

Coordenador: Fausto Miranda Jr.

# Aneurisma volumoso da aorta abdominal, sintomático, em paciente com seqüela de dissecação aórtica toracoabdominal

*Symptomatic large abdominal aortic aneurysm in a patient with thoracoabdominal aortic dissection sequelae*

Telmo P. Bonamigo<sup>1</sup>, Lenine Cunha<sup>2</sup>, Nilton Brandão da Silva<sup>3</sup>

### Parte II - O que foi feito

Partimos do princípio que a dor rebelde e insuportável era devida à expansão aguda do aneurisma com ruptura contida e corrosão do corpo vertebral. Assim sendo, apesar das dificuldades de ordem anatômicas, seria fundamental que o procedimento fosse feito com sucesso.

A primeira grande dificuldade foi a presença da veia renal esquerda que, ao criar dificuldade para isolamento da porção infra-renal, foi simplesmente seccionada e ligada, já que o rim esquerdo era atrofico. Com essa manobra, obteve-se um campo cirúrgico mais favorável.

A segunda dificuldade foi conciliar a desproporção do diâmetro da aorta justarenal com o diâmetro

da prótese, já que o maior diâmetro de que dispúnhamos naquele momento era de 30 mm (Figura 5). Utilizamos o artifício de ampliar a “boca” da prótese com duas incisões longitudinais de 0,7 cm de extensão, colocadas em posição opostas. Após o pinçamento da aorta justarenal, procedeu-se à aortotomia, com remoção da grande quantidade de trombose, identificação da corrosão de dois corpos vertebrais e de uma importante reação fibrosa nessa área.

A seguir, através de compressão aórtica proximal, realizou-se a secção de porção do septo de dissecação existente ao nível da artéria renal, por aproximadamente um centímetro. De imediato, procedeu-se à anastomose proximal, com a obtenção de um bom ajuste entre as duas extremidades. Foi utilizado o corpo do enxerto reto na extensão de 5 cm e, na porção distal desta, foi anastomosado um enxerto bifurcado de 22 x 11 mm (Figura 6), com a mesma manobra de equalização das duas extremidades com diâmetros diferentes.

A anastomose distal direita foi feita na aorta ilíaca externa e a esquerda, na aorta femoral comum (Figura 7).

---

1. Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular, Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre. Professor adjunto de Cirurgia Vascular, Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre.

2. Chefe do Serviço de Tomografia Computadorizada, Hospital Santa Rita, Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia.

3. Doutor. Professor adjunto, Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre.

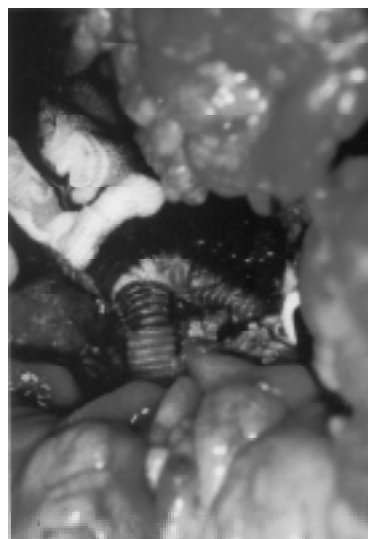


**Figura 5** - Enxerto de pericárdio bovino revestido por lâmina de Dacron, 30 mm.



**Figura 6** - Enxerto bifurcado pericárdio bovino revestido lâmina de Dacron, 22 x 11 mm.

Concluiu-se o procedimento com a utilização do 870 ml de sangue recuperado via *Cell Saver* e com administração de 2 U de CHAD, além de 4.000 ml de soro fisiológico, 4.000 ml de soro glicosado e 250 ml de manitol. O tempo de pinçamento aórtico foi de 51



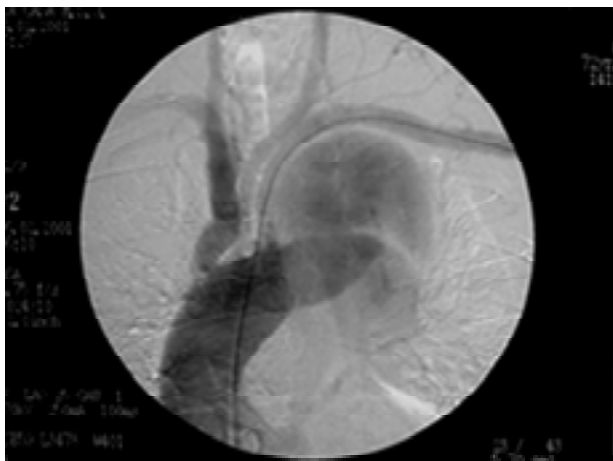
**Figura 7** - Anastomose distal esquerda na aorta femoral comum.

minutos. O volume urinário transoperatório foi de 350 ml e o tempo cirúrgico de quatro horas e 15 minutos.

