

Imagem

Hematoma Intramural da Aorta Descendente

Intramural Haematoma of the Descending Aorta

Bruno Botelho Pinheiro, Walter Vosgrau Fagundes, Rafael Haddad, Maria Cardoso Ramos
Goiânia, GO

Mulher de 58 anos, com dor abdominal de forte intensidade há 3 anos, nas regiões epigástrica e umbilical, acompanhada de episódio de síncope, tendo sido internada em outro serviço com o diagnóstico provável de pancreatite aguda, não confirmado pelos exames complementares, recebeu alta hospitalar após 5 dias em uso de analgésicos. Há 1 ano, houve recorrência da dor abdominal acompanhada de lipotímia e sudorese e há 6 meses vinha apresentando quadro de dor precordial, torácica paravertebral esquerda e abdominal, não relacionadas ao esforço e de moderada intensidade. Negava passado de hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia, doenças infecciosas e trauma. Não estava em uso de nenhuma medicação.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corada, hidratada, sem sinais de distúrbios vestibulares, bulhas normorrítmicas e normofonéticas, sem sopros cardíacos, PA = 130/80 mmHg, FC = 88 bpm, pulsos periféricos simétricos, ausência de edema em membros inferiores e turgência jugular, murmúrio vesicular fisiológico, FR = 13 ipm, abdome flácido e levemente doloroso à palpação profunda, sem visceromegalias.

O eletrocardiograma apresentava ritmo sinusal, ÂQRS = 50°, sem sinais de isquemia miocárdica ou sobrecargas atriais e ventriculares. A radiografia de tórax evidenciou área cardíaca normal, campos pleuropulmonares sem anormalidades e aorta descendente levemente aumentada de diâmetro. Solicitada angiotomografia computadorizada helicoidal de tórax e abdome, que evidenciou presença de extenso hematoma intramural da aorta descendente, iniciando-se próximo a origem da artéria subclávia esquerda e estendendo-se até a bifurcação da aorta abdominal (fig. 1). A espessura da parede da aorta descendente ao nível de T-6 era de 8 mm. Introduzido atenolol na dose de 50 mg/dia e iniciado protocolo de reavaliação clínica mensal e angiotomográfica trimestral.

O hematoma intramural da aorta foi descrito em 1920 como "dissecção sem ruptura da íntima" e considerado uma entidade patológica distinta durante as necrópsias¹. Com o surgimento dos modernos métodos de imagens, seu diagnóstico *in vivo* tornou-se possível². Atualmente, o hematoma intramural da aorta é considerado um precursor das dissecções agudas da aorta, originando-se da ruptura dos *vasa vasorum* da camada média; ocasionalmente provoca

ruptura secundária da íntima e comunicação da camada média com o lumen da aorta. Semelhante às dissecções clássicas, pode estender-se por toda aorta, progredir, regredir ou ser absorvido³.

O quadro clínico inicial não se diferencia na maioria das vezes das dissecções clássicas da aorta. A dor torácica anterior ou posterior, em paciente hipertenso, é o achado mais comum. Alterações no diâmetro ou no contorno da aorta torácica à radiografia de tórax acha-se presente em aproximadamente 90% dos pacientes⁴.

A exclusão de ruptura da íntima ou lâmina de dissecção é pré-requisito para o diagnóstico de hematoma intramural através de um método de imagem. O espessamento regional da parede da aorta > 7 mm, de forma circunferencial ou crescente, e/ou evidência de acúmulo de sangue na camada média é critério diagnóstico para hematoma intramural da aorta^{5,6}. Na tomografia computadorizada, o hematoma recente é caracterizado por uma área de maior densidade em relação as camadas adjacentes da parede aórtica; contrariamente, a trombose parcial ou total é evidenciada como múltiplas camadas de densidade crescente⁷. A sensibilidade diagnóstica parece não ser muito diferente entre a tomografia computadorizada, a ressonância nuclear magnética e o ecocardiograma transesofágico. A escolha de uma modalidade específica depende de algumas variáveis, incluindo a condição clínica do paciente, a preferência do médico e a disponibilidade do método⁸.

No caso relatado, a presença de espessamento da parede aórtica de 8 mm e de alta densidade, sugere hematoma intramural recente. Portanto, acreditamos que o início do evento ocorreu nos últimos 6 meses, coincidindo com o quadro clínico de dor torácica e abdominal persistente.

O hematoma intramural é mais freqüente em pessoas idosas e hipertensas, nas quais espessamento da parede aórtica secundário à doença aterosclerótica e dilatação aneurismática com trombo mural são comuns, podendo constituir-se num desafio diagnóstico. A identificação da íntima e a observação criteriosa da superfície interna da parede aórtica espessada são fundamentais para o diagnóstico diferencial⁹.

