

RELATO DE CASO: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO, ESTRATÉGIAS INTRA-OPERATÓRIAS

Heidi Shiho Nagatani Feitoza¹; Izabella D. Correia Passamani²; João F. Correia Passamani³; Lara Cossetti Antoniazzi²; Samuel Miranda Coelho²

1.Cirurgiã vascular com formação no HEJSN.

2.Acadêmicos de medicina na Faculdade Brasileira – MULTIVIX-Vitória.

3.Cirurgião vascular do HEJSN.

RESUMO

Mulher de 82 anos, hipertensa, iniciou quadro de afasia e dor em fossa ilíaca direita e flanco direito com piora progressiva dos sintomas. Foi solicitado tomografia computadorizada de abdome e pelve, que evidenciou dilatação aneurismática fusiforme justa renal, de maior diâmetro 8,5 cm, que se estende até bifurcação de aorta. Foi feita a tentativa de bypass aorto-bifemoral sem sucesso, sendo então realizado bypass axilo-bifemoral com ligadura de aorta infrarrenal. Após 30 minutos do término do procedimento, paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso e óbito.

Palavras-chave: aneurisma roto, aorta abdominal, cirurgia.

ABSTRACT

An 82-year-old female patient, hypertensive, was admitted with aphasia and progressive abdominal pain in the right iliac region and right flank. It was required computed tomography of the abdomen and pelvis, which showed an aneurysmal fusiform dilatation, largest diameter 8,5 cm, close to renal arteries extending to the aorta artery's bifurcation. An aorto-bifemoral bypass was attempted without success, followed by an axillary-bifemoral bypass with infrarenal aortic ligation. 30 minutes after the end of the procedure, patient developed cardiorespiratory arrest in pulseless electrical activity and death.

Keywords: Ruptured aneurysm, abdominal aorta artery, surgery.

INTRODUÇÃO

Os aneurismas são definidos como uma dilatação focal maior que 50% do diâmetro esperado de uma artéria normal. Aproximadamente todos os aneurismas de aorta abdominal (AAAs) envolvem a aorta infrarrenal, no entanto, 5 a 15% dos AAAs que são submetidos à cirurgia aberta de reparo também envolvem a aorta suprarrenal. Os AAAs afetam primariamente a população com idade maior do que 50 anos, é seis vezes mais comum em homens do que em mulheres e de duas a três vezes mais em homens brancos do que em homens negros.

A incidência reportada de ruptura de AAA varia de 1 a 21 por 100.000 pessoas por ano. Para pacientes acima dos 50 anos, a incidência de ruptura de AAA é muito maior porque há um aumento drástico com a idade. A prevalência de AAAs em uma certa população depende da presença de fatores de riscos associados, como: idade avançada, gênero masculino, raça branca, presença de histórico familiar, tabagismo, hipertensão, hipercolesterolemia, doença arterial obstrutiva periférica e doenças de artérias coronárias (CRONENWETT, 2014).

Até agora, o tamanho do AAA foi considerado o fator mais importante na determinação do risco de ruptura (INZOLI, 1993). Exames de imagem, como a tomografia computadorizada,

podem ajudar no diagnóstico, fornecendo mais acurácia das medidas do diâmetro da artéria (CRONENWETT, 2014).

O único tratamento para aneurisma de aorta abdominal roto (AAAR) é a cirurgia de emergência, que possui uma alta taxa de mortalidade operatória (BOWN, 2002). Por mais de 50 anos, os aneurismas da aorta foram tratados com reparação cirúrgica aberta profilática, no entanto, essa técnica tem uma mortalidade em 30 dias de 4 % a 12%. A correção de aneurisma por meio de intervenção endovascular é uma nova tecnologia para o tratamento de pacientes com AAA (GREENHALGH, 2004).

Sabe-se que o AAAR é um dos mais significantes desafios para os serviços de saúde (BOWN, 2002). A taxa de mortalidade do AAAR varia entre 85% e 95%. A maioria dos pacientes morre sem nunca chegar ao hospital, e, daqueles que chegam, 30% a 70% sobrevivem (KNIEMEYER, 2000).

OBJETIVOS

Relatar um caso de aneurisma de aorta abdominal roto, sua apresentação clínica, diagnóstico e breve revisão da literatura.

MÉTODO

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido, e revisão da literatura. O prontuário do paciente foi escolhido por meio da relevância e importância do caso em um hospital estadual de referência no Espírito Santo.

RESULTADOS

Paciente do sexo feminino, 82 anos, com hipertensão arterial sistêmica (HAS), iniciou quadro de afasia e dor em fossa ilíaca direita (FID) e flanco direito há 12 horas, com piora progressiva. Ao exame físico, apresentava-se hipocorada +/4, desidratada ++/4, pressão arterial (PA) 150/80, abdome com paredes flácidas, dor abdominal a palpção de FID, Blumberg negativo, massa abdominal pulsátil palpável desde epigástrio até hipogástrio. Foi solicitado tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, que evidenciou aorta com calibre de 3,6 cm em região supracelíaca e dilatação aneurismática fusiforme justa renal que se estende até bifurcação de aorta, diâmetro máximo de 8,5 cm. A paciente apresentava-se em uso de Losartana e Atenolol. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica, sob anestesia geral. Foi realizada incisão mediana xifo-púbica, seguida de dissecação por planos até a cavidade abdominal. No inventário de cavidade abdominal, havia presença de cerca de 500ml de sangue livre em cavidade e hematoma em retroperitônio (zona 1) sem sinais de expansão. Foi feita, sem sucesso, a tentativa de bypass aorto-bifemoral, devido a sangramento e frialdade intensa de parede de aorta toraco-abdominal em toda sua extensão por acometimento de aterosclerose avançada. Realizado bypass axilo-bifemoral com ligadura de aorta infrarrenal. Paciente apresentou sangramento volumoso durante ato operatório, recebendo no total oito concentrados de hemácias e oito bolsas de plasma fresco, além de plaquetas, pois apresentava contagem de plaquetas de 23.000/mm³. Após 30 minutos do término do procedimento, paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória (PCR) ematividade

