

HEMOPTISE COMO MANIFESTAÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE

HEMOPTYSIS AS A CLINICAL MANIFESTATION OF A THORACIC AORTIC ANEURYSM

Miguel Ângelo Martins de Castro Júnior – TCBC-RS¹;
Cácio Ricardo Wietzycoski²; Cleiton Bicca Mespague²

INTRODUÇÃO

Aneurisma é o termo utilizado para denominar a dilatação patológica de um segmento de vaso sanguíneo. Nos casos de aneurisma de aorta torácica, estima-se que a aorta ascendente esteja envolvida em cerca de 45% dos casos, o arco da aorta em 10% dos casos e a aorta descendente em 35%.

Hemoptise maciça é uma complicação comum de enfermidades como bronquiectasia, tuberculose, micetoma e neoplasia pulmonar¹. Sua ocorrência devido à fistulização de aneurisma para a árvore brônquica é incomum.

O objetivo deste trabalho é mostrar a importância de se suspeitar de fístula aorto-brônquica por rompimento de aneurisma de aorta torácica frente a um paciente que se apresenta com hemoptise maciça. Pretende-se demonstrar também a importância da Tomografia Computadorizada (TC) de tórax no diagnóstico diferencial desta grave doença, o que possibilita tratamento rápido e efetivo, e diminui a morbidade e a mortalidade destes pacientes de alto risco.

RELATO DO CASO

Paciente de 62 anos, feminina, branca, obesa, internada com o diagnóstico de lombalgia esquerda, irradiada para ambos flancos e de forte intensidade. Tabagista há 40 anos de 20 cigarros/dia, sem hipertensão ou etilismo. A ecografia abdominal demonstrou litíase vesicular, que foi tida como causa do quadro clínico. Radiologicamente foi evidenciada consolidação em lobo inferior esquerdo (LIE), interpretada como área broncopneumônica.

Após quatro dias de hospitalização, apresentou dor retroesternal, acompanhada de dispnéia e em 48 horas teve episódios de hemoptise. Realizou-se TC, na qual evidenciou-se lesão consolidativa do LIE associada à alteração mediastinal justaposta à aorta (Figura 1). No mesmo dia apresentou piora da dispnéia e instabilidade hemodinâmica, associada à opacificação total do hemitórax esquerdo, onde toracocentese evidenciou presença de sangue. Colocado dreno torácico pelo cirurgião plantonista, sem melhora clínica e radiológica. Avaliada pela Cirurgia Torácica foi formulada a hipótese de

aneurisma de aorta torácica com penetração para LIE e consequente hemoptise que evoluiu com o rompimento para espaço pleural e hemotórax maciço coagulado (Figura 2).

Após recuperação hemodinâmica, a paciente foi submetida à toracotomia posterolateral esquerda com isolamento aórtico acima e abaixo da área de aderência com o lobo pulmonar inferior. Após clampeamento aórtico, o LIE foi ressecado por encontrar-se destruído pela presença de coágulo no seu interior. Posteriormente, foi abordado o aneurisma com realização de bypass aorto-aórtico com prótese Microvulver® 10mm pela equipe de cirurgia vascular. Paciente foi enviada à UTI, evoluindo para óbito em 12 horas devido a parada cardiorrespiratória não responsiva às manobras de ressuscitação.



Figura 1 – Lesão consolidativa em mediastino e lobo inferior esquerdo.

DISCUSSÃO

Nos aneurismas da aorta, a causa mais freqüente é a aterosclerose, principalmente, nos de localização abdominal onde se encontram 75% dos aneurismas ateroscleróticos. Outras causas de aneurismas aórticos são: necrose cística da média, sífilis, tuberculose e traumatismos.

1. Cirurgião Torácico da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil; e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (HU -FURG)
2. Acadêmico de Medicina e estagiário do Serviço de Cirurgia Torácica da ACSCRG e HU-FURG.

Recebido em 21/05/2003

Aceito para publicação em 27/04/2004

Trabalho realizado na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.



Figura 2 – Hemotórax maciço a esquerda com dreno torácico (seta) em meio ao grande coágulo retido.

Geralmente os aneurismas aórticos são assintomáticos por longos períodos. No aneurisma de aorta ascendente a dor, quando presente, é precordial podendo irradiar-se para o pescoço se houver comprometimento do arco da aorta. No caso da aorta descendente a dor localiza-se nas costas, geralmente na região interescapular. A complicação mais grave do aneurisma aórtico é a ruptura, mais comumente ocorrendo sem sinais prévios. O risco de ruptura em cinco anos para aneurismas com menos de 5 cm de diâmetro é de 1 a 2%, enquanto nos aneurismas com mais de 5 cm de diâmetro passa a ser de 20 a 40%. Deste modo, a correção cirúrgica está indicada para pacientes com lesões aneurismáticas maiores que 5cm.