Estima-se que o hematoma intramural possa provocar dissecção aguda em 28% a 47% dos pacientes e em 10%, pode regredir espontaneamente³. Nienaber e cols². demonstraram que a mortalidade hospitalar, para os pacientes que apresentavam comprometimento da porção ascendente da aorta, era de 80% no grupo tratado clinicamente e 0% no grupo submetido à cirurgia. Aqueles com comprometimento da aorta descendente, não apresentaram diferença significativa de mortalidade entre os grupos clínico e cirúrgico.

A classificação de Stanford para as dissecções agudas da aorta

Equipe Clinicord - Hospital Santa Genoveva - Goiânia - GO
Endereço para correspondência: Dr. Bruno Botelho Pinheiro
Rua 17-A, nº 1419/1600 - Cep 74075-160 - Goiânia - GO
E-mail: botelhop@cardiol.br
Enviado em 27/04/2004 - Aceito em 06/10/2004

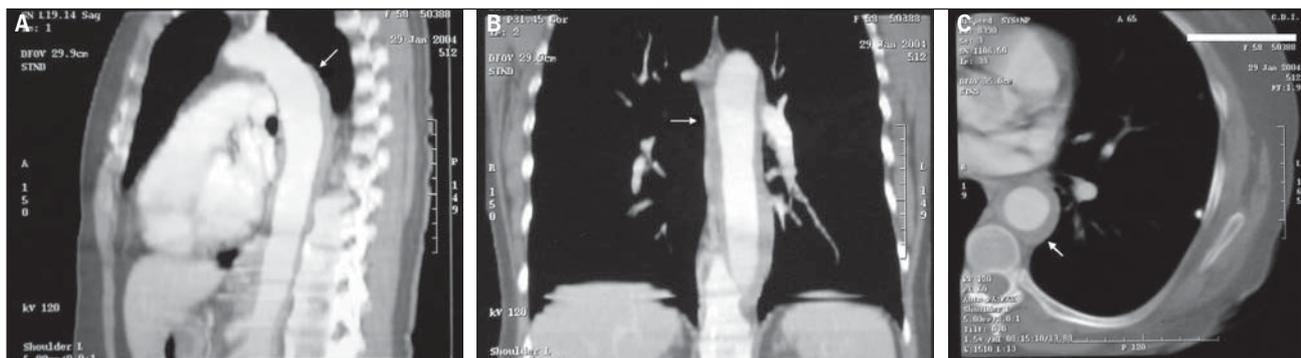


Fig. 1 - Angiotomografia computadorizada de tórax: A) corte sagital; evidencia-se hematoma intramural de aorta descendente iniciando próximo a origem da artéria subclávia esquerda (seta); B) corte coronal; extensão do hematoma intramural em toda a aorta torácica descendente (seta); C) corte transversal; espessamento de alta densidade da parede aórtica, sugerindo hematoma intramural recente (seta).

parece também válida para os hematomas intramurais. Pacientes com hematoma intramural tipo A (envolvimento da aorta ascendente), com dor persistente ou recorrente devem ser tratados cirurgicamente com substituição do segmento afetado, devido ao risco de ruptura, tamponamento e compressão dos óstios coronarianos².

Pacientes com hematoma intramural tipo B (envolvimento da aorta descendente) são conduzidos clinicamente² e, eventualmente, com colocação de endoprótese vascular⁹. No manuseio clínico, estudos com métodos de imagens seriados são necessários para avaliar a progressão ou regressão do hematoma intramural da aorta.

Referências

1. Krukenberg E. Beiträge zur Frage des Aneurysma dissecans. Beitr Pathol Anat Allg Pathol 1920; 67: 329-51.
2. Nienaber CA, von Kodolitsch Y, Petersen B, et al. Intramural hemorrhage of the thoracic aorta. Diagnostic and therapeutic implications. Circulation 1995; 92: 1465-72.
3. Nienaber CA, Eagle KA. Aortic dissection: new frontiers in diagnosis and management: Part I: from etiology to diagnostic strategies. Circulation 2003; 108: 628-35.
4. O'Gara PT, De Sanctis RW. Acute aortic dissection and its variants. Toward a common diagnostic and therapeutic approach. Circulation 1995; 92: 1376-8.
5. Yamada T, Tada S, Harada J. Aortic dissection without intimal rupture: diagnosis with MR imaging and CT. Radiology 1988; 168: 347-52.
6. Stanson AW, Welch TJ, Ehman RL, Sheedy PF II. A variant of aortic dissection: computer tomography and magnetic resonance findings. Cardiovasc Imaging 1989; 1: 55-9.
7. Wolverson MK, Crepps LF, Sundaram M, Heiberg E, Vas GW, Shields JB. Hyperdensity of recent hemorrhage at body computed tomography: incidence and morphologic variation. Radiology 1983; 148: 779-84.
8. Song JK. Diagnosis of aortic intramural haematoma. Heart 2004; 90: 368-71.
9. Nesser HJ, Eggebrecht H, Baumgart D, et al. Emergency stent-graft placement for impending rupture of the descending thoracic aorta. J Endovasc Ther 2002; 9 (suppl 2): 1172-8.