

Fístulas aéreas x Bevacizumab

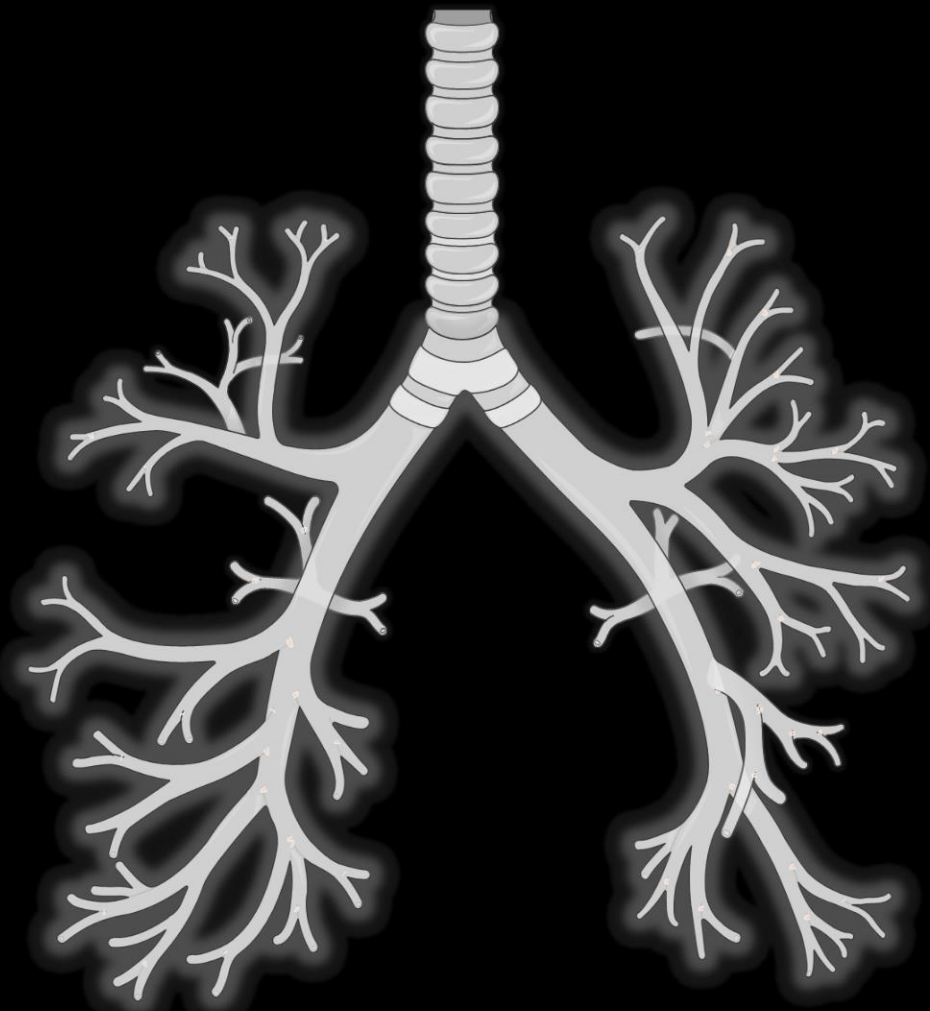
Bevacizumab (Avastin): antiangiogênico utilizado no tratamento de diferentes neoplasias

Anticorpo monoclonal contra o fator de crescimento endotelial vascular (VEFG) → evita desenvolvimento de novos vasos sanguíneos → células tumorais não se desenvolvem

