

Caso 5/2016 – Coartação Nativa na Croça da Aorta, Aliviada por Tratamento Percutâneo em Adulto

Case 5/2016 – Native Coarctation of the Aortic Arch, Relieved By Percutaneous Treatment in an Adult

Edmar Atik e Raul Arrieta

Clínica privada Dr. Edmar Atik, São Paulo, SP – Brasil

Dados clínicos: O paciente apresentou boa evolução clínica após correção de acentuada coartação da aorta na região ístmica, técnica término-terminal, fechamento de comunicação interventricular com 18 dias de vida, além do alívio de estenose subaórtica moderada com 3 anos. Atualmente, tolera bem os exercícios rotineiros, sem sintomas. Na última avaliação, a pressão arterial em membro superior direito era = 140x70 mmHg e no superior esquerdo e membros inferiores a pressão sistólica era de 90 mmHg, que sugeria obstrução na croça da aorta. Avaliações prévias mostravam discreto gradiente de 15 mmHg entre membros superiores.

Exame físico: bom estado geral, eupneico, acianótico, pulsos contrastantes entre o membro superior direito e as demais extremidades. Peso: 66,5 Kg, altura: 165 cm, pressão arterial do membro superior direito (PAMSD): 140/80 mmHg, pressão arterial do membro superior esquerdo (PAMSE) = 115/80 mmHg e pressão arterial do membro inferior direito (PAMID) = 105/80 mmHg, FC: 82 bpm. A aorta era nitidamente palpada na fúrcula esternal com frêmito e sopro sistólicos, ++ de intensidade.

No precórdio, *ictus cordis* não era palpado e não havia impulsões sistólicas. As bulhas cardíacas eram normofonéticas e, na ausculta, detectou-se sopro sistólico moderado (++ de intensidade), rude, na área aórtica e borda esternal esquerda, acompanhado de frêmito. O fígado não era palpado.

Exames Complementares

Eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal, sinais de bloqueio completo do ramo direito (duração QRS: 0,14"), bloqueio da divisão ântero-superior do ramo esquerdo (inalterados desde a correção neonatal da coartação da aorta e da comunicação interventricular). AP: +20°, AQRS: +250°, AT: +35°.

Palavras-chave

Doenças da Artéria Aorta; Coartação Aórtica/complicações; Hipertrofia Cardíaca; Angioplastia; Hipertensão.

Correspondência: Edmar Atik •

Consultório. Rua Dona Adma Jafet, 74 conj.73, Bela Vista. CEP 01308-050, São Paulo, SP – Brasil

E-mail: edmaratik@uol.com.br

Artigo recebido em 14/07/15; revisado em 16/07/15; aceito em 08/09/15.

DOI: 10.5935/abc.20160130

Radiografia de tórax mostra área cardíaca normal e hipertrofia miocárdica, e trama vascular pulmonar normal.

Ecocardiograma mostrou cavidades cardíacas com dimensões normais, discreta hipertrofia miocárdica (septo = 14 mm e parede posterior = 11 mm), gradiente de pressão na croça da aorta = 61 mmHg, e valva aórtica bicúspide. Aorta ascendente = 29 mm, AE = 32 mm, VD = 26 mm, VE = 48 mm. Há 3 anos o septo e a parede de VE mediam 10 mm.

Tomografia computadorizada da aorta torácica mostrou obstrução na croça da aorta com diâmetros na aorta ascendente (19 mm), na croça após a artéria carótida esquerda (14 mm), na região do istmo após a artéria subclávia esquerda na altura da correção prévia da coartação da aorta (24 mm) (Figura 1).

Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial mostrou pressões normais no membro superior esquerdo, e nível superior a 135/85 mmHg no membro superior direito em 85% do período.

Diagnóstico Clínico: Coartação na croça da aorta nativa e evolutiva, aliada à coartação da aorta na região ístmica corrigida previamente.

Raciocínio Clínico: a evolução clínica era compatível com o diagnóstico de coartação da aorta na croça pelo gradiente de pressão entre os membros superiores. Ausência de sintomas e boa tolerância física denotavam condição dinâmica favorável. Ausência de gradiente entre os membros superior esquerdo e os inferiores previa ausência de recoartação da região ístmica. Esses elementos foram confirmados pelas imagens do ecocardiograma e tomografia torácica (Figura 1).

Diagnóstico diferencial: outras doenças em que se manifesta obstrução da aorta em diferentes níveis devem ser consideradas, como doença de Kawasaki e arterite de Takayasu. No entanto, elas são acompanhadas de quadro inflamatório e ocorrem em fase mais precoce da vida.

