

Hematoma da Aorta Ascendente

Intramural Hematoma of the Ascending Aorta

Noedir Antônio G. Stolf, Anderson Benício, Gustavo I. Judas, Roberto Rocha Correia Veiga Giraldez, Wilson Mathias Júnior

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas – FMUSP - São Paulo, SP

É relatado o caso de um paciente do sexo masculino com idade de 71 anos, dando entrada no pronto-atendimento com palidez cutaneomucosa, acompanhada de hipertensão arterial sistêmica e dor torácica. Na investigação diagnóstica não foi evidenciada alteração compatível com isquemia miocárdica aguda. A radiografia de tórax evidenciava alargamento importante do mediastino. Ao ecocardiograma, a aorta ascendente media 47 mm, no nível do tronco pulmonar. Um dia após o eco, o paciente foi submetido a exame de ressonância magnética (RNM), quando se evidenciou aorta ascendente de 62 mm, sem evidenciar fluxo em falsa luz ou “flap” intimal, mas mostrando hematoma intramural da aorta ascendente, estendendo-se da raiz da aorta até um terço proximal do arco aórtico. Procedeu-se a correção cirúrgica, sendo realizada substituição da aorta ascendente e parte do arco aórtico (hemiarco), com preservação da valva aórtica pela suspensão das comissuras. Paciente evoluiu bem sem intercorrência, recebendo alta no nono dia de pós-operatório. Enfatizamos nesse relato de caso a semelhança do quadro clínico do hematoma intramural da aorta com o quadro de dissecação da aorta, a importância de se estabelecer diagnóstico correto e o melhor tratamento.

It is reported the case of a 71 year old male patient admitted to the emergency service pale and with systemic arterial hypertension and thoracic pain. In the diagnostic investigation, there was no evidence of compatible with acute myocardial ischemia. The thorax x-ray showed important enlargement of the mediastinum. In the echocardiogram the ascending aorta measured 47mm, at the level of the pulmonary artery. One day after the echo, submitted to exam of magnetic resonance (RNM), the ascending aorta had a diameter of 62mm, without false lumen flow or intimal “flap”, but showing intramural hematoma involving the ascending aorta and the proximal portion of the aorta. It was submitted to the surgical correction, being accomplished by resection of the ascending aorta and part of the aortic arch (hemiarch), with preservation of the aortic valve with suspension of the commissures. The patient had ununventfull recovery, being discharged in the 9th postoperative day. We emphasized the similarity of the clinical presentation of the intramural hematoma of the aorta with that of aortic dissection, the importance of establishing correct diagnosis and the best treatment.

Hematoma intramural da aorta (HIM) é uma doença aórtica aguda causada por sangramento dentro da parede do vaso, porém, diferentemente da dissecação aguda clássica (DA), sem evidência de ruptura na camada íntima ou fluxo na falsa luz¹. Historicamente, atribui-se sua origem à ruptura da vasavasorum dentro da parede da aorta¹. Entretanto, alguns autores têm utilizado o termo para definir a entidade como uma possível complicação de uma perfuração da íntima (incapaz de ser visibilizada) por úlcera penetrante da parede da aorta².

Tais hematomas, assim como as dissecações de aorta, envolvem aorta ascendente, arco aórtico ou ambos (tipo A), ou aorta descendente (tipo B). As apresentações clínicas de pacientes com dissecação de aorta e suas formas variantes, entre elas os HIM, são indistinguíveis³.

Atualmente, os HIM representam pelo menos 6% de todas

as síndromes aórticas agudas não-traumáticas, e em alguns estudos de autópsia representam 5% a 13% do número total delas⁴.

A história natural dos HIM pode envolver a progressão para ruptura e ou dissecação, ou a regressão com desaparecimento da lesão. Muitos autores acreditam que o HIM é um passo na evolução para dissecação da aorta^{3,5}.

A abordagem dessa doença varia de acordo com sua localização, porém não há consenso quanto à indicação cirúrgica precoce para pacientes portadores do tipo A em que não se encontram fatores complicadores, tais como instabilidade hemodinâmica, dor, ruptura, iminência de ruptura ou sinais de tamponamento cardíaco.

Neste artigo é relatado o caso de um paciente portador de HIM em aorta ascendente complicado, que foi submetido a tratamento cirúrgico com sucesso.

Palavras-chave

Aorta ascendente, hematoma.

Correspondência: Anderson Benício •

Alameda Franca, 63/12 - 01422-000 – São Paulo, SP

E-mail: benicio@cardiol.br

Artigo recebido em 21/10/05, revisado recebido em 11/11/05; aceito em 11/11/05.

Relato do Caso

Paciente do sexo masculino, de 71 anos, internado com história de dor intensa em região pré-cordial, com irradiação para região cervical, de início abrupto, tipo pontada, associada a náuseas e picos subfebris. Refere hipertensão arterial sistêmica com controle inadequado.