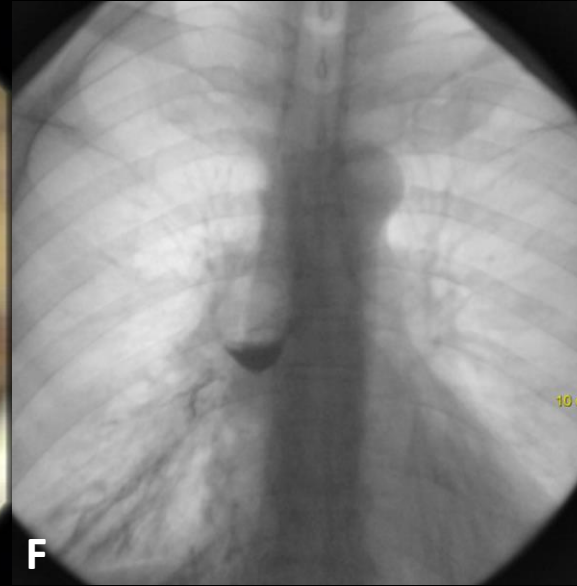
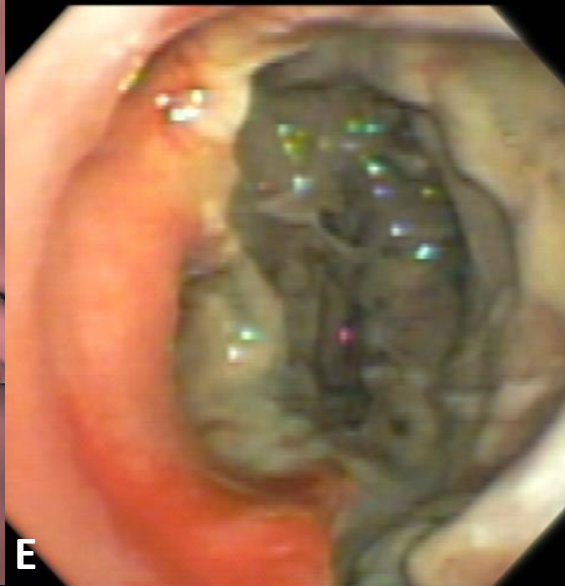
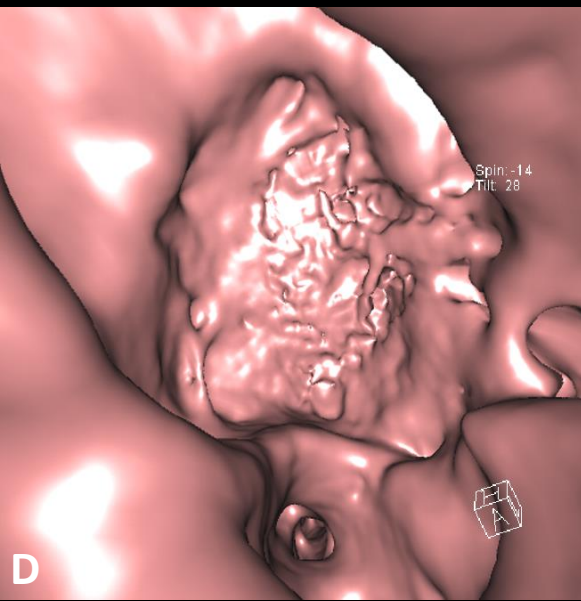
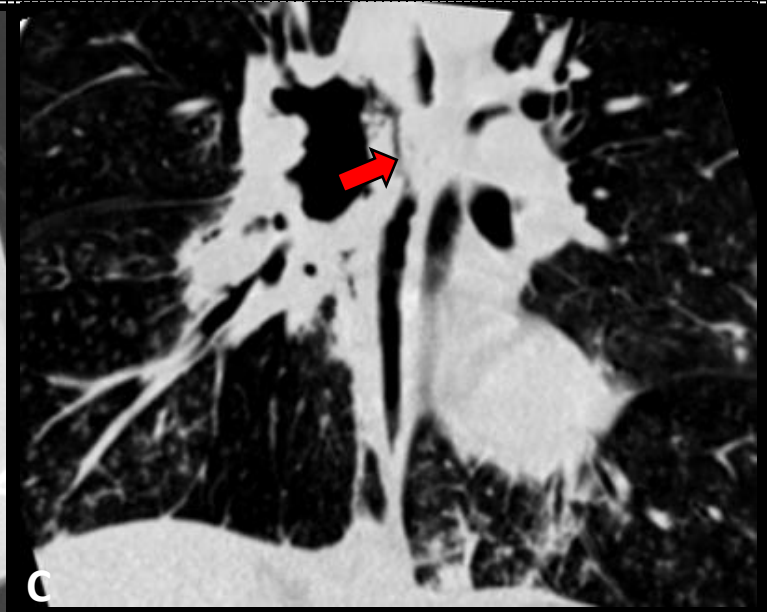
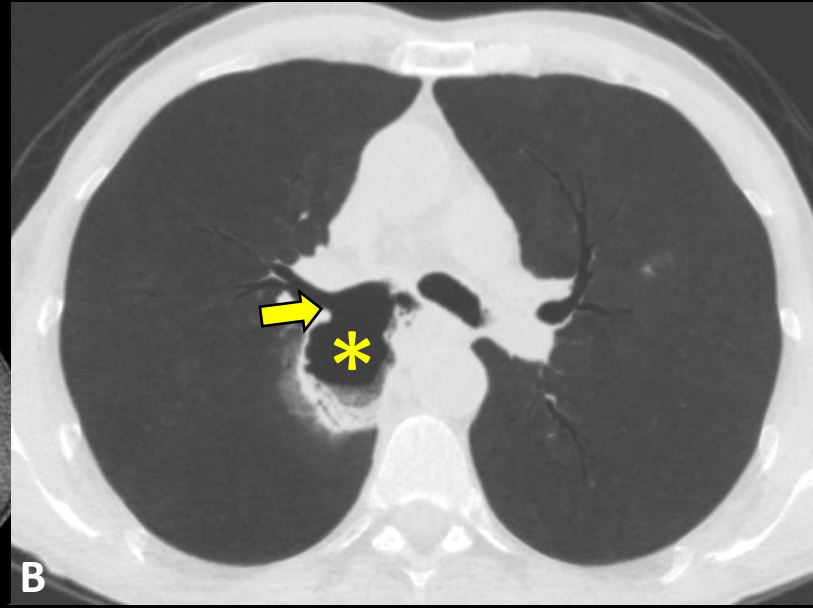
