

Aortite sífilítica: diagnóstico e tratamento. Relato de caso

Syphilitic aortitis: diagnosis and treatment. Case report

Roberto Santos SARAIVA¹, Claudio Albernaz CÉSAR², Marco Antonio Araújo de MELLO²

RBCCV 44205-1207

Resumo

A aortite é uma das muitas possibilidades de lesão produzida pela sífilis terciária. Dentro das lesões cardiovasculares, o acometimento da aorta é o mais comum. Apresentamos o caso de um paciente de 48 anos, diagnosticado com aortite sífilítica, sendo realizada cirurgia para substituição de raiz da aorta e valva aórtica. A hipótese diagnóstica foi devido ao aspecto do dano arterial *in situ*. Apesar da raridade da doença atualmente, ainda é uma possibilidade.

Descritores: Sífilis Cardiovascular. Aorta.

Abstract

Aortitis is one of the many possibilities of lesion caused by tertiary syphilis. Between all the cardiovascular lesions, the aorta's injury is the most common. We report a case of a 48-year-old patient diagnosed with syphilitic aortitis who had undergone surgery for the replacement of the aortic root and aortic valve. The diagnosis hypothesis was pondered because of the *in situ* aspect of the arterial damage. Although the rarity of the disease, it persists.

Descriptors: Syphilis, Cardiovascular. Aorta.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa transmitida principalmente por via sexual e que pode ter diversas apresentações em suas várias fases [1]. A sífilis terciária, atualmente rara devido ao efetivo tratamento antimicrobiano já em uso por vários anos, é responsável pelas lesões cardiovasculares sífilíticas [2,3]. Entre as lesões, a mais comum é a aortite sífilítica. Na sífilis não tratada, a aortite pode manifestar-se após 10 a 40 anos depois do contato sexual inicial [2,3]. A aorta ascendente é acometida em 50% dos casos seguindo-se, em ordem decrescente, a crossa da aorta, a aorta descendente e a aorta abdominal, podendo haver comprometimento dos óstios coronarianos e da valva aórtica [2,4].

A principal causa de morte, em cerca de 80% dos casos, é a ruptura de aneurisma sacular, quando não tratado cirurgicamente [4].

Após a primo-infecção, observa-se a presença do *Treponema pallidum* na parede da aorta, inicialmente na adventícia e logo após nos vasos linfáticos. Esse é um dos principais motivos do tropismo do espiroqueta em relação à aorta ascendente, já que a mesma é rica em linfáticos [2,4].

O *vasa vasorum* sofre um processo de endarterite obliterante, necrose da camada média (mesoarterite), e infiltrado de células plasmocitárias. Consequentemente, o tecido elástico do vaso é destruído, e substituído por tecido de cicatrização. O processo inflamatório pode continuar por muito tempo, podendo ser encontrado até 25 anos após o contágio inicial [2,5].

O quadro clínico pode ser de angina, quando há obstrução dos óstios coronarianos, dispnéia, quando há insuficiência aórtica. Porém, a clínica mais comum é de dor torácica, secundária à rápida expansão do aneurisma luético [2].

1. Doutor; Residente de Cirurgia Cardiovascular.
2. Cirurgião Cardiovascular.

Endereço para correspondência: Roberto Santos Saraiva
Rua Eduardo Santos Pereira, 88
Campo Grande, MS, Brasil – CEP 79002-251.
E-mail: robertossaraiva@bol.com.br

Trabalho realizado na ABCG - Associação Beneficente de Campo Grande Cirurgia Cardíaca – Equipe Dr. João Jazbik Neto, Campo Grande, MS, Brasil.

