

# Oclusão arterial aguda da aorta

*Acute arterial occlusion of the aorta*

João Luiz Sandri<sup>1</sup>, Fábio Luiz Costa Pereira<sup>2</sup>

## Parte II - Diagnóstico

### Conduta

O paciente encontrava-se anestesiado com bloqueio peridural e estava sendo submetido a um procedimento de embolectomia sem resultado satisfatório.

Nesta circunstância, pensou-se na possibilidade de dissecação aguda da aorta, embora a história não fosse típica e não houvesse relato de qualquer tipo de dor torácica. Contudo, considerou-se que o paciente era hipertenso severo e que havia necessidade de definir a existência ou não de dissecação imediatamente através de exame de boa qualidade. Decidimos encerrar o procedimento, suturando a arteriotomia e a incisão cirúrgica, e transportar o paciente para a sala de hemodinâmica para realização de um estudo angiográfico da aorta abdominal e das artérias ilíacas.

O paciente foi, então, submetido a angiografia digital da aorta e das artérias ilíacas (Figura 1), na qual

identificou-se a presença de trombo desde a aorta infra-renal distal até as artérias ilíacas.



**Figura 1** - Angiografia digital da aorta.

---

1. Professor Assistente, Clínica Cirúrgica, Escola Superior de Ciências, Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Cirurgião Vascular, Hospital Metropolitano.  
2. Cirurgião Vascular, Hospital Metropolitano.

O paciente foi, novamente, submetido a cirurgia, optando-se, desta vez, por uma abordagem extraperitoneal da aorta e da artéria ilíaca comum esquerda. A arteriotomia ilíaca comum esquerda mostrou o material tromboembólico com formato de canoa, sugerindo trombo desgarrado de parede aórtica proximal. Desta vez, obteve-se bom fluxo após a embolectomia com cateter de Fogarty nº 6 e a retirada de trombo antigo e bem formado, com 12 cm de comprimento e de cor vermelha alaranjada, evidenciando, claramente, fonte emboligênica não-cardíaca. Foi realizada abordagem da artéria femoral comum direita, mostrando, também, bom fluxo através do segmento ilíaco D. A árvore arterial distal mostrou-se isenta de trombos distais após passagem de cateteres de Fogarty nº 4.

O paciente evoluiu bem e prosseguiu-se com a investigação da fonte emboligênica.

A ecocardiografia transesofágica mostrou trombo mural flutuante (móvel) no cajado aórtico (Figura 2), e uma angiotomografia mostrou o grande trombo proximal flutuante aderido ao arco aórtico (Figura 3).

Após oito dias, o paciente foi, então, submetido a cirurgia da aorta torácica, com parada circulatória e com circulação extracorpórea, para a retirada do trombo mural aórtico. Notou-se uma pequena lesão da parede aórtica após a ressecção do restante do trombo (Figura 4).

O estudo anatomopatológico dos trombos retirados revelou que os mesmos eram antigos, compostos de fibrina, hemácias e neutrófilos, e foi inconclusivo.

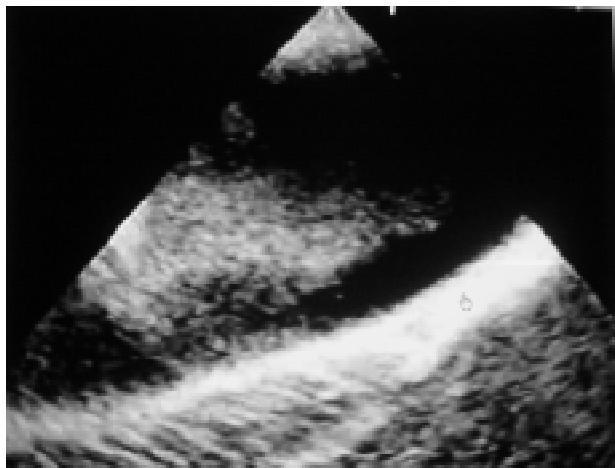


Figura 2 - Ecocardiografia transesofágica.



Figura 3 - Angiotomografia.

