

QUANDO UM MAL NUNCA VEM SÓ! - RELATO DE UM CASO DE ANEURISMA E DISSECÇÃO AÓRTICA CONCOMITANTES

WHEN AN EVIL NEVER COMES ALONE! - REPORT OF A CASE OF CONCOMITANT AORTIC ANEURYSM AND DISSECTION

A. Catarina Coelho da Silva¹; Ana Capcelea²; Ana Isabel Redondeiro¹; Evangelina Nogueira³

¹ Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Velas, Unidade de Saúde da Ilha de S. Jorge; morada: Rua Corpo Santo; 9800 - 541 Velas, Ilha de São Jorge; ² Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar no Centro da Calheta, Unidade de Saúde da Ilha de S. Jorge, Relvinha 9850-076 Calheta, Ilha de São Jorge; ³ Assistente Graduada no Centro de Saúde de Velas, Unidade de Saúde da Ilha de S. Jorge; morada: Rua Corpo Santo; 9800 - 541 Velas, Ilha de São Jorge;

Email do primeiro autor: acatarinacsilva@outlook.com

Resumo

Introdução: A dissecção aórtica (DA) é uma doença da camada média do vaso, onde é criando um falso lúmen. Entre os principais fatores de risco salienta-se: sexo masculino; aterosclerose; hipertensão; tabagismo.¹ O aneurisma da aorta abdominal (AAA) define-se por um diâmetro superior a 30mm e é de localização quase exclusivamente infra-renal.² São mais comuns em homens acima dos 60 anos. Como principais fatores de risco apresentam-se também: a hipertensão; o tabagismo e a aterosclerose.² O caso apresentado de seguida compila estas duas patologias e explana a dificuldade do seu diagnóstico, num meio com recursos físicos reduzidos. **Descrição do caso:** Indivíduo do sexo masculino, 56 anos, fumador ativo e hipertenso. Foi admitido no serviço de atendimento permanente com um quadro de dor abdominal intensa, tipo facada, com irradiação para o flanco direito, com cerca de dois dias de evolução, associada a náuseas e vómitos. Ao exame objetivo apresentava tensão arterial (TA): 140/95mmHg; frequência cardíaca (FC): 101 batimentos por minuto; abdómen “em tábua” e palpava-se uma **massa pulsátil abdómen**. No estudo analítico: anemia normocítica normocrômica com elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi evacuado para a urgência do hospital de referência, onde realizou um Angio-TC TAP que revelou: **“dissecção da aorta tipo B de Stanford, com início na crosse até à bifurcação ilíaca. À dissecção associa-se volumoso aneurisma (8,7cm), abaixo da emergência das artérias renais”**. Foi então helitransportado para um hospital em Portugal continental, onde foi intervencionado. **Conclusão:** Ao depararmos-nos com um doente do sexo masculino, com mais de 50 anos; hipertenso e dislipidémico e fumador ativo, é importante soar o alerta de doença vascular! O doente em estudo, apresenta-se com sinais e sintomas para os quais devemos de estar sempre atentos e perante os quais deveremos colocar como hipótese de diagnóstico o aneurisma da aorta: abdómen com sinais de irritação peritoneal, massa pulsátil, em homem fumador e hipertenso não controlado. Estes doentes necessitam de intervenção emergente sendo crucial, perante a sua suspeita, a transferência para um hospital diferenciado. Apesar do diagnóstico de DA ter sido accidental, os autores reforçam que a dislipidemia, hipertensão e tabagismo constituem fatores de risco para DA e que a mesma, não diagnosticada e tratada atempadamente, poderá resultar em morte. Os autores gostariam de salientar a importância do controlo dos FRCV assume nestas patologias e que está preconizado o rastreio de AAA com estudo ecográfico² a todos os homens entre os 65 e 75 anos de idade, com história de tabagismo. Só desta forma é possível prevenir complicações emergentes, que em situações de insularidade são ainda mais difíceis de gerir. Salienta-se assim, as dificuldades que os médicos têm em realizar consultas de atendimento urgente num local com poucos recursos de imagem e alerta-se para a necessidade de existir uma boa cooperação e comunicação com os hospitais de referência.