À radiografia de tórax, evidenciaram-se área cardíaca aumentada e alargamento de mediastino com eletrocardiograma sem alterações significativas. Ecocardiograma transesofágico constatou ectasia da aorta (47 mm) na porção média da aorta ascendente, insuficiência aórtica discreta com função ventricular preservada e derrame pericárdico moderado. Foi realizada ressonância magnética (RNM), um dia após o ecocardiograma, cujo achado foi de hematoma intramural de aorta ascendente medindo 62 mm em sua porção média (fig. 1).

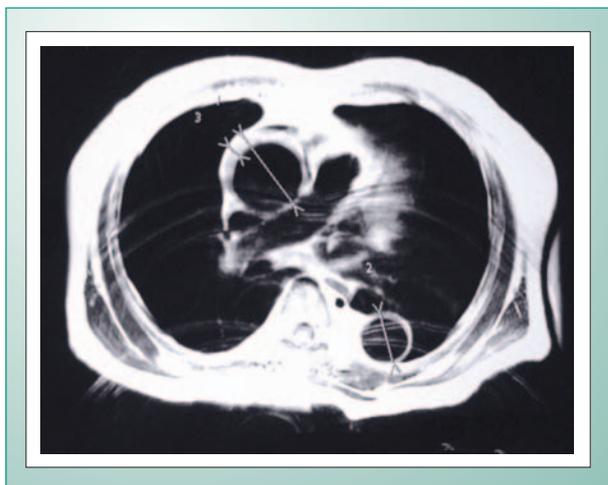


Fig. 1 - Ressonância magnética. Hematoma da aorta ascendente mostrando a aorta ascendente ao nível do tronco pulmonar. 1 - diâmetro da aorta de 62 mm; 2 - aorta torácica descendente com diâmetro de 35 mm, porém ainda com discreto hematoma em sua parede; 3 - espessura da parede da aorta ascendente de 11 mm caracterizando o hematoma da parede da aorta.

Ao cateterismo cardíaco, evidenciou-se lesão maior que 90% na artéria interventricular anterior e na primeira diagonal, essa última de pequena importância.

O paciente foi então submetido a tratamento cirúrgico convencional com circulação extracorpórea (CEC), sendo realizada revascularização do ramo interventricular anterior com enxerto da artéria torácica interna esquerda e substituição da aorta ascendente por tubo de Dacron número 28. Em razão da extensão do hematoma para o arco aórtico, canulou-se o tronco braquiocéfálico (TBC) para a realização da CEC. Foi então resfriado a 20°C e promovida parada circulatória com perfusão cerebral seletiva anterógrada pelo TBC. A aorta foi aberta, sendo constatado hematoma intramural dissecando a camada média, sem orifício de entrada, estendendo-se desde junto aos seios de valsalva até um terço proximal do arco aórtico.

A correção da delaminação no coto proximal e distal foi feita com tiras de Dacron dentro e fora da aorta, com posterior sutura do tubo (interposição de enxerto de Dacron - 28 mm).

O paciente teve boa evolução no pós-operatório, tendo recebido alta hospitalar no 9ºPO, sem intercorrências.

Discussão

A primeira descrição do hematoma intramural da aorta na literatura é datada de 1920, quando foi demonstrado um hematoma intramural espontâneo da parede da aorta sem a presença de um “flap” intimal⁴. Desde então, cerca de duzentos casos, a maioria envolvendo a aorta descendente, são descritos na literatura, e a maioria dos estudos que descrevem os HIM tem analisado uma pequena casuística⁴.

Há maior prevalência da doença em homens (61%) com média de idade para o sexo masculino e feminino de 63 e 68, respectivamente, e com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica de 53%. A forma não-traumática é a mais freqüente, sendo encontrada com incidência de 94%. A insuficiência aórtica e os déficits de pulso são vistos menos freqüentemente nos HIM do que nos casos de dissecação de aorta. A presença de sintomas como dor no peito e/ou no dorso esteve presente em mais de 80% dos casos². Tal sintoma também é o mais comum achado para os casos de dissecação, sendo o tempo de aparecimento dos sintomas similar para ambos os casos. As diferenças quanto ao quadro clínico dizem respeito ao tempo requerido para o diagnóstico da doença e a necessidade de um maior número de exames no HIM em relação aos quadros de dissecação aguda clássicos⁴.

É bem conhecido que os HIM tipo A podem progredir para dissecação com tamponamento cardíaco ou ruptura da aorta em alguns pacientes tratados clinicamente. Estudos têm demonstrado que tal progressão ocorre na maioria das vezes dentro de um período de até sete dias do início dos sintomas^{4,5}.

Quanto aos métodos diagnósticos empregados, o ecocardiograma transesofágico representa uma ferramenta diagnóstica bastante rápida e de fácil execução com sensibilidade, especificidade e acurácia entre 90% e 99%⁴.

A tomografia computadorizada (TC) é um valioso método de diagnóstico, sendo capaz de evidenciar uma fraqueza de parede e diferenciá-la de uma trombose intramural. A vantagem da TC sobre o ecocardiograma é a melhor visualização dos vasos do arco aórtico e sua relação com o HIM ou com a DA. No entanto, existe a desvantagem da utilização de contraste⁴.

