

SÍNDROME AÓRTICA AGUDA: O PAPEL DO “TIME DA AORTA”

Autores: Jéssica de Araujo da Fonseca Fernandes (1), Marcelle Pereira de Menezes Camara (1), Ana Lúcia de Sousa Vilela, Gaudêncio Espinosa Lopez (2), Bruno Miranda Marques (1), Fernando Vanucci (1), Fernando Oswaldo Dias Rangel (1), Arnaldo Rabischoffsky (1), Luiz Antônio de Almeida Campos (1).

1. - Hospital Pró Cardíaco
2. - Universidade Federal do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O termo síndrome aórtica aguda refere-se a doenças que acometem a aorta e implicam em elevada mortalidade, incluindo dissecação, hematoma intramural e úlcera aterosclerótica penetrante. Consensos internacionais sugerem que em pacientes com aortite infecciosa complicada por ruptura o reparo aberto ou endovascular deve ser considerado conforme o estado de apresentação do paciente.

RELATO DE CASO

RGM, masculino, 83 anos, hipertenso, diabético, etilista, com história de mielopatia cervical. Apresenta-se com disfonia, rouquidão e tosse de início agudo. Tomografia computadorizada (TC) e Angio TC de Tórax com evidência de formação expansiva densa anteriormente à crossa da aorta, de contornos mal definidos, com infiltração líquida adjacente, sugerindo a possibilidade de rotura contida de aneurisma medindo 4,6 cm, com líquido de realce periférico pelo meio de contraste e acentuada densificação da gordura circunjacente, podendo representar componente inflamatório. Além de artéria subclávia esquerda com origem junto ao aneurisma bem opacificada. Avaliado pelo time da aorta e considerado risco operatório elevado, definido por abordagem endovascular para correção de úlcera penetrante rota.

Realizada arteriografia de aorta com implante de endoprótese 38 x 207 mm e implante de plug vascular (Amplatzer®) 18 x 14 mm com fechamento de artéria subclávia esquerda. Na suspeita de aortite infecciosa foram coletadas hemoculturas e iniciado antibiótico de amplo espectro. Identificado nas 4 amostras *Streptococcus agalactiae*. Ecocardiograma transesofágico de controle visualizou grande hematoma para-aórtico na porção ascendente e próximo à região da endoprótese, adjacente à artéria pulmonar, rechaçando o átrio esquerdo. Confirmado em angio TC de Tórax endoleak.

Reabordagem com embolização de pseudoaneurisma de aorta e submetido a pleuroscopia com pleurodese. Observados disfagia e paresia de membro superior esquerdo, confirmado em ressonância nuclear magnética de crânio insulto isquêmico de provável etiologia tromboembólica. Seguiu com boa evolução clínica e desospitalizado para cuidados domiciliares.

DISCUSSÃO

Para pacientes com doença aórtica aguda que necessitam de abordagem de urgência para reparo vascular, é recomendado que uma equipe multidisciplinar determine a intervenção mais adequada. Assim, este caso ilustra as medidas adotadas por um time da aorta com base no estado de apresentação e risco de vida do paciente, e o seu importante papel na tomada de decisão.