

Aneurismas da Aorta Abdominal

*Francisco Leandro Araújo Júnior
Cícero Rodrigues*

INTRODUÇÃO

Aneurisma da aorta abdominal é uma dilatação anormal (maior que 50% do esperado para aquele segmento), permanente e focal desta artéria, sendo na maioria das vezes (80%) infra-renal.

É uma patologia de alta incidência em indivíduos acima dos 65 anos de idade, cursando silenciosamente em grande parte dos casos, está associada à presença de hipertensão arterial e é freqüentemente diagnosticada incidentalmente quando da realização de exames para outras patologias.⁸



Figura 1 – Protusão abdominal de aneurisma da aorta abdominal.

História natural e prevalência

O AAA é uma patologia de evolução imprevisível mas, há vários estudos mostrando que a dilatação aórtica tenderá para a rotura e que quanto maior o seu diâmetro maior é este risco. Como se disse anteriormente, a grande maioria dos AAA são assintomáticos, podendo ser a rotura a primeira manifestação clínica. Com o advento da ultra-sonografia começou-se a diagnosticar cada vez mais aneurismas e foi possível rastrear populações com o objetivo de se identificar a incidência desta patologia. Os principais estudos de rastreamento têm mostrado diferentes incidências que variam em função da idade, sexo e doenças associadas.

Hoje, sabemos que indivíduos masculinos, acima de 65 anos, apresentam 5% de chance de portarem um AAA, e estes forem

hipertensos esta incidência aumenta para 12%. Em parentes de 1º grau de portadores de AAA o risco é de 25%.^{1,2,5}

DIAGNÓSTICO

Apresentação Clínica

Metade dos pacientes com AAA tem uma tumoração pulsátil no abdômen que pode ser palpada primeiramente pelo seu médico assistente, ou por ele próprio, quando se refere à presença de um segundo “coração na barriga”.

Outros pacientes já se apresentam com diagnóstico firmado através de ultra-sonografia solicitada para outro fim, geralmente doença prostática. Alguns sentem dor lombar ou abdominal que pode ser confundida com qualquer outra patologia cavitária ou retroperitoneal. Em caso de dor, devemos sempre suspeitar de expansão rápida do aneurisma, fissura ou mesmo rotura. Às vezes, a dor acontece por erosão vertebral ou inflamação.

Não esquecer de palpar outras áreas à procura de outros aneurismas que podem vir associados ao AAA. Lembrar também que 1/3 dos AAA não serão facilmente palpados em função do tamanho, diâmetro do abdômen, e da experiência do examinador.

Exames complementares

A ultra-sonografia abdominal é um método que em mãos experientes, pode diagnosticar cerca de 100% dos AAA. Tem as vantagens de ser barato, facilmente ser realizado, (às vezes à beira do leito), não emite radiação, podendo ser repetido quando necessário. As principais desvantagens são: a presença de gás intra-abdominal limitando a qualidade do exame e a dificuldade em demonstrar a origem das artérias renais.⁹

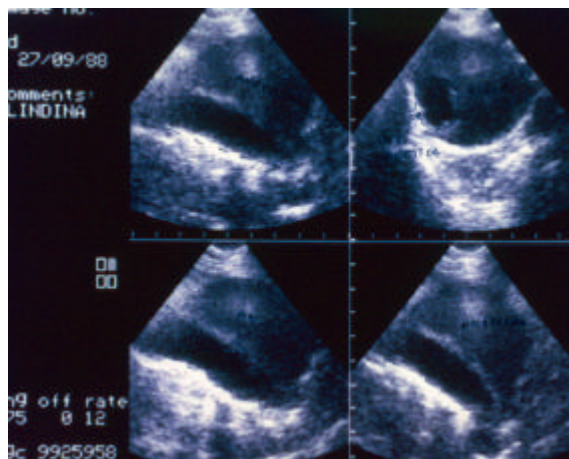


Figura 2a – Ultra-som de aorta abdominal, cortes longitudinais.

