

Tratamento Percutâneo de Úlcera Penetrante de Aorta com Implante de Endoprótese Aórtica

Relato
de Caso

Percutaneous Treatment with Aortic Endoprosthesis Implant for Penetrating Ulcer of the Thoracic Aorta

2

Jefferson Chaves¹, Alexandre Loja Anello², João Otávio Araújo², Mohamed Waffae³,
Joyce Morgana de Paiva³, Raquel Talles⁴, Rogério Melo⁴

Resumo

A úlcera penetrante de aorta é uma doença aterosclerótica, podendo resultar na formação de hematoma intramural, aneurisma fusiforme, dissecação aórtica, rotura e embolizações distais. Acomete preferencialmente pacientes na sétima e oitava décadas de vida. Sua localização mais comum é na aorta descendente. O tratamento convencional é realizado através de cirurgia aberta da aorta torácica e, atualmente, com o advento das endopróteses aórticas, pode ser realizado percutaneamente. O artigo relata o caso clínico de um paciente na oitava década de vida, com várias comorbidades e quadro clínico inicial de hemoptise maciça. Na investigação diagnóstica, a broncofibroscopia evidenciou lesão sugestiva de fístula brônquica e a angiotomografia de aorta demonstrou uma úlcera penetrante de aorta, comprovando a existência de fístula aortobrônquica. O paciente foi tratado percutaneamente através do implante de uma endoprótese aórtica, com remissão do sangramento e evolução satisfatória sem demais intercorrências.

Palavras-chave: Fístula aortobrônquica, Úlcera penetrante de aorta, Endoprótese aórtica

Abstract

Penetrating ulcer of the thoracic aorta is an atherosclerotic disease that may result in intramural hematoma, fusiform aneurism, aortic dissection, aortic rupture and distal embolizations. More frequent among patients who are seventy to eighty years old, it is usually located in the descending aorta. Although conventional treatment involves open surgery on the thoracic aorta, this can now be handled percutaneously, with the advent of aortic endoprostheses. This paper offers a clinical case study of a patient in his eighties with multiple comorbidities and an initial clinical presentation of massive hemoptysis. During the diagnostic investigation, bronchofibroscopy discovered a lesion that suggested a bronchial fistula. The aortic angiotomography showed a penetrating aortic ulcer, proving the existence of an aortic bronchial fistula. The patient was treated percutaneously through an aortic endoprosthesis implant, progressing satisfactorily with remission of bleeding and no complications.

Keywords: Aortic bronchial fistula, Penetrating ulcer of the thoracic aorta, Aortic endoprosthesis

Introdução

A úlcera penetrante de aorta é uma lesão aterosclerótica que acomete a camada íntima da aorta. Ela pode ulcerar, penetrar na camada elástica, levar à separação destas e resultar na formação de hematoma intramural, aneurisma fusiforme, dissecação aórtica, rotura e embolizações distais. A maioria dos casos se situa na

aorta descendente¹. Geralmente acomete pacientes entre a sétima e oitava décadas de vida, que apresentam severa aterosclerose e dilatação da aorta^{1,2}. Quando as úlceras de aorta são sintomáticas, devem ser rapidamente diagnosticadas e tratadas, pois podem apresentar pior evolução do que as clássicas dissecações aórticas dos tipos A e B¹.

¹ Serviço de Cirurgia Cardíaca – Votivcor – Hospital da Ordem Terceira – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

² Serviço de Hemodinâmica – Votivcor – Hospital da Ordem Terceira – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

³ Serviço de Cardiologia – Votivcor – Hospital da Ordem Terceira – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

⁴ Serviço de Pneumologia – Hospital da Ordem Terceira – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Relato do Caso

