

Dissecção espontânea da aorta abdominal infra-renal: relato de caso e revisão da literatura

Spontaneous infrarenal abdominal aortic dissection: case report and literature review

Newton de Barros Jr.¹, Jorge Eduardo de Amorim¹, Maria del Carmen Janeiro Perez¹, Fausto Miranda Jr.²

Resumo

A dissecção espontânea da aorta abdominal é uma doença rara, que se manifesta clinicamente por dor (abdominal ou lombar) ou por isquemia de membros inferiores, podendo ser assintomática. Neste artigo, apresentamos o caso de uma paciente de 47 anos, hipertensa, com dor lombossacral, inguinal e abdominal há dois meses. No início dos sintomas, diagnosticou-se a dissecção espontânea da aorta abdominal infra-renal, por ultra-sonografia abdominal e tomografia computadorizada. Não ocorreu isquemia nos membros inferiores ou sinais de rotura. Na evolução, houve remissão espontânea da dissecção aórtica, o que nos induziu a uma conduta clínica expectante. Comparamos os achados clínicos deste caso com os da literatura.

Palavras-chave: aorta, dissecção, aneurisma dissecante.

Abstract

Spontaneous infrarenal abdominal aortic dissection is a rare disease that may present with abdominal or back pain, sometimes causing lower extremity ischemia, nevertheless, it can also be asymptomatic. We describe a case of a hypertensive, 47 year-old female with acute onset of back, groin and abdominal pain, lasting two months. At the beginning of symptoms, spontaneous infrarenal abdominal aortic dissection was detected by ultrasound and computerized tomography. There were no associated leg ischemia or rupture signs. We compare the clinical features with the literature.

Key words: aorta, dissection, aneurysm.

A dissecção espontânea da aorta abdominal infra-renal (DEAAI) é rara quando comparada às dissecções da aorta torácica¹. Em recente revisão das publicações em língua inglesa, encontramos 52 casos de dissecção espontânea da aorta infra-renal entre 1953 e 2003². As causas da dissecção podem ser iatrogênicas, traumáticas ou espontâneas. A maior parte dos pacientes apresenta dor abdominal ou isquemia dos membros inferiores. Uma pequena parte dos pacientes não apresenta sintomas.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 47 anos, escriturária, hipertensa leve e grande fumante, apresentou, 2 meses antes de procurar nosso serviço, dor súbita em região lombossacral, irradiada para ambas as regiões inguinais, de forte intensidade, que a levou a procurar assistência médica em outro serviço. Cerca de 6 horas após o início dos sintomas, a dor se espalhou para o hemiabdomen direito, acompanhada de náuseas e intenso mal-estar. Sendo a paciente submetida a endoscopia digestiva alta, notaram-se úlceras pépticas (duas) no duodeno e, na ultra-sonografia abdominal, foram constatadas colecistopatia crônica calculosa e imagem de duplo lúmen na aorta abdominal (Figura 1). Nessa ocasião, sua pressão arterial era de 180 x 120 mmHg. Por indicação médica, foi realizada tomografia computadorizada de tórax, abdome e pélvis, a qual comprovou a dissecção de aorta abdominal infra-renal, com a falsa luz atingindo a artéria ilíaca comum direita, sem sinais de hematomas

1. Doutor(a). Professor(a) adjunto(a) da Disciplina de Cirurgia Vascular, Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), São Paulo, SP.

2. Professor adjunto livre-docente e chefe da Disciplina de Cirurgia Vascular, Departamento de Cirurgia, UNIFESP-EPM.

Artigo submetido em 13.09.04, aceito em 01.11.04.

ou trombos murais (Figura 2). A paciente obteve alta hospitalar 2 dias depois, mantendo quadro intermitente de dor abdominal, intenso meteorismo e obstipação intestinal, o que a fez buscar outros serviços médicos.