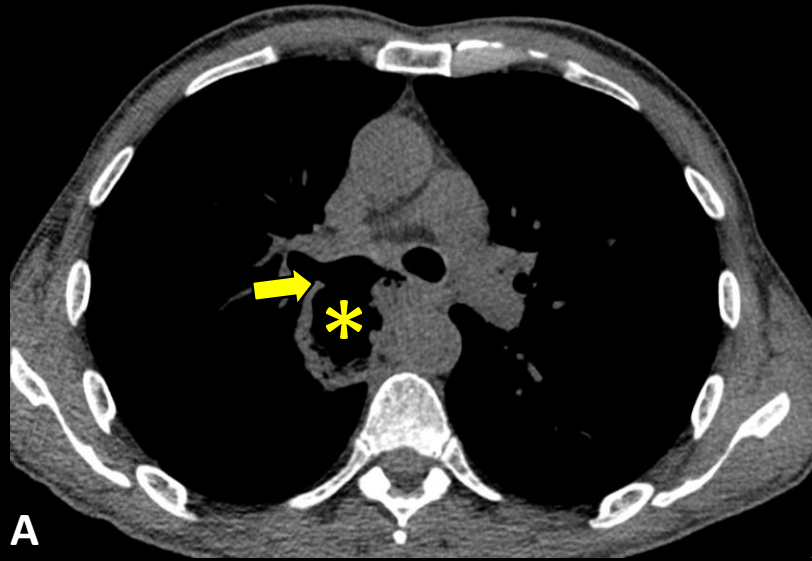
Efeito colateral: sem novos vasos → retardo na cicatrização → desenvolvimento de lesões, incluindo de via aérea = fístulas de via aérea