Abstract

Introduction: Aortic dissection (AD) is a disease of the medial layer of the vessel, where a false lumen is created. Among the main risk factors, the following stand out: male gender; atherosclerosis; hypertension; smoking.¹ Abdominal aortic aneurysms (AAA) are defined as having a diameter greater than 30 mm and are located almost exclusively in the infra-renal region.⁴ They are more common in men over 60 years of age. The main risk factors are also: hypertension; smoking and atherosclerosis.⁴ The case presented below compiles these two pathologies and explains the difficulty of their diagnosis, in an environment with limited physical resources. **Case description:** Male, 56 years old, hypertensive and an active smoker. He was admitted to the permanent care service with severe knife-like abdominal pain radiating to the right flank with 2 days evolution, associated with nausea and vomiting. On objective examination, he presented an Arterial Pressor: 140 / 95mmHg; Heart Rate: 101 bpm; the abdomen “in plank” and a pulsating abdominal mass was palpable. In the analytical study: normocytic normochromic anemia with increased inflammatory parameters. He was emergently transported to the referral hospital, where he underwent an abdominal and pelvis CTA that revealed: “Stanford type B aortic dissection, starting in the arch and up to the iliac bifurcation. The dissection is associated with a large aneurysm (8.7 cm), just below the origin of both main renal arteries “. He was then transported to a hospital in mainland Portugal, where he underwent surgery. **Conclusion:** When we come across

Palavras-passe:
dissecção aórtica;
aneurisma da aorta
abdominal;
hipertensão;
aterosclerose



a male patient, over 50 years old; an active smoker with hypertension and dyslipidemia, it is important to sound the vascular disease alert! The patient presented with signs and symptoms for which we must always be aware and suspect an aortic aneurysm: abdomen with signs of peritoneal irritation, pulsatile mass, in a smoker and with uncontrolled hypertension. Despite being a difficult diagnosis, these patients need emergent intervention, being crucial given their suspicion, the transfer to a hospital. Although the AD diagnosis was accidental, the authors emphasize that dyslipidemia, hypertension and smoking are risk factors for AD and that, if not diagnosed and treated in a timely manner, can result in death. The authors would like to emphasize the importance of controlling CVRF and that is recommended AAA screening with echography² for all men between 65 and 75 years of age, with a history of smoking. Only this way is possible to prevent emergent complications, which in situations of insularity, are even more difficult to manage. Despite the difficulties that doctors have in carrying out urgent care services in a place with few imaging resources it is crucial to have a good cooperation and communication with reference hospitals, so that these patients do not remain in a local health unit with qualified healthcare professionals but with limited physical resources.

Keywords:

aortic dissection;
abdominal
aortic aneurysm;
hypertension;
atherosclerosis.

Introdução

A principal causa de morte a nível mundial é de origem circulatória, seja por enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou síndrome aórtica agudo.¹ A dissecção aórtica (DA) contribui para as elevadas taxas de mortalidade por doença cardiovascular e o aneurisma da aorta abdominal (AAA) é a segunda doença mais frequente de doença da aorta após a aterosclerose.²

A **dissecção aórtica (DA)** é uma doença da camada média do vaso em que há fluxo sanguíneo entre as camadas média e íntima devido a uma laceração na camada interna, criando um falso lúmen.³ Entre os principais fatores de risco salienta-se: sexo masculino; arteriopatas inflamatórias; aterosclerose; hipertensão; tabagismo ou trauma.¹ As localizações mais comuns são: acima das comissuras da valva aórtica e na aorta descendente após a origem da artéria subclávia esquerda.³ A DA pode ser classificada através da classificação DeBakey ou de Stanford. Stanford classifica de acordo com o envolvimento da aorta ascendente (tipo A) ou da aorta descendente (tipo B).¹ Já a classificação de DeBakey, refere-se ao envolvimento da aorta ascendente, dividida em tipo I (envolvimento desde a ascendente até a descendente), tipo II (restrita à ascendente) e tipo III (envolvimento da descendente).¹ Podem ainda ser classificadas quanto ao tempo de apresentação: agudas (< 14 dias após o início dos sintomas), subagudas (15-90 dias de evolução) e crónicas (> 90 dias desde o início dos sintomas).⁴ Os principais sintomas associados à DA são: dor lancinante no tórax anterior ou área interescapular com irradiação para o dorso ou abdómen.³ A dor persistente pode ser sinal de rotura iminente.³ Ao exame objetivo pode haver evidência de

défice de pulso ou diferenças de pressão arterial sistólica; sopro aórtico diastólico ou hipotensão ou choque.² Perante uma suspeita de DA o médico deverá solicitar ECG (para exclusão de outra causa de dor torácica aguda) e realizar avaliação hemodinâmica. Perante um doente instável deve realizar imediatamente ecografia transesofágica. Perante um doente estável pode alargar o estudo com D- Dímeros, ecografia transtorácica e radiografia do tórax. Se suspeita elevada, deverá realizar TC torácica (onde se visualiza alargamento do mediastino).² Relativamente ao tratamento, a dissecção do tipo A é tratada com cirurgia urgente.² Na dissecção do tipo B não complicada está preconizada terapêutica médica, mas se complicada, deve ser considerado a reparação endovascular da aorta torácica (RE VAT).² Ao longo da dissecção pode ocorrer obstrução da emergência de vasos levando a isquemia de territórios correspondentes.³ A pressão no falso lúmen e a parede aórtica enfraquecida pode levar a rotura livre ou para o pericárdio, sendo esse o principal mecanismo de morte.³