elétrica sem pulso (AESP), tendo sido realizadas manobras de ressuscitação cárdio pulmonar (RCP) segundo protocolo de Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS), no entanto, sem sucesso.

CONCLUSÃO

Uma das principais estratégias operatórias é a cirurgia aberta de reparo, tendo a aproximação transperitoneal como exemplo. A cirurgia transperitoneal tem sido designada para tratamento de AAA roto (AAAR), permitindo proteção, rapidez e controle efetivo da aorta proximal. A incisão medial permite que haja uma exposição da aorta abdominal e o rápido controle das artérias supracelíaca, infrarrenal e ilíaca, se necessário.

Durante o reparo do AAAR aberto, uma vez realizado o controle proximal, deve-se permitir que a equipe de anestesia realize ressuscitação antes da exposição e abertura do saco de aneurisma. A ligação ou clamp da artéria lombar antes da abertura do saco do aneurisma também ajuda a limitar a perda excessiva de sangue. Assim que há a abertura do saco do aneurisma, o sangue retrógrado da mesentérica inferior e das artérias lombares residuais é controlado por um ligamento de sutura.

A anastomose proximal termino-terminal para a reconstrução aortofemoral pode ser iniciada com a colocação do clamp cruzado na aorta infrarrenal em uma direção anteroposterior o mais perto possível da origem das artérias renais. A aorta é grampeada ou ocluída por um clamp secundário próximo da origem da artéria mesentérica inferior. Após a excisão de um pequeno segmento aórtico, deve-se executar uma tromboendarterectomia completa. Um breve controle com compressão digital ou clamp da aorta justarrenal pode ser necessário para completar a tromboendarterectomia. Essa técnica permite que o enxerto deite contra a coluna vertebral e resulte em menor turbulência do fluxo.

O bypass axilofemoral depende da disponibilidade de uma artéria axilar saudável para levar sangue do braço ipsilateral para uma ou ambas as pernas. Esse bypass, assim como qualquer outro método de intervenção primária ou secundária de doença aorto-ilíaca infrarrenal, deve ser comparado com o bypass femoral. Recentes estudos demonstram que o bypass axilofemoral é uma alternativa excelente para pacientes frágeis, idosos com presença de doença da artéria ilíaca bilateral e para aqueles com outras comorbidades. No entanto, a escolha entre o bypass aortofemoral e axilofemoral é pouco clara. A definição “auto risco” é muito subjetiva e o limite para escolha do bypass axilofemoral sobre o aortofemoral é bastante variável entre os cirurgiões (CRONENWETT, 2014).

Por se tratar de um dos mais significantes desafios para o serviço de saúde, devido à alta taxa de mortalidade, o AAA deve ser abordado de forma minuciosa pelos cirurgiões, que devem ter conhecimento das diversas estratégias intraoperatórias, inclusive as extra-anatômicas, que podem ser utilizadas para a estabilização do doente, deixando para um segundo tempo o tratamento definitivo. O cirurgião deve estar apto a reconhecer a melhor técnica para cada caso e oferecer o tratamento mais eficaz, de forma que, em casos instáveis, deve-se realizar o controle do sangramento e estabilização clínica intraoperatória, com auxílio da equipe de anestesiologia. Além disso, é importante que o atendimento seja realizado em centros referenciados e com serviço de hemodinâmica quando possível.

REFERÊNCIAS

BOWN, M. J. et al. A meta-analysis of 50 years of ruptured abdominal aortic aneurysm repair. **British Journal of Surgery**, v. 89, n. 6, p. 714-730, 2002.

CRONENWETT, Jack L.; JOHNSTON, K. Wayne. **Rutherford's vascular surgery**. Elsevier Health Sciences, 2014.

FILLINGER, Mark F. et al. In vivo analysis of mechanical wall stress and abdominal aortic aneurysm rupture risk. **Journal of vascular surgery**, v. 36, n. 3, p. 589-597, 2002.

FILLINGER, Mark F. et al. Prediction of rupture risk in abdominal aortic aneurysm during observation: wall stress versus diameter. **Journal of vascular surgery**, v. 37, n. 4, p. 724-732, 2003.

GREENHALGH, R. M.; THE, E. V. A. R. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 364, n. 9437, p. 843-848, 2004.

INZOLI, Fabio et al. Biomechanical factors in abdominal aortic aneurysm rupture. **European journal of vascular surgery**, v. 7, n. 6, p. 667-674, 1993.

KNIEMEYER, H. W. et al. Treatment of ruptured abdominal aortic aneurysm, a permanent challenge or a waste of resources? Prediction of outcome using a multi-organ-dysfunction score. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, v. 19, n. 2, p. 190-196, 2000.