A RNM constitui um método de imagem adicional que pode ser usado no diagnóstico do HIM. Hematomas subagudos com formação de meta-hemoglobina produzem um aumento na intensidade do sinal em T1. Entretanto, pode ser mais difícil detectar casos agudos de HIM, os quais podem simular um processo aterosclerótico na parede do vaso⁴.

Nos hematomas, a aortografia não é o método mais apropriado para diagnóstico. A imagem é sempre negativa, pela ausência de comunicação entre a falsa luz e a luz verdadeira.

O alto risco de uma conduta não cirúrgica no hematoma tipo A se reflete na taxa de 55% de mortalidade precoce com o tratamento medicamentoso (cerca de 20% evoluem para dissecação). Considerando dados globais de mortalidade precoce, temos 12% para o tratamento cirúrgico e 24% para

Relato de Caso

o tratamento medicamentoso, tais dados confirmam uma tendência de melhor prognóstico com a cirurgia⁶.

Recentes trabalhos asiáticos, entretanto, têm relatado taxas de mortalidade mais baixas – em torno de 7% – com o tratamento medicamentoso⁶. Um dos fatores que podem explicar tal diferença é o diagnóstico precoce com o pronto início do tratamento medicamentoso; além disso, o monitoramento próximo desses doentes quanto à progressão para dissecação e uma eventual necessidade de intervenção cirúrgica não levou a aumento de mortalidade⁷.

A discrepância entre tais dados revela a importância de se estabelecer fatores preditivos de evolução para os HIM. Hematoma proximal envolvendo a aorta ascendente aparece como um preditor importante para progressão precoce para dissecação, e um diâmetro maior que 50 mm na tomografia computadorizada ou uma espessura maior que 12 mm na parede da aorta dentro de duas semanas após o início dos sintomas resultam em valores preditivos positivos e negativos de 80% e 100%, respectivamente^{8,9}. A progressão tardia (mais

de trinta dias) é associada à idade jovem, síndrome de Marfan e ausência de terapêutica com betabloqueadores^{6,8,9}.

Considerando uma população mais idosa e uma maior mortalidade e morbidade da cirurgia da aorta, acreditamos que o tratamento clínico nos pacientes com hematoma intramural da aorta ascendente ainda é factível. Entretanto, a opção do tratamento cirúrgico deve ser considerada, uma vez que a sobrevida nesse grupo é superior quando comparada ao tratamento clínico, mesmo que essa conduta ainda precise de mais suporte baseado em investigações com séries mais representativas. No presente relato, o paciente apresentava dor persistente e derrame pericárdico que reforçaram a indicação. Na aorta ascendente a operação consiste na substituição desse segmento do vaso enquanto que na descendente existe a possibilidade do procedimento endovascular.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Referências

1. Isselbacher EM. Intramural hematoma of the aorta: should we let down our guard? *Am J Med.* 2001; 13: 244-6.
2. Maraj R, Rerkpattanapipat, P. Jacobs LE, Makornwattana P, Kotler MN. Meta-analysis of 143 reported cases of aortic intramural hematoma. *Am J Cardiol.* 2000; 86: 664-8.
3. Saborio DV, Sadeghi A, Burack J, Lowery RC, Genovesi MH, Brevetti GR. Intramural hematoma of the ascending aorta and aorta arch: the risk of limited surgery. *Tex Heart Inst J.* 2003; 30: 325-7.
4. Vaccari G, Caciolli S, Calamai G, Acquafrasca M, Montesi G, Braconi L, et al. Intramural hematoma of the aorta: diagnosis and treatment. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001; 19: 170-3.
5. Kaji S, Akasaka T, Horibata Y, Nishigami K, Shono H, Katayama M, et al. Long-term prognosis of patients with type A aortic intramural hematoma. *Circulation.* 2002; 106 (12 Suppl I): I248-I252.
6. von Kodolitsch YV, Csösz SK, Koschyk DH, Schalwat I, Loose R, Karck M, et al. Intramural hematoma of the aorta. predictors of progression to dissection and rupture. *Circulation.* 2003; 107: 1158-63.
7. Song JK, Kim HS, Kang DH, Lim TH, Song MG, Park SW, et al. Different clinical features of aortic intramural hematoma versus dissection involving the ascending aorta. *J Am Coll Cardiol.* 2001; 37: 1604-10.
8. Moizumi Y, Komatsu T, Motoyoshi N, Tabayashi K. Clinical features and long-term outcome of type A and type B intramural hematoma of the aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2004; 127: 421-7.
9. Evangelista A, Mukherjee D, Metha RH, O' Gara PT, Fattori R, Cooper JV, et al. for the International Registry of Aortic Dissection (IRAD) Investigators. Acute intramural hematoma of the aorta. A mystery in evolution. *Circulation.* 2005; 111: 1063-70.