Conduta: Em face da gravidade e progressão da obstrução na croça da aorta, hipertensão arterial sistólica e hipertrofia miocárdica, estabeleceu-se a necessidade da correção cirúrgica da obstrução. A colocação de tubo plástico entre a aorta ascendente e descendente foi descartada, e realizou-se tratamento percutâneo com stent CP 8Z com 45 mm de extensão, usando-se balão dilatador número 18, desde o tronco braquiocéfálico até o início da aorta descendente, com dilatação do stent no óstio da artéria carótida esquerda (Figura 2). Houve imediato desaparecimento do gradiente de pressão de 20 mmHg com equalização da pressão em 96 mmHg. As pressões medidas no dia seguinte foram 110/70 mmHg no membro superior direito e 120/80 mmHg na artéria pediosa direita. O sopro cardíaco permaneceu inalterado.

Correlação Clínico-radiográfica

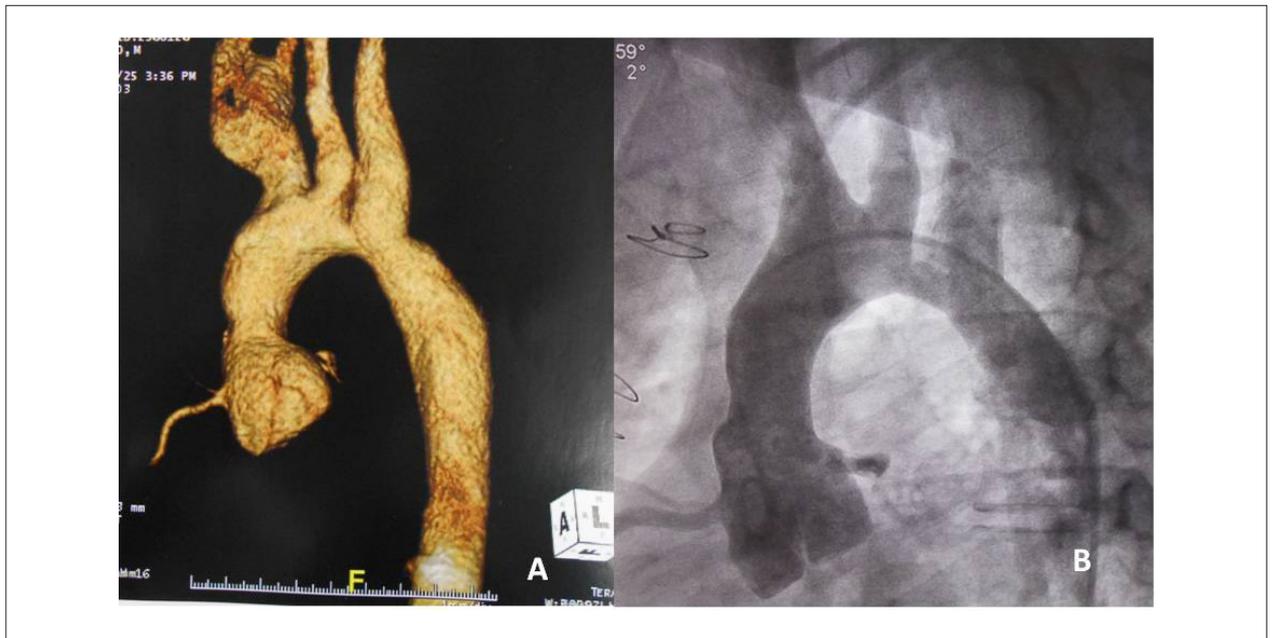


Figura 1 – Tomografia do tórax em A e angiografia da aorta em B mostram claramente a obstrução da crça da aorta, após a artéria carótida esquerda, caracterizando a coarctação dessa região, em evolução.