A evolução ocorreu sem intercorrências maiores no período pós-operatório imediato, tendo o paciente permanecido 72h em unidade de cuidados intensivos, monitorizado, com boa estabilidade hemodinâmica e pressão arterial controlada. Apresentou somente febrícula persistente (37,8 °C a 38,2 °C) por nove dias, sem leucocitose, sepse ou outros sinais de complicações infecciosas localizadas, tendo recebido somente antibiótico profilático nas primeiras 48h. Obteve alta, com condição cardíaca, respiratória, abdominal e função renal normalizadas e leve dor abdominal. Após a alta, persistiu na semana seguinte com febre e uma nova tomografia de abdômen mostrou a presença de coleção, provavelmente serosa, localizada entre a prótese aórtica implantada e a parede original da aorta. Na ausência de outro sinal clínico que justificasse a permanência da febre, decidiu-se realizar punção diagnóstica guiada por tomografia da coleção, a qual revelou líquido seroso claro, cuja cultura não evidenciou presença de microrganismos nem leucócitos. Iniciou-se a administração de antibióticos (oxacilina e ciprofloxacina) desde as punções até o resultados das culturas. Novo controle tomográfico em 72h mostrou recidiva do seroma em menor intensidade, tendo sido realizada nova punção para drenagem. Houve, desde então, melhora clínica e nor-

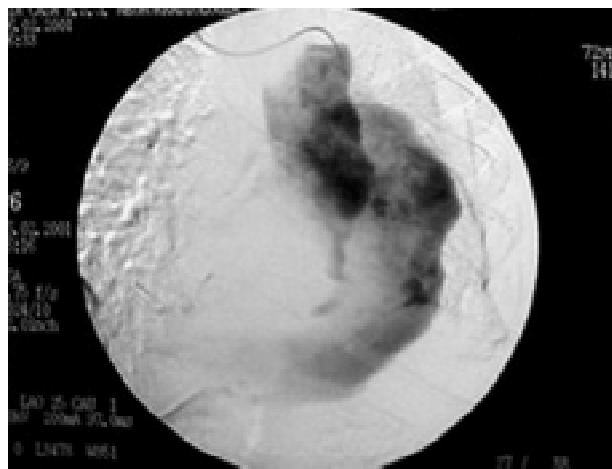
malização da curva térmica e decidiu-se pela manutenção da ciprofloxacina por via oral por 28 dias, devido aos riscos de infecção da prótese após a manipulação. O paciente não voltou a apresentar febre ou outra complicação, tendo recebido alta e retornado para sua cidade, mantendo o uso de medicações anti-hipertensivas e de ácido acetilsalicílico. Retomou parcialmente suas atividades normais e não necessitou nenhum atendimento médico especial com relação aos problemas da aorta, a não ser as revisões médicas de rotina para controle da pressão arterial e dos fatores de risco da doença aterosclerótica nos anos seguintes.

Somente em 2002, o paciente retornou com dor torácica aguda por expansão do aneurisma torácico que ocupava praticamente todo o hemitórax esquerdo e com função ventricular esquerda limítrofe (fração de ejeção ventricular esquerda - FEVE = 35%) (Figuras 8 e 9). Após discussão do caso com a equipe, optou-se



**Figura 8** - Aortografia torácica evidenciando o início da dissecação e o volumoso aneurisma dissecante.

pela inviabilidade de solução cirúrgica segura e decidiu-se pelo tratamento conservador, com a concordância do paciente e de seus familiares. O paciente permaneceu sob analgésicos e evoluiu para o óbito por ruptura poucas semanas depois.



**Figura 9** - Dilatação na transição tóracoabdominal e porção inicial do enxerto abdominal prévio normal.

Correspondência:

Dr. Telmo P. Bonamigo

Rua Coronel Bordini, 675/303

CEP 90440-001 - Porto Alegre - RS

Tel./Fax: (51) 3333.1642

E-mail: telmobonamigo@terra.com.br

O Jornal Vascular Brasileiro convida seus leitores a participar desta seção.  
Envie seu comentário sobre a conduta terapêutica aqui apresentada para o endereço  
[jvascbr@terra.com.br](mailto:jvascbr@terra.com.br)