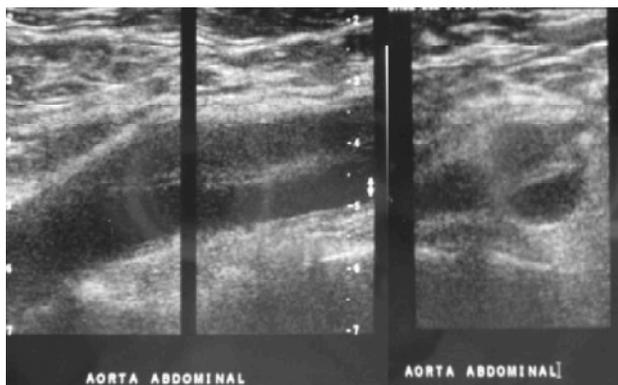


Figura 1 - Imagem ultra-sonográfica da dupla luz aórtica, em corte longitudinal (à esquerda) e transversal (à direita).



Figura 2 - Tomografia computadorizada de abdômen, revelando a imagem da dissecção da aorta abdominal infra-renal.

Cerca de 40 dias após o início dos sintomas, a paciente mantinha quadro clínico de dor abdominal difusa, intermitente, acompanhada de meteorismo e obstipação intestinal. O exame abdominal não revelava massas pulsáteis ou sopros abdominais. Os pulsos arteriais estavam presentes e normais da aorta às artérias distais. O índice tornozelo-braquial era normal em ambos os membros inferiores. Nessa ocasião, optou-se

por novo estudo tomográfico, que revelou ausência da dissecção da aorta e de formações aneurismáticas com trombose da falsa luz (Figura 3), restando a imagem de pequena placa ulcerada na artéria ilíaca comum direita (Figura 4).

Atualmente, a paciente se apresenta sem dor abdominal ou lombar, embora mantenha quadro de meteorismo e obstipação intestinal leve. Sua hipertensão está controlada por betabloqueadores (atenolol) em baixas doses. A doença péptica está sendo tratada com medicação específica (pantoprazol).



Figura 3 - Controle tomográfico realizado 42 dias após a tomografia prévia, no mesmo nível de corte, mas sem a imagem de falsa luz.



Figura 4 - Montagem tomográfica da imagem da aorta abdominal de calibre normal, sem falsa luz e com pequena indentação da origem da artéria ilíaca comum esquerda.

Discussão

Na maioria das vezes, as dissecções da aorta abdominal ocorrem como conseqüência da extensão de dissecções ocorridas na aorta torácica^{3,4}. A dissecção espontânea isolada da aorta abdominal infra-renal é uma doença rara e pouco diagnosticada, tendo sido identificados, até o momento, 52 casos publicados em recente revisão de periódicos da língua inglesa².

Na aorta torácica, a dissecção é causada por trauma, gravidez, doenças do colágeno (Marfan e Ehler-Danlos) e deficiência da alfa-1-antitripsina⁵. Não há estudos, porém, que relacionem essas doenças com a dissecção espontânea da aorta abdominal^{1,2}.

Na aorta abdominal, a etiologia da dissecção ainda é desconhecida, podendo ser classificada de traumática (contusão abdominal fechada), iatrogênica e espontânea^{1,2}. A aterosclerose da aorta abdominal tem sido freqüentemente observada nas cirurgias da DEAAI, mas seu real papel como causa da dissecção ainda é controverso. Há relatos de arterite de Takayasu e até infecção por vírus da hepatite C em tecidos excisados. A associação, no entanto, entre essas doenças e a dissecção ainda não pôde ser comprovada⁶.

Quanto à hipertensão arterial sistêmica, parece haver maior associação da hipertensão arterial com a dissecção da aorta torácica (60-70% dos casos) do que com a dissecção da aorta abdominal (50% dos casos)^{1,2}.

As DEAAIs são classificadas clinicamente em três grupos: assintomático, cujo diagnóstico foi realizado por exames de imagem, respondendo por cerca de 25% dos casos; grupo com dor (quase 60 % dos casos), que se apresenta com quadro doloroso abdominal ou lombar; e grupo com isquemia dos membros inferiores por oclusão arterial aguda ou por claudicação intermitente, atingindo cerca de 15% dos casos.