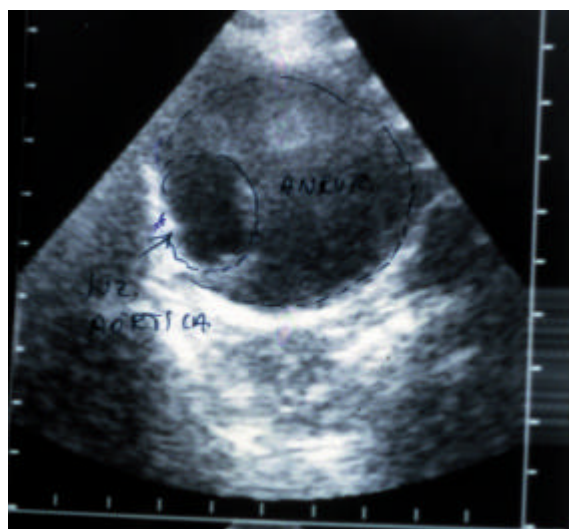


Figura 2b – Ultra-sonografia de aorta abdominal, corte transversal.

A tomografia axial computadorizada (TAC) é um exame de grande especificidade, evidenciando os diâmetros do aneurisma com sensível precisão, identificando as origens das artérias renais e vasos mesentéricos, avaliando as paredes do aneurisma, sendo por isso, importante no diagnóstico daqueles com características inflamatórias. A TAC é o exame de escolha nos casos onde há dúvida sobre a integridade do aneurisma (fissura ou rotura). As principais desvantagens são: preço relativamente elevado, radiação a emissão de Rx, uso de contraste, não poder ser realizado à beira do leito e não poder ser feito com frequência.

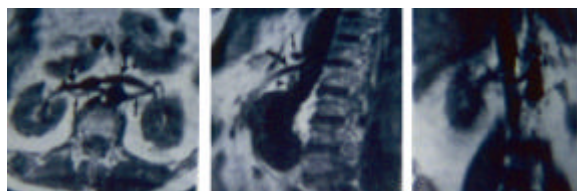


Figura 3 – Tomografia axial computadorizada de aneurisma da aorta abdominal.

A angioressonância é um exame com sensibilidade semelhante à tomografia quando realizado em aparelhos de 1 a 1,5 Tesla e sem contraste. Com o aperfeiçoamento dos equipamentos (2 Tesla) e o uso do contraste não iodado (gadolínio) este método poderá, no futuro, associado à ultra-sonografia, substituir a arteriografia.⁹ Tem a desvantagem de ser caro e não estar disponível na maioria dos hospitais (figura 4).

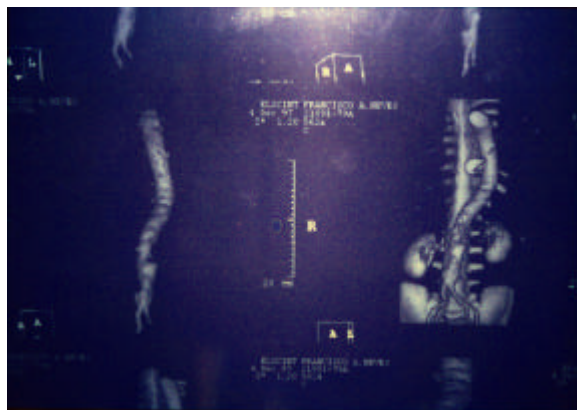


Figura 4 – Angioressonância.