Paciente G.L., 76 anos, masculino, branco, com história prévia de doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, doença arterial periférica, dilatação da aorta ascendente e hipertrofia prostática. Encontrava-se em acompanhamento ambulatorial em uso de medicação anti-hipertensiva, broncodilatadora e esteróides inalatórios. Iniciou o quadro clínico apresentando escarros hemoptóicos uma semana antes da internação. Evoluiu com hemoptise maciça, necessitando de internação hospitalar. Durante a internação, o hemograma evidenciou discreta leucocitose sem desvio para a esquerda, hematócrito de 23%, TTPa de 30 segundos e atividade de protrombina de 68%. A radiografia de tórax apresentava áreas de enfisema pulmonar difusas, sem evidência de massas, nódulos, derrame pleural ou consolidações. A broncofibroscopia demonstrou uma lesão no brônquio fonte esquerdo, na sua porção pósterolateral, a 3cm da carina principal, sugestiva de fístula brônquica com áreas de coágulo perilesional. Como o paciente apresentava dilatação aórtica, foi solicitada a angiotomografia da aorta torácica, a qual evidenciou úlcera penetrante de aorta com pseudo-aneurisma localizado no arco aórtico (Figura 1), configurando, portanto, um caso de fístula aortobrônquica. Por se tratar de um paciente com várias comorbidades para o tratamento cirúrgico convencional, optou-se pela correção da úlcera da aorta com endoprótese revestida com dacron.

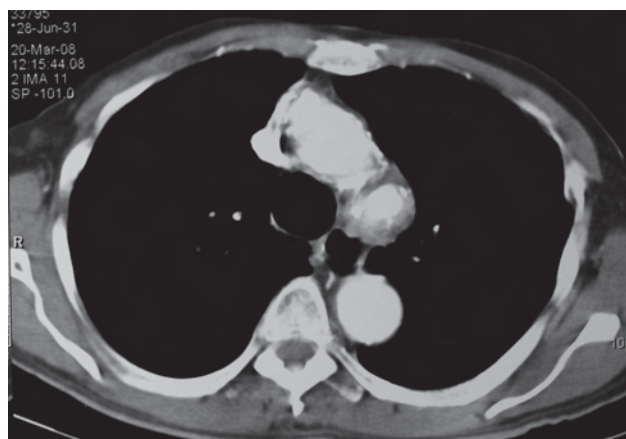


Figura 1
Tomografia computadorizada de tórax: úlcera penetrante no arco aórtico

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral, através da dissecação da artéria femoral comum esquerda, já que o paciente havia revascularizado anteriormente o membro inferior direito e a artéria femoral comum direita. A arteriografia da aorta

abdominal inicial demonstrou obstrução severa da artéria ilíaca externa esquerda (Figura 2). Para a introdução da endoprótese aórtica, foi necessária a angioplastia com balão (*Ultra-Thin* – 8,0mm x 20mm) da artéria ilíaca externa esquerda (Figura 3). A endoprótese (36mm x 150mm) foi então posicionada e liberada no arco aórtico, iniciando-se próximo à emergência da artéria subclávia (Figuras 4 e 5) revestindo toda a crossa da aorta. A aortografia de controle demonstrou o fechamento da falsa luz da úlcera (Figura 6). Após a retirada do aplicador da endoprótese, notou-se a ausência do pulso femoral esquerdo. Optou-se pelo implante de *wallstent* periférico (8,0mm x 60mm) na artéria ilíaca comum esquerda, previamente dilatada com balão. O pulso arterial e a perfusão dos membros inferiores foram restabelecidos (Figura 7). O procedimento teve a duração de 1 hora e 30 minutos.