Na última revisão da maior série já publicada², a doença ocorreu em 66% dos casos nos homens do que nas mulheres, e a idade média foi de 60 anos. Metade deles apresentava hipertensão arterial e metade também apresentou extensão da dissecção para as artérias de membros inferiores. A rotura é um fenômeno freqüente e ocorreu em 17% (nove pacientes), sendo o choque hemorrágico o sinal mais freqüente (66,6%). A taxa de mortalidade foi de quatro óbitos relacionados à rotura da dissecção (7,7%) e dois óbitos não-relacionados. O tratamento de escolha foi cirúrgico em 38 pacientes; optou-se por tratamento endovascular em três casos e somente observação clínica em nove.

A claudicação intermitente em membros inferiores ocorre mais freqüentemente nas dissecções da aorta torácica, especialmente nas de tipo III de DeBakey³, ou Tipo B de Stanford⁷. Nas DEAAIs, esse achado é raro, sendo relatados apenas cinco casos com esse sintoma.

O orifício de entrada nas DEAAIs ocorre, mais freqüentemente, entre a artéria renal e a artéria mesentérica inferior⁸ e, em cerca de metade dos casos, a extensão distal da dissecção restringe-se ao segmento aórtico. Os 50% restantes dos pacientes têm envolvimento ilíaco-femoral, desenvolvendo isquemia aguda distal por impedimento mecânico à perfusão das extremidades inferiores.

Em número significativo de pacientes (40%), a DEAAI evolui com formação de aneurismas. Da mesma forma que ocorre nas dissecções da aorta torácica, a dissecção crônica pode evoluir com degeneração aneurismática³, por fraqueza da parede aórtica, e estar associada a maior risco de rotura. Geralmente, a rotura ocorre na junção da dissecção e da parede da aorta normal e, nessa eventualidade, o risco de óbito eleva-se, chegando a 90%².

Em nosso caso, provavelmente pelo pouco tempo de evolução, não houve formação de aneurismas e não ocorreu rotura ou formação de hematomas. Um seguimento a longo prazo faz-se necessário para identificar qualquer anormalidade.

O tratamento de escolha é o cirúrgico convencional². A maioria dos pacientes foi tratada por substituição da aorta e/ou do segmento ilíaco por prótese de Dacron tubular ou bifurcada, embora haja relatos de pacientes tratados por cirurgia endovascular, usando-se *stents*, com sucesso^{2,9}.

O tratamento das dissecções agudas da aorta torácica com *stents* revestidos tem apresentado bons resultados técnicos e clínicos, especialmente nas dissecções do tipo B^{7,8}. Nas DEAAIs, o tratamento endovascular tem sido utilizado em relatos isolados^{1,8,10,11} e, em alguns casos, guiado por ultra-sonografia intravascular¹¹. Essa modalidade de tratamento (endovascular) permanece um desafio nos casos agudos, em função do calibre da aorta abdominal, da extensão da dissecção para as ilíacas e da compressão da luz verdadeira pela falsa luz.

As indicações clássicas para o tratamento cirúrgico são rotura aórtica, isquemia dos membros inferiores, dor intratável, evolução para aneurisma e degeneração da falsa luz². Os pacientes com rotura da dissecção devem ser tratados em caráter de emergência.

Os pacientes com dor abdominal precisam ser bem avaliados para descartar outras doenças. Se não houver outra causa dos sintomas e a dor se tornar intratável, deve ser realizado o reparo aórtico. Em nosso caso, a sintomatologia inicial pode ser atribuída à dissecção. Entretanto, a evolução da dor abdominal, o meteorismo e a obstipação intestinal estiveram associados provavelmente às patologias gástrica e biliar, pois não havia envolvimento das artérias viscerais no fenômeno da dissecção e não ocorreu nenhum quadro abdominal sugestivo de isquemia mesentérica ou hematoma retroperitoneal que pudesse gerar os sintomas.