Complicação rara
Alguns relatos na literatura
Alta mortalidade
Associada a algum fator de risco que lesione via aérea
(especialmente radioterapia torácica)

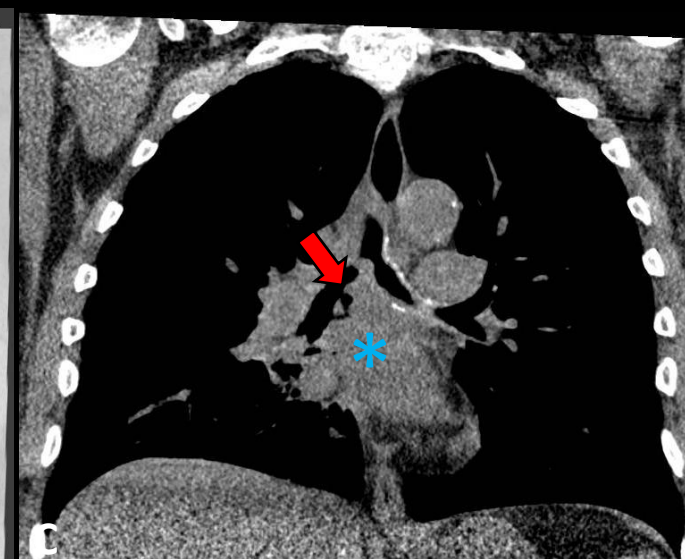
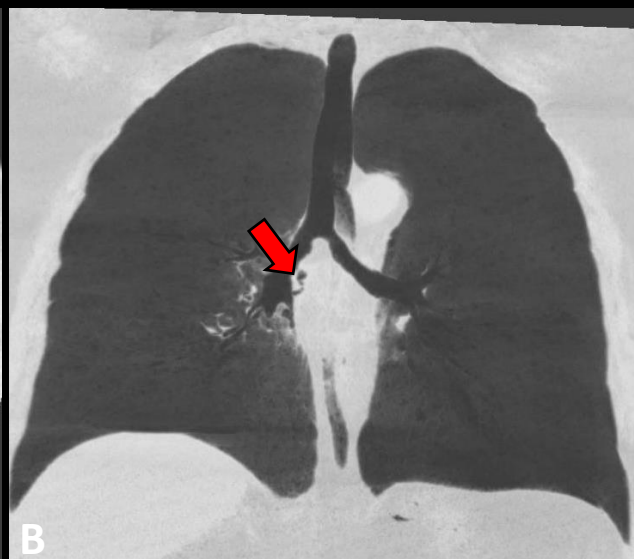
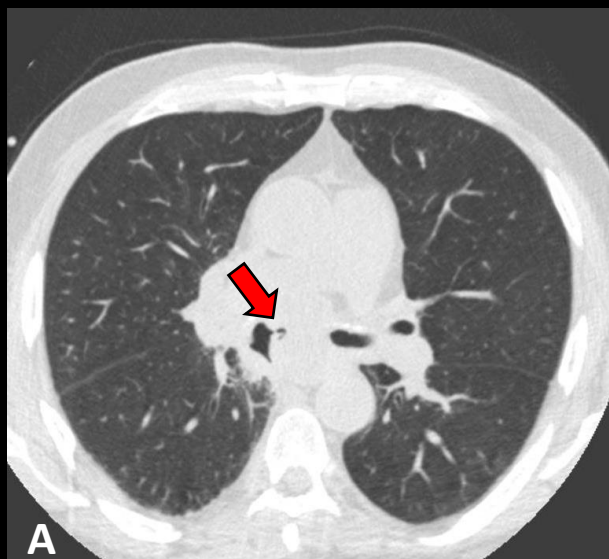


Masculino, 57 anos, em tratamento para adenocarcinoma de pulmão metastático com Carboplatina + Pemetrexed + Avastin. Antecedente de radioterapia em lesão hilar direita há 3 anos