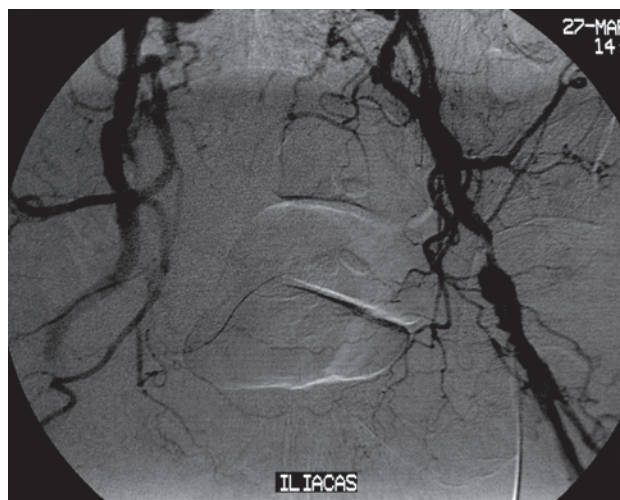


Figura 2
Arteriografia de ilíacas: lesão grave na artéria ilíaca comum esquerda

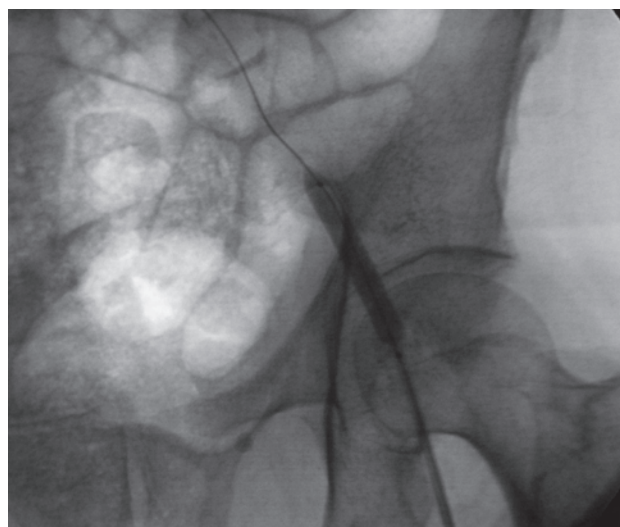


Figura 3
Angioplastia com balão da artéria ilíaca comum esquerda

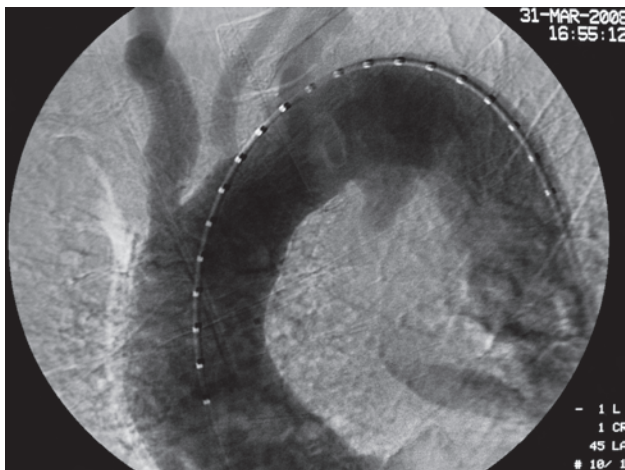


Figura 4
Arteriografia do arco aórtico: pré-procedimento

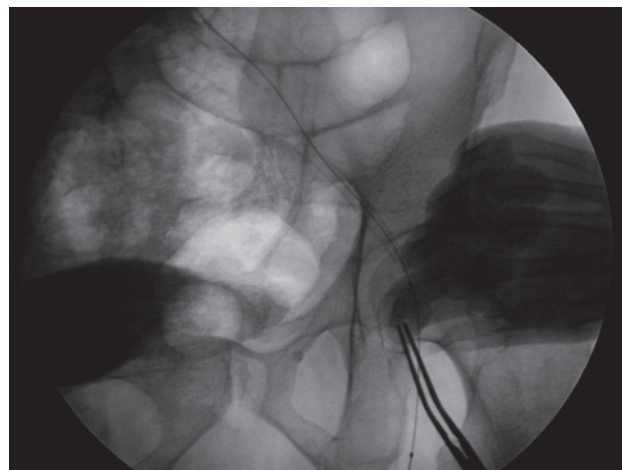


Figura 7
Implante do wallstent: artéria ilíaca externa esquerda

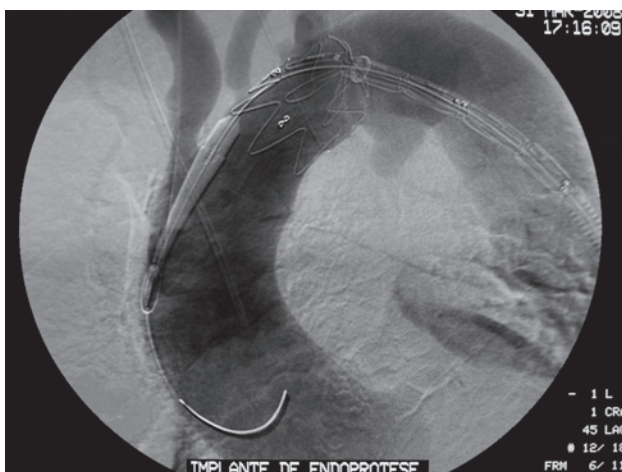


Figura 5
Implante da endoprótese aórtica: início da liberação

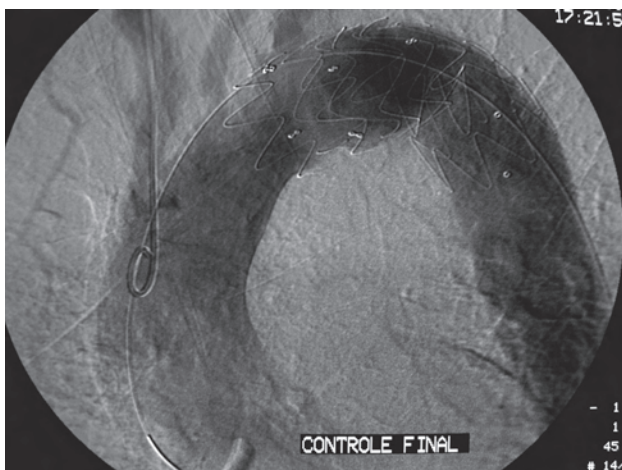


Figura 6
Implante da endoprótese aórtica: angiografia final

O paciente obteve alta hospitalar sete dias após o implante da endoprótese, em excelente estado geral e perfusão adequada dos membros inferiores. A angiotomografia aórtica de controle mostrou fechamento completo da úlcera da aorta, sem a presença de extravasamento periendoprótese ou *endoleak* (Figuras 8 e 9).



Figura 8
Angiotomografia de tórax: controle um mês após implante da endoprótese.
Ausência da úlcera perforante de aorta.



Figura 9

Angiotomografia de tórax: controle um mês após implante demonstrando a endoprótese aórtica e ausência da úlcera perfurante.

Discussão