O **aneurisma da aorta abdominal (AAA)** é de localização quase exclusivamente infra-renal e define-se por um diâmetro superior a 30mm.^{2,5} A etiologia principal é degenerativa, sendo a idade, o género masculino, o tabagismo, a HTA e presença de doença aterosclerótica os principais fatores de risco.² Por norma o AAA é assintomático e o seu diagnóstico accidental.² Por este motivo a gravidade de um aneurisma da aorta, relaciona-se com o difícil diagnóstico¹ e pelas graves complicações inerentes à evolução da doença: rotura de aneurisma (cujo o risco é tanto maior quanto maior o diâmetro do AAA); formação de trombos no lúmen, compressão de estruturas adjacentes.⁵ A

ecografia é o *gold standart* para rastreio AAA.^{2,5} Em doentes com AAA com um diâmetro máximo < 55mm e crescimento lento (<10mm/ano), o tratamento preconizado é vigilância e controlo de fatores de risco (exemplo: cessação tabágica)². Nos doentes com suspeita de rotura de AAA, recomenda-se ecografia abdominal ou TC imediatas.² A rotura cursa com dor intensa e excruciante na região lombar ou abdominal com possibilidade de irradiação para o flanco / glúteos / virilha e choque hipovolémico. A reparação do AAA, por REVA ou reparação aberta, está indicada se o diâmetro exceder 55mm ou o crescimento for superior a 10mm/ano.² No caso de rotura está indicado reparação emergente.² O prognóstico é mau, sendo que a taxa de mortalidade associada a uma rotura de um AAA não diagnosticado está entre os 50-80%.⁵ Desta forma, está recomendado o rastreio da população com ultrassonografia, em homens acima dos 65 anos (nível de recomendação A).²

O caso apresentado de seguida compila estas duas patologias e explana a dificuldade do seu diagnóstico, num meio com recursos físicos reduzidos.

Caso clínico: Apresenta-se de seguida o caso de um senhor de 56 anos, raça caucasiana, natural e residente na Ilha de São Jorge (Açores). É casado (família tipo díade nuclear), independente nas atividades de vida diária (pontuação de 50 na escala de Barthel), escolaridade: licenciatura; profissão: guarda-florestal. Como antecedentes pessoais apresenta: Hipertensão arterial essencial não controlada (HTA) e dislipidemia. Não apresentava antecedentes cirúrgicos. Como antecedentes familiares relevantes: mãe com doença arterial periférica. Como hábitos, é um fumador de 8,6 Unidades Maço Ano (UMA), consome bebidas alcoólicas esporadicamente e apresenta um estilo de vida sedentário. O doente faltava regularmente às consultas agendadas semestralmente para vigilância da HTA e não cumpria a medicação prescrita. Foi admitido no Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Centro de Saúde de Velas, por dor abdominal intensa, tipo facada, com irradiação para o flanco direito com 2 dias de evolução, associada neste dia a náuseas e vômitos, sem posição ou fator de alívio. Ao exame objetivo apresentava-se consciente, colaborante e

orientado no tempo e no espaço. Como sinais vitais: TA: 140/95mmHg; FC: 101 bpm, apirético e eupneico em ar ambiente. Apresentava mucosas coradas e hidratadas, anictéricas e acianóticas; auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Apresentava à palpação abdominal: abdómen “em tábua” com hiperestesia cutânea, não depressível e doloroso à palpação tanto superficial como profunda e com dor à descompressão. Apresentava uma massa pulsátil abdominal, para-umbilical, mas sem perceção de sopros audíveis. Pulsos femorais e periféricos presentes e simétricos. O estudo analítico realizado no SAP revelava: anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 10,4; VGM: 92,4; HCM: 31,1), leucocitose ($24,30 \times 10^3/\mu\text{L}$ (máx: 11,5)), com neutrofilia (82,7%); plaquetas: 180; creatinina 2,25 (máx: 1,3); PCR: 12. Perante um caso de abdómen agudo com elevação dos parâmetros inflamatórios, foi efetuada a evacuação do doente para o serviço de cirurgia do hospital de referência (Ilha Terceira), no mesmo dia. À chegada ao serviço de urgência de cirurgia, é realizado Angio-TAC TAP cujo relatório revela: “Dissecção da aorta tipo B de Stanford, início na crossa até à bifurcação ilíaca. À dissecção associa-se volumoso aneurisma (8,7cm), abaixo da emergência das artérias renais, com hematoma do espaço peri-renal posterior esquerdo, a condicionar desvio anterior do rim e espessamento das fâscias peri-renais, estendendo-se caudalmente até à cavidade pélvica e inundando o espaço retrocrurol.” O estudo analítico realizado no hospital (24h após a admissão no centro de saúde): agravamento da anemia e dos parâmetros inflamatórios (Hemoglobina 9,7; VGM: 93,5; HCM: 30,7, leucócitos $31,66 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 87,5%; TFG: 56; PCR: 227,2; CK: 236). Na figura 1,2,3 é possível observar a dissecção aórtica e o AAA. Perante este quadro, o doente é helitransportado para o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) (tendo passado já 1 dia desde a sua admissão no SAP). No CHLC, é submetido a correção imediata do aneurisma abdominal roto (com interposição aorto-aórtica com prótese fenestrada) e num segundo tempo cirúrgico (2 dias depois) é realizada a correção da dissecção da aorta do tipo B. Devido a intercorrências durante o internamento apenas teve alta passados dois meses, com indicação para realização de Angio-TAC