A arteriografia não deve ser usado como método diagnóstico, uma vez que, a presença de trombos murais dificultam a definição do diâmetro e a extensão do aneurisma. Entretanto, será de muita ajuda quando: houver doença vascular oclusiva de membros inferiores, angina mesentérica, hipertensão reno-vascular, rim em ferradura e na presença de um sopro abdominal não esclarecido. Por ser um método invasivo, a arteriografia vem sendo usada cada vez menos, especialmente, pelo aumento da precisão dos exames supra-citados.⁹

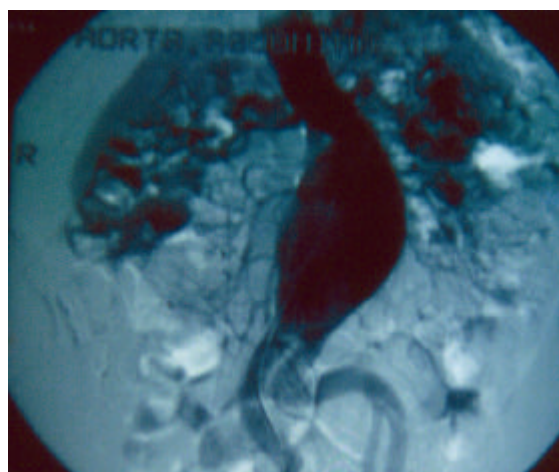


Figura 5 – Arteriografia.

TRATAMENTO

Como a evolução dos AAA é para o crescimento constante e a eventual rotura, o tratamento cirúrgico visa a cirurgia profilática, evitando esta catastrófica complicação.

A seguir, daremos alguns dados de literatura para justificar uma política de intervenção cirúrgica:

- em 1950, Estes e cols. acompanharam 102 pacientes com AAA sem tratamento e observou que houve 20% de rotura no primeiro ano de seguimento e 50% após 5 anos do diagnóstico. Após 10 anos de seguimento, todos haviam morrido.¹⁰
- Em 1966, Szilagy e cols. observaram que o índice de rotura para AAA com diâmetro entre 5-6 cm era de 19.5% e acima de 6 cm era de 43%.
- Em 1981, Crawford e cols. apresentaram uma mortalidade de 1.4% para os pacientes tratados cirurgicamente. Após este trabalho, as grandes séries da literatura têm apresentado também bons resultados, com mortalidade semelhante.⁶

Já os AAA rotos apresentam um mortalidade elevadíssima (50 a 80%). Portanto, os aneurismas passam a ter indicação cirúrgica em função dos riscos de rotura,²

O risco de rotura é diretamente proporcional ao diâmetro do aneurisma. Na prática, temos seguido a seguinte rotina:

- a) Aneurismas menores de 4 cm fazer acompanhamento com ultra-sonografia a cada 6 meses.
- b) Aneurismas entre 4-5 cm, é oferecido o tratamento cirúrgico para os pacientes mais jovens e de bom risco.
- c) Aneurismas maiores de 5 cm fazer tratamento cirúrgico (alto risco de rotura)

É importante lembrar que o crescimento médio do aneurisma é de 3 mm/ano e que no acompanhamento com ultra-sonografia, estes deveriam ser realizado com intervalos de 6 meses.

Detalhes anatômicos na cirurgia dos aneurismas:

- a) Colo proximal longo: como o colo é o espaço entre a origem das renais e o início da dilatação, quanto maior o colo mais fácil se torna o procedimento.
- b) Presença de cálcio: quanto menos calcificada for a parede do aneurisma mais fácil se torna a cirurgia.
- c) Colo distal: Quando existe, é o espaço compreendido entre o fim da dilatação aneurismática e a bifurcação aórtica. A presença deste detalhe anatômico permite a interposição de uma prótese reta com anastomose aorto-aórtica, o que muito facilita a cirurgia e diminui a morbimortalidade.

Situações excepcionais: aneurismas rotos e inflamatórios.

Os aneurismas rotos são aqueles onde houve solução de continuidade da parede aórtica, seja para a cavidade abdominal ou para o

retro-peritônio. Estes podem se apresentar de três formas:

- a) dor numa massa abdominal pulsátil;
- b) pacientes que já sabiam ser portadores de AAA e começam a apresentar dor abdominal ou lombar e palpação dolorosa da massa aneurismática;
- c) pacientes com quadros semelhantes aos descritos acima e em choque hipovolêmico.