Artigo recebido em 5 de novembro de 2008
Artigo aprovado em 5 de junho de 2009

RELATO DO CASO

Paciente de 48 anos, sexo masculino, pardo. Sua queixa principal era “falta de ar”. Paciente relatou que começou a notar dispnéia aos grandes esforços há um ano. Não fazia acompanhamento clínico. A dispnéia vinha aumentando progressivamente e, atualmente, apresentava dispnéia aos médios esforços, acompanhada de dor torácica não característica. Essa dor chamou atenção de familiares, que optaram por orientação médica. História de promiscuidade, tendo um caso de gonorréia de difícil tratamento há 30 anos. Nega cardiopatias familiares ou outras comorbidades; sem uso medicamentoso.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral. Normocorado, hidratado, eupnêico, anictérico e acianótico. Pressão arterial de 160x80 mmHg. Pulsos periféricos presentes, em *martelo d'água*. Sem edema.

À ausculta cardíaca apresentava sopro holodiastólico em todos os focos, com predomínio em foco aórtico. Pulmões limpos. Sem outras alterações significativas ao exame físico.

À radiografia de tórax apresentava aumento de área cardíaca e ectasia da aorta. O eletrocardiograma apresentava ritmo sinusal, sem alterações significativas. Ao ecodopplercardiograma, havia evidências de alargamento da raiz da aorta (47 mm de diâmetro), aumento importante do ventrículo esquerdo, com fração de ejeção de 55%. Valva aórtica com importante refluxo.

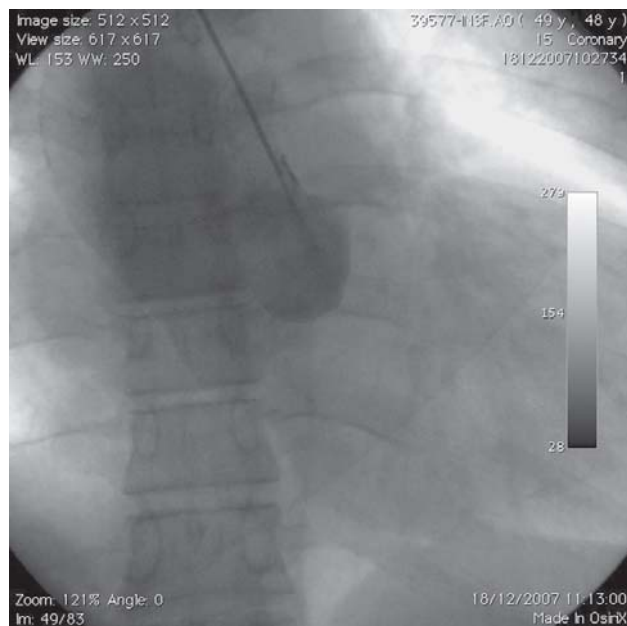


Fig. 1 - Aortografia demonstrando alargamento de aorta ascendente e refluxo de contraste para ventrículo esquerdo, comprovando a insuficiência aórtica

O estudo cineangiocoronariográfico apresentou circulação coronariana normal, ventrículo esquerdo com aumento do volume sistólico final devido à hipocinesia difusa +++/++++. A aortografia demonstrou aorta calibrosa e valva aórtica com insuficiência grave (Figura 1).

A abordagem cirúrgica foi por toracotomia mediana; realizada canulação da aorta, veias cavas superior e inferior. Iniciada circulação extracorpórea (CEC), pinçamento de aorta ascendente, infundida solução cardioplégica em óstios coronarianos. A incisão foi feita anteriormente na aorta ascendente, com visualização da valva aórtica insuficiente e a parede da aorta ascendente com calcificação e sinais de degeneração. Foi então realizada reconstrução da raiz da aorta com implante do tubo de Dacron valvado número 25 (Figuras 2 e 3). Tempo total de CEC de 100 minutos. A cirurgia evoluiu sem intercorrências.