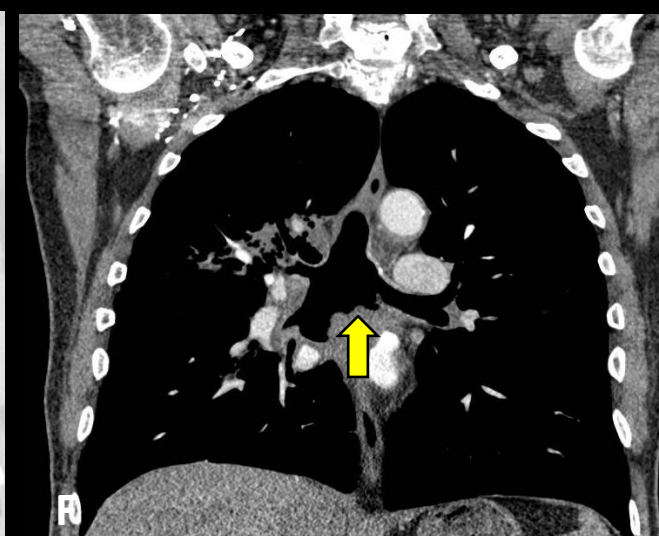
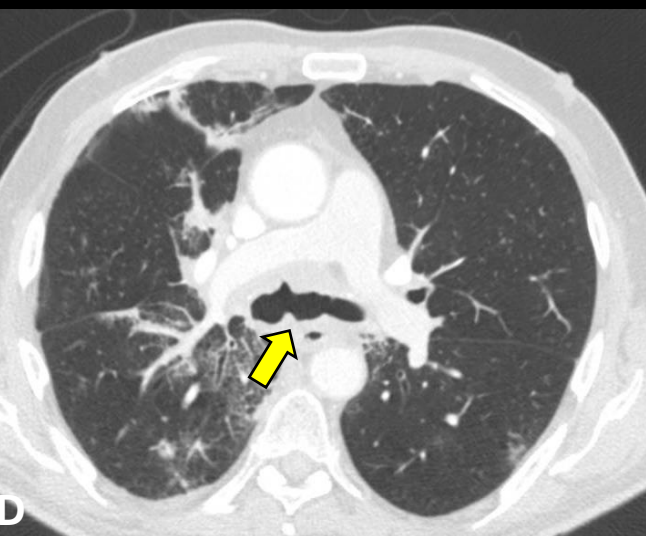


TC de tórax de controle (A,B,C): lesão escavada no hilo pulmonar direito (**asterisco amarelo**) apresentando trajeto fistuloso com o brônquio principal direito (**seta amarela**), que também apresenta fistula com o esôfago (**seta vermelha**). Fístula no brônquio principal direito confirmada em broncoscopia virtual (D) e cirúrgica (E) e fistula traqueo-esofágica confirmada em videodeglutograma (F), com extravazamento do contraste para a árvore brônquica direita.

Masculino, 75 anos, em tratamento para lesão neoplásica primária de pulmão. Paciente havia realizado radioterapia estereotáxica na lesão primária há 1 mês e estava em uso de Bevacizumabe + Carboplatina + Pemetrexed.

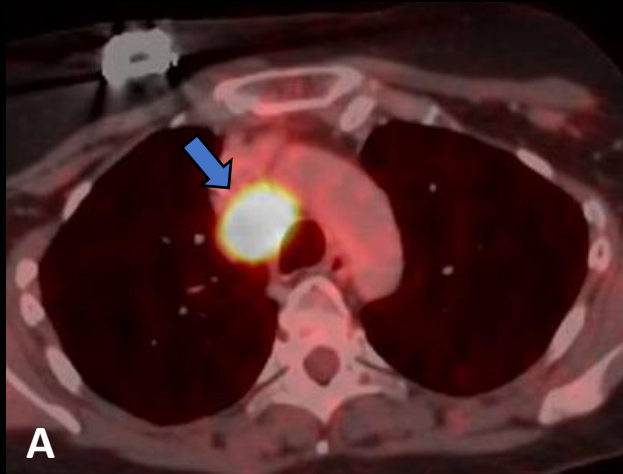


Tomografia de tórax (A,B,C) demonstrou conglomerado linfonodal subcarinal (**asterisco azul**) com escavações de permeio, que se comunicavam com o brônquio intermédio direito (**flecha vermelha**), configurando fístula gânglio-pleural.



No exame de controle (D, E e F) nota-se aumento do orifício fistuloso (**seta amarela**) e sinais de processo inflamatório/infeccioso broncopneumônico.