Nestas situações, não contemporizar a indicação cirúrgica, perdendo tempo com exames desnecessários. Levar o paciente para o centro cirúrgico e explorar o abdome pode ser a única chance de salvá-lo!!!

Os aneurismas inflamatórios são aneurismas onde pode-se observar intensa atividade inflamatória na parede abdominal expressa clinicamente por provas de atividade inflamatórias positivas, dor abdominal e, às vezes, perda de peso.

O melhor método diagnóstico por imagem nestes casos é a TAC que mostrará grande espessamento da parede do aneurisma e do ponto de vista laboratorial a presença de uma VSH elevada praticamente sela o diagnóstico.

Lembrar que, mesmo com grande espessamento da parede, estes aneurismas podem romper.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No aneurisma da aorta abdominal é importante a avaliação clínica, e o diagnóstico preciso do tamanho para seu acompanhamento clínico ou tratamento cirúrgico adequado.

REFERÊNCIAS

1. Brabosa RD, Denardi MR, Romani Sobrinho Jr, Zorn WGN, Bellen B. Rastreamento com ultr-sonografia abdominal em irmãos com aneurisma da aorta abdominal. *Cir Vasc Angiol* 1995;11:68-71.
2. Begisson H, Bergqvist D. Ruptured abdominal aortic aneurism: a population-based study. *J Vasc Surg* 1993;18:74-80.
3. Bonamigo TP, Paiva HP. Aneurisma inflamatório da aorta abdominal. In: Bonamigo TP, Burihan E, Cinelli Jr M, von Ristow A. Doenças da aorta e seus ramos: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Fundo editorial BYK; 1991. p. 101-5.
4. Collin J, Araújo L, Walton J, Lindsell D. Oxford screening programme for abdominal aortic aneurysm in men aged 65 to 70 years. *Lancet* 1988;10:613-5.
5. Collin J, Walton J. Is abdominal aneurism familial? *Br Med J* 1989;299(6977):493.
6. Crawford ES, Salen AS, Babb JW, et al. Infrarenal abdominal aortic aneurysm factors influencing survival after operation performed over a 25 year period. *Ann Surg* 1981;193(6):699-709.

7. Estes Jr JE. Abdominal aortic aneurism: a study of one hundred and two cases. *Circulation*. 1950;2:258-64.
8. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, Shah DM, Hollier L, Stanley JC. Suggested standard for reporting an arterial aneurysm. *J Vasc Surg* 1991;13(3):452-8.
9. Pavone P, Di Cesare E, Di Renzi P, et al. Abdominal aortic aneurysm evaluation: comparison of US, CT, MRI and angiography. *Mag Reson Imaging* 1990;8(3):199-204.
10. Szilagyi DE, Smith RF, De Russo FJ, et al. Contribution of abdominal aortic aneurysmectomy to prolongation of life. *Ann Surg* 1966;164(4):678-99.

Versão prévia publicada:

Nenhuma

Conflito de interesse:

Nenhum declarado.

Fontes de fomento:

Nenhuma declarada.

Data da última modificação:

13 de outubro de 2000.

Como citar este capítulo:

Araújo L, Rodrigues C. Aneurismas da aorta abdominal. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em : URL: <http://www.lava.med.br/livro>

Sobre os autores:

Francisco Leandro Araújo Júnior
Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital
Universitário Oswaldo Cruz e do Hospital Esperança,
Recife, Brasil.

Cícero Rodrigues
Médico do Serviço de Cirurgia Vascular do
Hospital da Restauração,
Recife, Brasil.

Endereço para correspondência:

Leandro Araújo
Rua Carlos Porto Carreiro, 146
50070-090 Recife, PE.
Fax: +81 3231 2960
Fone: +81 3221 2430
Correio eletrônico: leandro@elogica.com.br