Fig. 2 - Campo operatório no momento da aposição do tubo de Dacron. Visualização da valva aórtica e do tubo

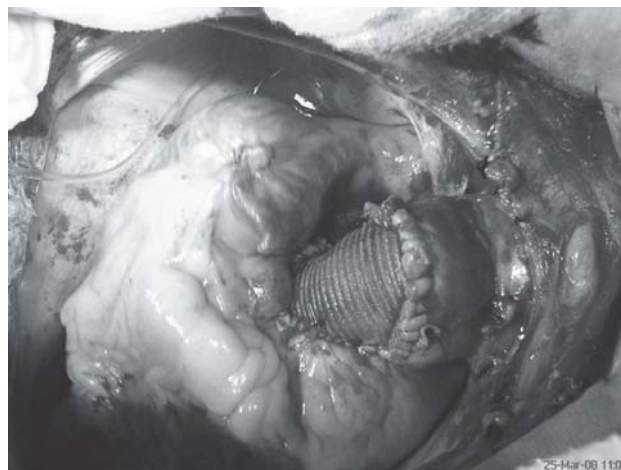


Fig. 3 - Tubo de Dacron posicionado entre a raiz da aorta e seu terço proximal

No pós-operatório, o paciente apresentou anemia sintomática (fraqueza), sendo necessária infusão de duas unidades de concentrado de hemácias.

Devido ao aspecto degenerativo da raiz da aorta, foram então pedidos exames diagnósticos para sífilis. O resultado do VDRL de 1:32, e FTA-ABS-Anticorpo IgG reagente. Anti-HIV negativo.

A aorta foi enviada para estudo histopatológico (Figura 4), que retornou com o seguinte laudo: adventícia apresentando focos de infiltrado celular, com predomínio linfocitário; *vasa vasorum* com sinais de espessamento da íntima; camada média com sinais de isquemia focal e pequenas áreas de necrose; presença de infiltrado plasmocitário; camada íntima com placas de aterosclerose.

Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar nove dias após a cirurgia, com o esquema de tratamento para sífilis terciária.

No seguimento pós-cirúrgico, o paciente evoluiu sem intercorrências, com acompanhamento clínico regular.

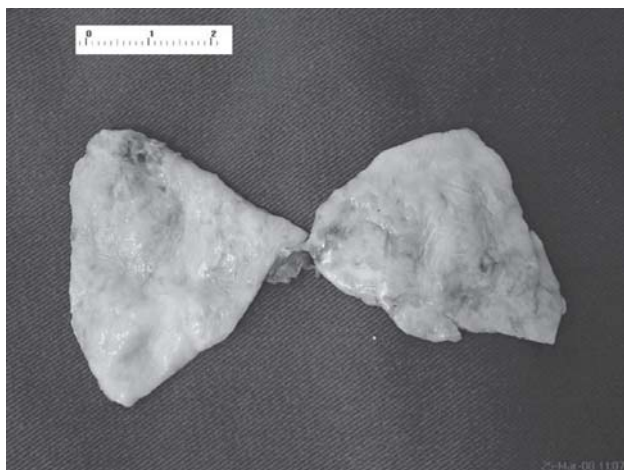


Fig. 4 - Peça cirúrgica (aorta torácica), demonstrando aspecto rugoso, de coloração amarelada, com espessamento de sua parede, o que sugere o quadro degenerativo da raiz da aorta.

DISCUSSÃO

A lesão básica da sífilis cardiovascular é a aortite. Miocardite e gomas sífilíticas miocárdicas são raras. Existe, com certa frequência, uma associação desta lesão com insuficiência coronariana, devido à presença de contiguidade [2]. O caso descrito não apresentou tal associação, confirmado pelo cateterismo cardíaco e durante o ato cirúrgico, apesar de dores torácicas relatadas pelo paciente.

O comprometimento valvar no caso descrito ocorre devido ao alargamento no anel aórtico, conseqüente à dilatação da aorta. Não é frequente a agressão direta às

válvulas pela doença, porém devido a quadro de insuficiência grave, foi necessário substituí-la.