Feminina, 46 anos, em seguimento de neoplasia de ovário. PET CT de controle evidenciou doença mediastinal



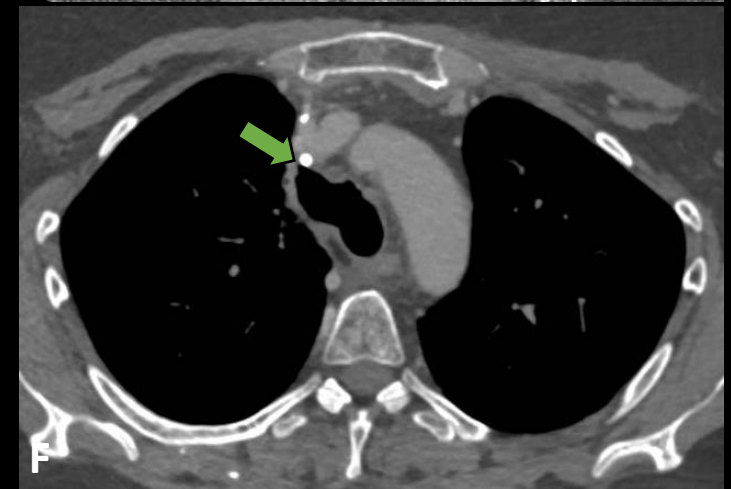
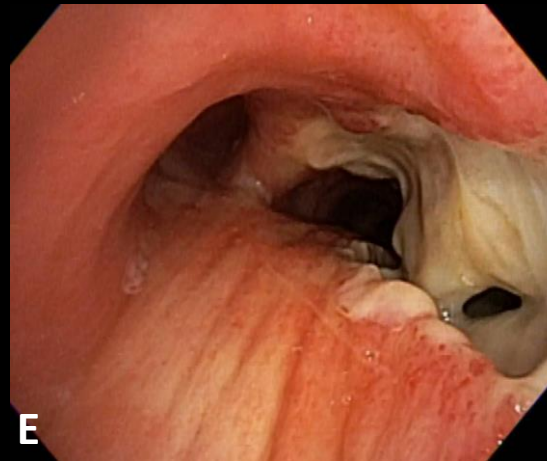
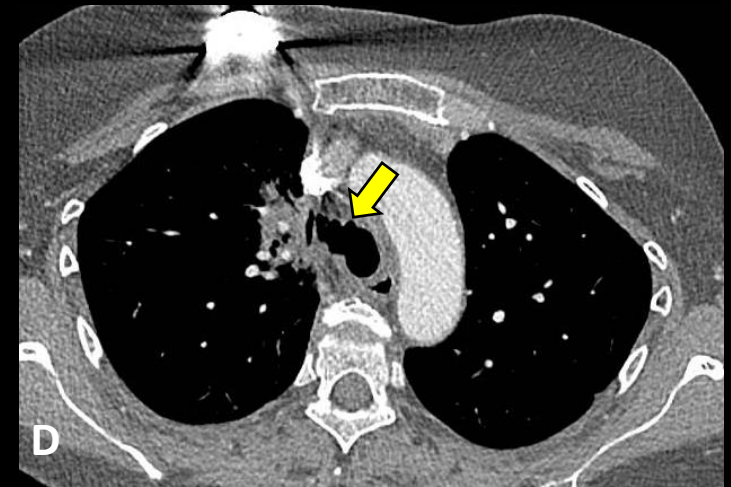
A
PET-CT: linfonodomegalia paratraqueal inferior direita (flecha azul).



B
PET-CT: redução dimensional e resolução metabólica do linfonodo (flecha vermelha).