Figura 1: Imagem de Angio-TAC toraco-abdomino-pélvico, realizado pelo doente à admissão do serviço de urgência no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira.



Figura 2: Imagem de Angio-TAC toraco-abdomino-pélvico, realizado pelo doente à admissão do serviço de urgência no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira.



Figura 3: Imagem de Angio-TAC toraco-abdomino-pélvico, realizado pelo doente à admissão do serviço de urgência no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira.

de 6 em 6 meses, antiagregação plaquetária simples e estatina.

Conclusão

Ao depararmos-nos com um doente do sexo masculino, com mais de 50 anos; hipertenso e dislipidémico e fumador ativo, é importante como médicos de família, soar o alerta de doença vascular³. O doente em estudo, apresenta-se no SAP, hemodinamicamente estável, mas com um quadro clínico para o qual devemos de estar sempre alerta especialmente dado os fatores de risco cardiovasculares (FRCV): dor abdominal intensa, irradiada para o flanco e abdómen com sinais de irritação peritoneal, com massa pulsátil. Perante este quadro, o clínico deve colocar sempre como hipótese de diagnóstico de um aneurisma da aorta. Apesar de ser um diagnóstico difícil, principalmente em contexto de centro saúde, sem recursos de imagem ao dispor,

estes doentes necessitam de intervenção emergente e, portanto, é crucial que perante esta suspeita, o utente seja transferido com urgência para um hospital diferenciado. Caso contrário, há risco elevado de rotura associada a elevada taxa de mortalidade! Não esquecer que os mesmos FRCV podem também predispor a uma DA como se verificou neste caso. A DA pode resultar em isquemia de alguns territórios ou rutura aórtica, resultando em morte. Assim, os autores gostariam de aproveitar esta coincidência para relembrar que: está recomendado que todos os homens entre os 65 e 75 anos de idade, com história de tabagismo, devem ser rastreados com ultrassonografia para exclusão AAA² e que o controlo dos FRCV (hipertensão; dislipidemia; tabagismo) assume um papel crucial na prevenção de doenças como a DA e o AAA.

Com apresentação deste caso, os autores gostariam de salientar as dificuldades existentes em realizar consultas de atendimento urgente num local com poucos recursos (principalmente imagiológicos), como na ilha de São Jorge. Alerta-se também para a necessidade de existir uma rede de comunicação e boa cooperação entre os centros de saúde e os hospitais de referência para que estes doentes não permaneçam num local com profissionais de saúde qualificados, mas com recursos físicos limitados.

Referencias bibliográficas:

1. Wilson Michaelis et al; Dissecção aórtica tipo B de Stanford: relato de caso e revisão da literatura; J vasc Bras. 2017 Jul-sep; 16(3): 252-257
2. Recomendações da ESC para o diagnóstico e tratamento das doenças aórticas, versão 2014
3. Luiz Cláudia F. do Amaral, Gustavo D. Salgado; Dissecção Aórtica Aguda; Revista Científica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 8, n. 2 (2009)
4. Dalila Rolim et al; Aneurisma tóraco-abdominal pós-dissecção crónica tipo B: um desafio anatómico com uma solução endovascular inesperadamente simples; Angiol Cir Vasc vol.12 no.1 Lisboa mar.2016; 2. Wilson Michaelis et al;
5. Siso-Almirall A, Kostov B, Navarro Gonzalez M, Cararach Salami D, Perez Jimenez A, Gilabert Sole R, et al. (2017) Abdominal aortic aneurysm screening program using hand-held ultrasound in primary healthcare. PLoS ONE 12(4): e0176877