O rompimento de um aneurisma de aorta torácica com formação de fístula aorto-brônquica, manifestando-se com hemoptise maciça é uma situação incomum, tendo poucos casos semelhantes descritos na literatura¹⁻⁴.

Frente ao paciente que apresenta hemoptise franca, com controle radiológico indicando alargamento do mediastino ou história de trauma torácico ou aneurismectomia prévia deve-se suspeitar de ruptura aneurismática com formação de fístula aortobrônquica. O diagnóstico diferencial deve ser feito com tuberculose, bronquiectasias, carcinoma brônquico, aspergiloma, entre outros. As dissecções da aorta também devem entrar no diagnóstico diferencial. A dissecção crônica tipo III da aorta (laceração da íntima que ocorre na aorta descendente) poderia ser uma possibilidade diagnóstica para este caso.

A consolidação pulmonar devido à hemorragia através da fístula é o principal achado clínico-radiológico nos casos de fistulização^{1,5}. A Tomografia Computadorizada (TC), por detalhar o tamanho e a localização dos aneurismas de aorta torácica e abdominal e por não ser invasiva, tem sido considerada como padrão ouro no diagnóstico e seguimento destes¹. Além disso, a TC de tórax mostra-se eficaz na delimitação entre a árvore brônquica e a formação aneurismática da aorta torácica. Alguns autores classificam a TC de tórax como procedimento de escolha para o diagnóstico de fístula aortobronquial, já outros demonstraram que a TC raramente pode dar uma boa visualização do caminho fistuloso⁵. A aortografia também se mostrou eficaz na demonstração do aneurisma, porém, por ser invasiva e pela dificuldade técnica em ser realizada de forma não eletiva é suplantada pela tomografia^{1,5}. Frente ao diagnóstico conclusivo de ruptura do aneurisma, o tratamento cirúrgico deve ser imediato, pois, se diagnosticado e tratado precocemente, a sobrevivência ultrapassa 80%. No entanto, se não diagnosticada, esta entidade é invariavelmente fatal.

Desta forma, a presença de fístula aorto-brônquica deve sempre ser suspeitada frente à hemoptise maciça, e o diagnóstico diferencial deve ser procedido o mais rapidamente possível. A abordagem terapêutica deve visar à estabilização hemodinâmica do paciente e à manutenção de via aérea pérvia. A instauração de tratamento cirúrgico definitivo deve ser precoce.

ABSTRACT

Aortotracheal fistula is a rare condition that is invariably fatal if not diagnosed and surgically treated. Patients usually present with small intermittent hemoptysis. The findings using computerized tomography (CT) are usually diagnostic. CT should be considered in the initial investigation of patients suspected to have such a disease. A 62-year-old woman with an aneurysm of the descending thoracic aorta presented with new-onset back pain and hemoptysis. The hemoptysis was thought to be the result of invasion of the bronchial tree by the aneurysm.

Key Words: Hemoptysis; Aortic aneurysm, thoracic; Aorta, thoracic.

REFERÊNCIAS

1. Julià-Serdà G, Freixinet J, Abad C, et al. - Massive hemoptysis as a manifestation of fistulized thoracic aortic aneurysms into the bronchial tree. *J Cardiovasc Surg*, 1996, 37(4):417-419.
2. Ramírez MT, Alvarez-Sala R, Martínez M, et al. - Thoracic aortic aneurysm: a new etiology of pulmonary cavity. *J Cardiovasc Surg*, 1999; 40(2):281-283.
3. Schils F, Deprez AF, Creemers E, et al. - Rupture of a thoracic aneurysm in the left bronchus. *Acta Chir Belg*, 2000, 100(2): 74-76.

4. Elkettani C, Badaoui R, Touati G, et al. - Fistule aortobronchique à partir d'un anéurisme infectieux de l'aorte thoracique. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2003, 22(2):130-132.
5. Collard HR, Gruber MP, Weinberger SE, et al. - Clinical problem-solving. Anatomy of a diagnosis. *N Engl J Med*, 2003, 349(10):987-992.

Correspondência:

Miguel Angelo Martins de Castro Junior
Rua Duque de Caxias, 585 - Centro - Rio Grande - RS - 96200-020
E-mail: miguelacjr@hotmail.com
Telefone: (53) 232-1914