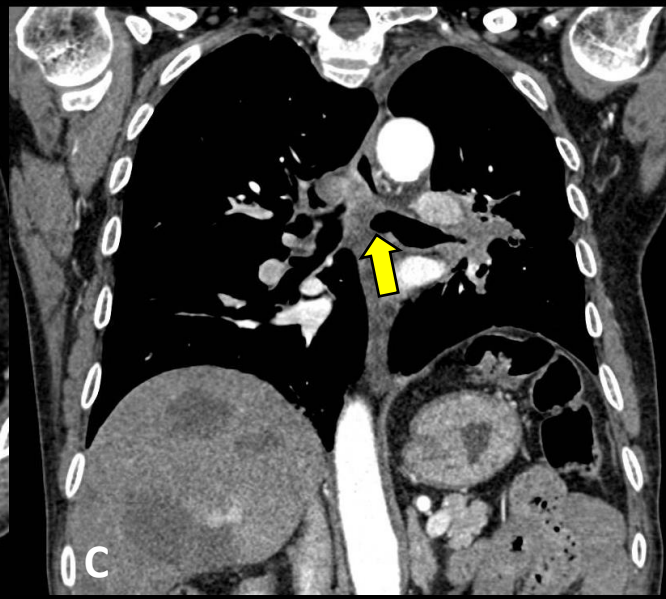
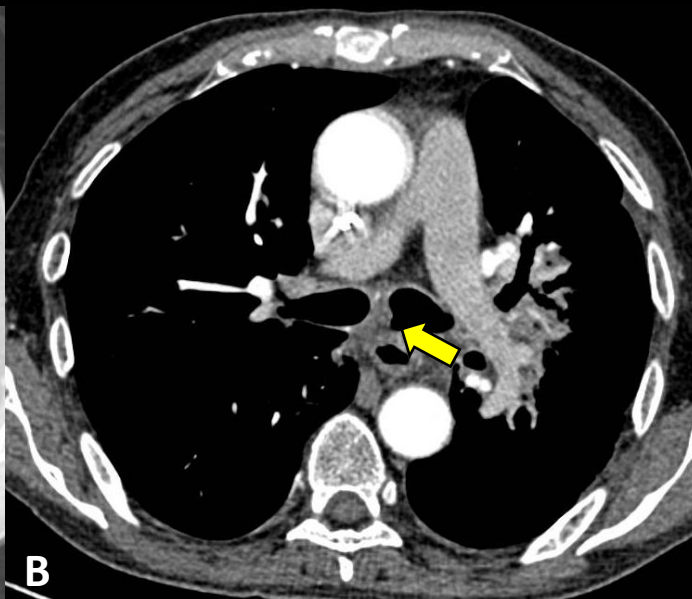
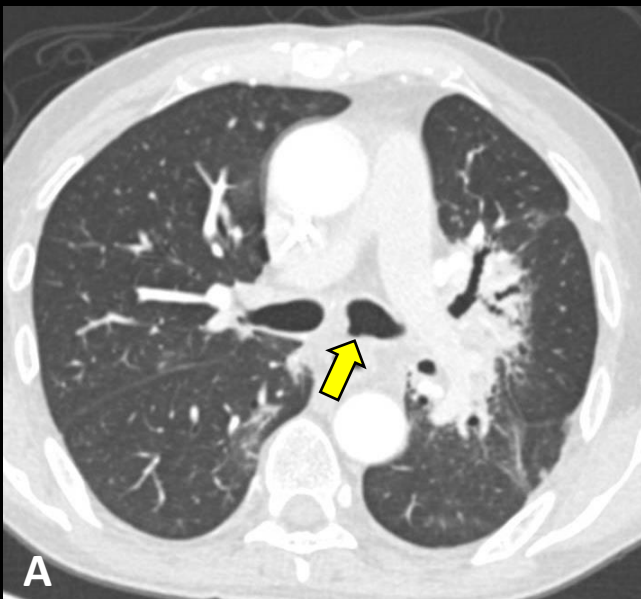


Paciente seguiu em terapia com Bevacizumab + Carboplatina + Paclitaxel. Um ano após a radioterapia, foi ao pronto socorro devido tosse e dispneia e foi realizada tomografia de tórax.