O paciente apresenta quadro de insuficiência cardíaca devido à presença crônica de regurgitação aórtica não tratada. Não foram observadas lesões sífilíticas miocárdicas.

Há a disponibilidade de exames complementares mais sensíveis (como a tomografia computadorizada), que são de escolha em casos de lesões aórticas [2], mas o ecocardiograma e o cateterismo cardíaco foram o bastante para definir a lesão com acurácia suficiente, para a indicação cirúrgica.

Durante o ato cirúrgico, logo após a toracotomia, foi observado que a raiz da aorta apresentava aspecto rugoso e coloração amarelada. Ao toque, a aorta era endurecida e apresentava irregularidades. Foi então sugerida a hipótese diagnóstica descrita.

Outros diagnósticos foram cogitados – a arterite de células gigantes (ou arterite temporal) e a arterite de Takayasu - devido ao acometimento da aorta por ambas as patologias. Apesar da arterite de células gigantes acometerem artérias de maior calibre, como artérias temporais, carótida, vertebrais e aorta, acomete mais comumente idosos. Já a arterite de Takayasu, que também envolve artérias de grande calibre, notadamente por meio de lesões inflamatórias estenóticas de aorta e seus ramos primários, acomete mais comumente mulheres jovens [6]. Ambas as doenças foram descartadas, devido a quadro clínico e confirmação sorológica da doença de base do paciente.

Em relatos anteriores, usa-se a canulação femoral para CEC, devido ao processo inflamatório extenso na aorta ascendente. Optamos pela canulação aórtica na transição entre a aorta ascendente e o arco aórtico devido ao processo inflamatório ser restrito à raiz da aorta.

O tratamento pós-operatório com penicilina benzatina, em doses recomendadas para a sífilis terciária, é regularmente implementado para que diminua as chances de recidiva. Porém, sabe-se que, mesmo com a eliminação do *Treponema Pallidum* do sistema, a chance de recidiva da doença ainda persiste [3]. Devido a isso, há a necessidade de um acompanhamento em longo prazo do paciente.

Aortite sífilítica é uma manifestação de sífilis adquirida, não ocorrendo em sífilis congênita. Atualmente, as manifestações da sífilis terciária são menos comuns, devido ao advento do tratamento com penicilina [2]. Porém, precisamos ter em mente que há uma relação direta com o nível sociocultural do paciente e o desenvolvimento da doença.

O tratamento da aortite sífilítica complicada é cirúrgico. O diagnóstico de aortite sífilítica é pouco cogitado atualmente pela raridade do caso, pois o tratamento atual

com antibioticoterapia é amplamente realizado e, se tratado corretamente, é extremamente eficaz. Nesse caso, a experiência do cirurgião foi primordial para o diagnóstico, já que não se cogitava a hipótese antes da observação da lesão na aorta. No Brasil, ainda temos conflitos socioculturais importantes, refletindo na saúde social – o que faz com que a sífilis seja um diagnóstico possível.

REFERÊNCIAS

1. Machado MN, Trindade PF, Miranda RC, Maia LN. Lesão bilateral dos óstios coronários na sífilis cardiovascular: relato de caso. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2008;23(1):129-31.
2. Corso RB, Kraychete N, Nardeli S, Moitinho R, Ouvires C, Barbosa PJ, et al. Aneurisma luético de arco aórtico roto, complicado pela oclusão de vasos braquiocefálicos e acidente vascular encefálico isquêmico: relato de caso tratado cirurgicamente. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2002;17(2):63-9.
3. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-26.
4. Carrada-Bravo T. Sífilis cardiovascular: diagnóstico y tratamiento. *Arch Cardio Mex*. 2006;76 Supl(4):189-96.
5. Mattos AD. Sífilis cardiovascular. *An Bras Dermat*. 1970;45:267.
6. Cruz BA. Arterite de Takayasu e arterite temporal (arterite de células gigantes). *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(2):106-9.