecer das peculiaridades da medicina brasileira, com um cenário no qual nem todos os pacientes têm acesso irrestrito ao aparato endovascular, e, mais uma vez, nessas situações, a habilidade em modificar os dispositivos endovasculares pode representar uma significativa diferença no prognóstico dos pacientes.

## ■ REFERÊNCIAS

- Cooper A. The lectures on the principles and practice of surgery with additional notes and cases by Frederick Tyrrell. London: Thomas & George Underwood; 1824. (vol. 2).
- Peck JJ, Eidemiller LR. Aortoenteric fistulas. *Arch Surg*. 1992;127(10):1191-3. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1992.01420100049008>. PMID:1417484.
- Bergqvist D. Arterioenteric fistula: review of a vascular emergency. *Acta Chir Scand*. 1987;153(2):81-6. PMID:3303777.
- Bernhard VM. Aortoenteric fistula. Orlando, FL: Grune&Stratton; 1985. p. 513-25.
- Umpleby HC, Britton DC, Turnbull AR. Secondary aortoenteric fistulae: a surgical challenge. *Br J Surg*. 1987;74(4):256-9. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800740411>. PMID:3580796.
- Kinney EV, Kaebnick HW, Mitchell RA, Jung MT. Repair of mycotic paravisceral aneurysm with a fenestrated stent graft. *J Endovasc Ther*. 2000;7(3):192-7. <http://dx.doi.org/10.1177/152660280000700304>. PMID:10883955.
- Chenu C, Marcheix B, Barcelo C, Rousseau H. Aorto-enteric fistula after endovascular abdominal aortic aneurysm repair: case report and review. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009;37(4):401-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2008.11.037>. PMID:19211278.
- Fernandez Prendes C, Del Castro Madrazo JA, Padron Encalada CE, Dominguez MR, Camblor Santervas LA, Perez MA. Hybrid repair of an innominate artery mycotic aneurysm with an “on-the-table” customized endograft. *Ann Vasc Surg*. 2019;59:311.e5-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2018.12.097>. PMID:30802585.
- Cochennec F, Koberter H, Gohel M, et al. Early results of physician modified fenestrated stent grafts for the treatment of thoraco-abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2015;50(5):583-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.07.002>. PMID:26259766.
- Chung J. Management of aortoenteric fistula. *Adv Surg*. 2018;52(1):155-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yasu.2018.03.007>. PMID:30098611.
- Mathias J, Mathias E, Jausset F, et al. Aorto-enteric fistulas: a physiopathological approach and computed tomography diagnosis. *Diagn Interv Imaging*. 2012;93(11):840-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2012.07.003>. PMID:23092721.
- Kakkos SK, Bicknell CD, Tzolakis IA, Bergqvist D. Editor's choice – management of secondary aorto-enteric and other abdominal arterio-enteric fistulas: a review and pooled data analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2016;52(6):770-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2016.09.014>. PMID:27838156.
- Voorhoeve R, Moll FL, Bast TJ. The primary aortoenteric fistula in the Netherlands—the unpublished cases. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1996;11(4):429-31. [http://dx.doi.org/10.1016/S1078-5884\(96\)80176-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1078-5884(96)80176-6). PMID:8846177.
- Antoniou GA, Koutsias S, Antoniou SA, Georgiakakis A, Lazarides MK, Giannoukas AD. Outcome after endovascular stent graft repair of aortoenteric fistula: a systematic review. *J Vasc Surg*. 2009;49(3):782-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2008.08.068>. PMID:19028054.
- Oderich GS. Novos horizontes na doença aórtica: os últimos legado de um inovador visionário. *J Endovasc Ther*. 2015;22(1):139-45. <http://dx.doi.org/10.1177/1526602814566180>. PMID:25775695.
- Sweet MP, Starnes BW, Tatum B. Endovascular treatment of thoracoabdominal aortic aneurysm using physician-modified endografts. *J Vasc Surg*. 2015;62(5):1160-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2015.05.036>. PMID:26194816.
- Starnes BW, Heneghan RE, Tatum B. Midterm results from a physician-sponsored investigational device exemption clinical trial evaluating physician-modified endovascular grafts for the treatment of juxtarenal aortic aneurysms. *J Vasc Surg*. 2017;65(2):294-302. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2016.07.123>. PMID:27687323.
- Hurd JR, Tatum B, Grillo J, et al. Long-term durability of a physician-modified endovascular graft. *J Vasc Surg*. 2020;71(2):628-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2019.04.471>. PMID:31401117.

---

**Correspondência**

Hugo Back Carrijo  
Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHB, Unidade de  
Cirurgia Vascular - SMHS Área especial quadra 1  
CEP 70658-700- Brasília (DF), Brasil  
Tel.: (61) 99643-8803  
E-mail: hbcarrijo@gmail.com

**Informações sobre os autores**

HBC - Residente de Cirurgia Vascular, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); Cirurgião geral, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).  
JRFC - Cirurgião vascular e endovascular, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); Cirurgião geral, Hospital Universitário de Brasília (HUB); Médico assistente, HBDF, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF).  
CAS - Cirurgião geral, vascular e endovascular, Hospital Regional de São José-SC; Médico assistente, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF).  
MAPB - Cirurgião vascular formado, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); Médico assistente, HBDF.

**Contribuições dos autores**

Concepção e desenho do estudo: HBC, CAS  
Análise e interpretação dos dados: HBC, CAS, JRFC, MAPB  
Coleta de dados: HBC  
Redação do artigo: HBC, CAS  
Revisão crítica do texto: HBC, CAS, JRFC, MAPB  
Aprovação final do artigo\*: HBC, CAS, JRFC, MAPB  
Análise estatística: Não se aplica.  
Responsabilidade geral pelo estudo: HBC, CAS

\*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao J Vasc Bras.