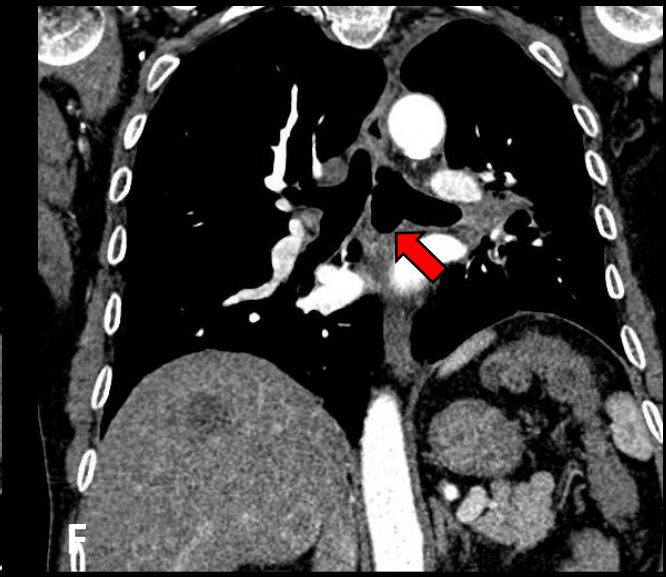
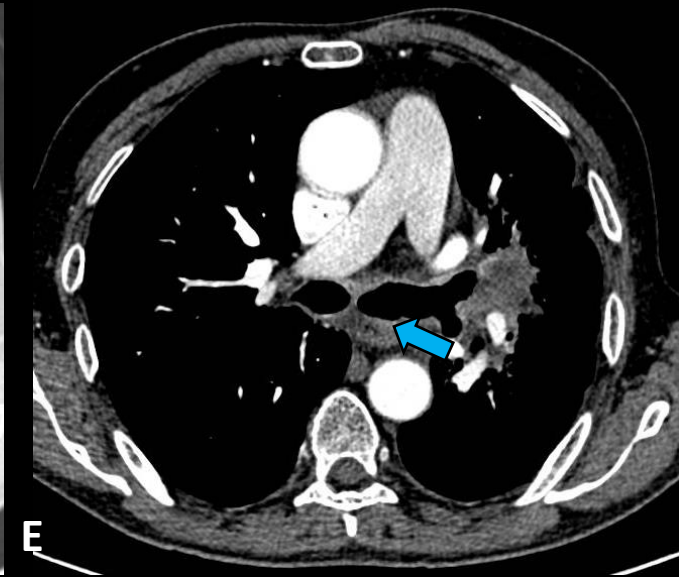
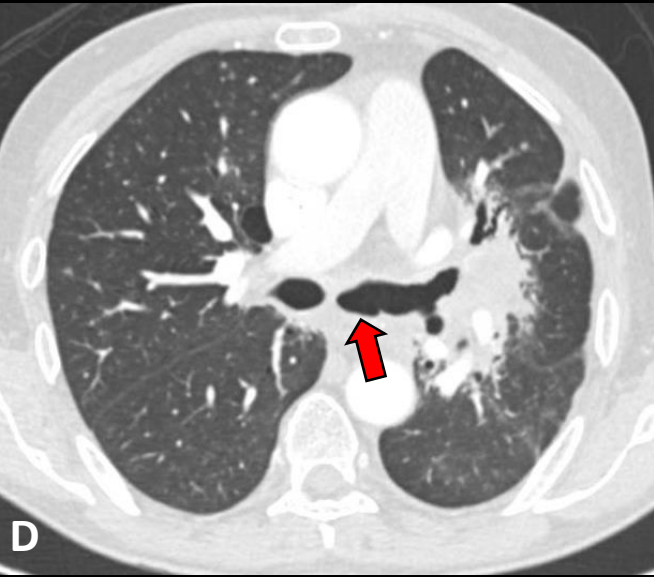


(C,D) Úlcera na parede lateral direita da traqueia (flechas amarelas), confirmada por broncoscopia (E). Em exame de controle alguns meses depois (F) é possível ver íntimo contato da parede da úlcera com a veia cava superior (flecha verde). Paciente faleceu devido **fístula traqueo-venosa** e sangramento para via aérea.

Masculino, 61 anos, em tratamento para neoplasia de pulmão metastática com Carboplatina + Paclitaxel + Bevacizumab + Atezolizumab. Realizou radioterapia em conglomerado linfonodal mediastinal.



TC de tórax 7 meses pós-radioterapia (A,B,C): descontinuidade da parede do brônquio principal esquerdo (**flechas amarelas**), em contato com alterações actínicas na região subcarinal e em proximidade com o esôfago, indicando alto risco de fístula bronco-esofágica.



TC de tórax (D,E,F): em seu último exame realizado em nosso serviço, observamos aumento da área de descontinuidade na parede do brônquio principal esquerdo (**flechas vermelhas**), agora mantendo amplo contato com a parede anterior do esôfago (**flecha azul**).