A úlcera da aorta, descrita por Shennan em 1934, apresentou maior evidência com os métodos de aquisição de imagem no final do século XX. Atualmente dispõe-se do tratamento percutâneo que é efetivo e com menor morbimortalidade que a cirurgia

convencional¹. O caso descrito teve uma apresentação pouco típica, pois se iniciou com uma manifestação pulmonar, e a investigação diagnóstica revelou doença aórtica com uma úlcera penetrante. Não houve relato de dor³, sintomatologia descrita com frequência, e a sua localização no arco aórtico também não é a mais comum, pois a maioria dos casos acomete a aorta descendente¹. Nos pacientes com arteriopatia avançada, a equipe cirúrgica deve estar preparada para procedimentos endovasculares adicionais, como no caso descrito, em que houve necessidade de prévia dilatação da artéria íliaca e posterior colocação de *wallstent*.

Referências

1. Coady M, Rizzo J, Hammond G, et al. Penetrating ulcer of the thoracic aorta: What is it? How do we recognize? How do we manage it? *J Vasc Surg.*1998;27:1006-1016.
2. Albuquerque LC, Palma JH, Braile D. Diretrizes para cirurgia das doenças da aorta. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82(supl.V):35-50.
3. Buffalo E, Pessa CJN. Variantes da dissecação aórtica: úlcera penetrante da aorta e hematoma intramural da aorta – uma análise contemporânea. *Rev SOCESP.* 2001;11(6):1053-1059.