Os pacientes com isquemia de extremidades devem ser tratados por cirurgia aberta ou endovascular, e essa decisão deve se basear no risco operatório, no tamanho e na morfologia arterial. Os pacientes que evoluem para a formação aneurismática devem ser operados em função do risco de rotura.

Finalmente, os pacientes assintomáticos devem ser tratados com medicação anti-hipertensiva, devendo ser efetuadas avaliações periódicas por tomografia ou ressonância nuclear magnética.

Nossa paciente apresentou dor abdominal, que foi controlada; houve remissão espontânea da dissecção, restando somente uma falha de enchimento na origem da artéria ilíaca comum direita, provavelmente relacionada com o orifício de reentrada. Essa paciente será submetida a estudos repetidos de imagem para verificar a progressão ou degeneração mural da aorta abdominal. Ao contrário do aneurisma aterosclerótico da aorta abdominal, ainda não se determinou o diâmetro máximo do aneurisma para indicar o tratamento operatório^{1,2,9}.

Em conclusão, a DEAAI é uma doença rara que pode se apresentar de múltiplas formas. Nesse caso, a paciente evoluiu com regressão espontânea da dissecção e melhora da sintomatologia dolorosa, sendo necessárias avaliações futuras para determinar a evolução natural da doença.

Referências

1. Mozes G, Gloviczki P, Park WM, Schultz HL, Andrews JC. Spontaneous dissection of the infrarenal abdominal aorta. *Semin Vasc Surg* 2002;15:128-36.
2. Farber A, Lauterbach SR, Wagner WH, et al. Spontaneous infrarenal abdominal aortic dissection presenting as claudication: case report and review of the literature. *Ann Vasc Surg* 2004;18:4-10.
3. DeBaakey ME, McCollum CH, Crawford ES, et al. Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: twenty-year follow-up of five hundred twenty seven patients treated surgically. *Surgery* 1982;92:1118-34.
4. Bonamigo TP, Cunha L, Silva NB. Aneurisma volumoso da aorta abdominal, sintomático, em paciente com seqüela de dissecção aórtica toracoabdominal. *J Vasc Br* 2003;2:235-6.
5. Savolainen H, Heller G, Fleischmann A, Widmer MK, Carrel TP, Schmidli J. Spontaneous dissection of common iliac artery. A case report. *Vasc Endovascular Surg* 2004;38:263-5.
6. Knape S, van den Brande P, Debing E, von Kemp K, van Tussenbroek F. Spontaneous dissection of the abdominal aorta. *Ann Vasc Surg* 2001;15:709-12.
7. Palma JH, de Souza JA, Rodrigues Alves CM, Carvalho AC, Buffolo E. Self-expandable aortic stent-grafts for treatment of descending aortic dissections. *Ann Thorac Surg* 2002;73:1138-41.
8. Farber A, Wagner WH, Cossman DV, et al. Isolated dissection of the abdominal aorta: clinical presentation and therapeutic options. *J Vasc Surg* 2002;36:205-10.
9. Dake MD, Kato N, Mitchell RS, et al. Endovascular stent-graft placement for the treatment of acute aortic dissection. *N Engl J Med* 1999;340:1546-52.
10. Berthet JP, Marty-Ane CH, Veerapen R, Picard E, Mary H, Alric P. Dissection of the abdominal aorta in blunt trauma: endovascular or conventional surgical management? *J Vasc Surg* 2003;38:997-1003.
11. Giudice R, Frezzotti A, Scoccianti M. Intravascular ultrasound-guided stenting for chronic abdominal aortic dissection. *J Endovasc Ther* 2002;9:926-31.

Correspondência:

Newton de Barros Jr.

Rua Coronel Lisboa, 690, Vila Clementino

CEP 04020-041 – São Paulo, SP

Tel.: (11) 5572.4429 – Fax: (11) 5579.9814

E-mail: nbarrosj@uol.com.br