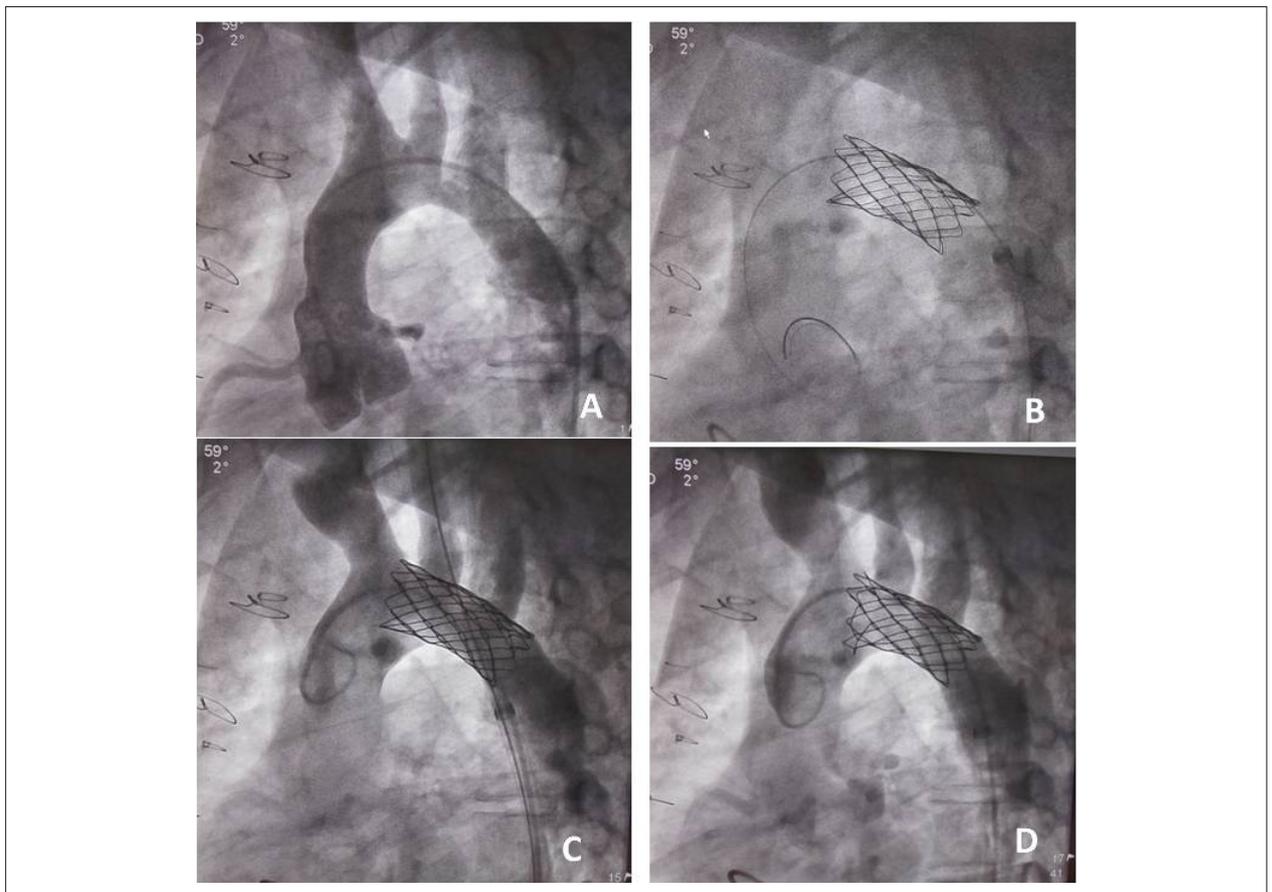


Figura 2 – Imagens da angioplastia da crça da aorta com posicionamento do stent CP 8Z desde o tronco braquiocefálico até o istmo. Imagem angiográfica da obstrução da aorta após a artéria carótida esquerda (A), o stent posicionado (B), stent com a angiografia da crça (C), e stent mais alargado no início da crça (D).

Correlação Clínico-radiográfica

Comentários: A coartação progressiva na croça da aorta após correção na região ístmica tem sido verificada em 10 a 20% dos casos de acompanhamento em longo prazo. Em vista desse fato, a correção da coarctação da aorta em idade precoce tem sido estendida até a croça da aorta em técnica conhecida como “anastomose término-terminal estendida” da aorta. O diagnóstico da coarctação na croça da aorta é facilmente estabelecido em evolução mais tardia desde que haja a preocupação médica de medir sistematicamente a pressão arterial nos quatro membros.

O estreitamento da aorta na croça é mais nítido na evolução tardia, sem parâmetros prévios para estabelecer seu diagnóstico mais precocemente. Por isso, em casos suspeitos, a correção estendida até a croça passa a ser a de escolha.

O tratamento percutâneo da coarctação da aorta tem sido feito de rotina na idade adulta especialmente na região ístmica. O tratamento é realizado com menor frequência na croça da aorta, apesar da boa evolução observada neste caso e na literatura.