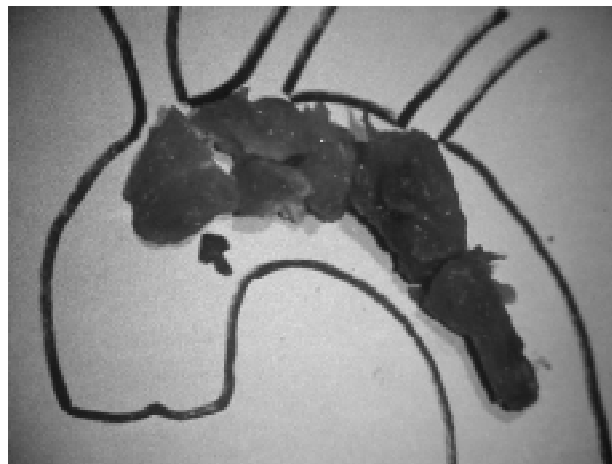


Figura 4 - Trombo aórtico mural retirado na cirurgia da aorta torácica.

O paciente teve uma recuperação sem problemas. No pós-operatório, foi mantido com heparina de baixo peso molecular e teve alta hospitalar em uso de anticoagulante oral para posterior investigação de fatores hematológicos trombofilicos.

#### Comentários

A dificuldade do estabelecimento de bom fluxo arterial durante uma embolectomia arterial, principalmente pelo lado esquerdo, onde a maioria das dissecções da aorta continuam com dissecção até a artéria ilíaca, nos fez pensar num quadro de dissecção da aorta<sup>1</sup>. É comum que o diagnóstico dessa condição seja

feito na hora em que o cateter de embolectomia não é bem sucedido em trazer trombos ou em restabelecer um bom fluxo em jato numa artéria femoral.

Embora a maioria dos êmbolos arteriais tenha origem no coração, cerca de 20% tem origem em outros locais ou é idiopática<sup>2,3</sup>.

Como os êmbolos apresentavam características morfológicas sugerindo fonte extracardiaca, o paciente foi examinado com ecocardiografia transesofágica (ETE)<sup>4</sup> e com angiotomografia da aorta torácica. A ETE mostrou um grande trombo flutuante na aorta, que foi confirmado na angiotomografia. Esses são os exames que mostram detalhes da patologia da aorta e que confirmam ou afastam a possibilidade de trombos intracavitários<sup>5</sup>. Confirmado o diagnóstico de trombo mural aórtico flutuante, o paciente foi, eletivamente, preparado para retirada do trombo da aorta, com parada cardíaca e circulação extracorpórea, a fim de se retirar o restante do trombo, que impunha risco de reembolização, com alta morbidade para o paciente<sup>6,7</sup>.

O paciente teve alta sem intercorrências e foi mantido em anticoagulação oral, sendo investigado para causas hematológicas e distúrbios da coagulação.

Deve-se sempre lembrar que, ao tratar uma embolia arterial, o cirurgião vascular está tratando uma complicação de uma doença de base cardíaca ou não, na maioria das vezes desconhecida do próprio paciente, e que deve ser investigada.

## Referências

1. Rabny N, Giles J, Walters H. Aortic dissection presenting as acute leg ischemia. *Clinical Radiol* 1990;42:116-7.
2. van Bellen B, Zorn WGW. Obstrução arterial aguda. In: Brito CJ. *Cirurgia Vascular*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter; 2002. p. 687-704.
3. Lastória S, Maffei FHA. Oclusões Arteriais Agudas. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. *Doenças Vasculares Periféricas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda.; 2002. p. 969-997.
4. Davila-Roman VG, Westerhausen D, Hopkins WE, Sicard GA, Barzalai B. Transesophageal echocardiography in the detection of cardiovascular sources of peripheral vascular embolism. *Ann Vasc Surg* 1995;115:432-7.
5. Nienaber CA, Von Kodolitsch Y, Nicolas V, et al. The diagnosis of thoracic aortic dissection by noninvasive imaging procedures. *N Engl J Med* 1993;328:1-9.
6. Culliford AT, Tunick PA, Katz ES, Kronzon I, Galloway AC, Ribakove GH. Initial experience with removal of protruding atheroma from the aortic arch: diagnosis by transesophageal echo, operative technique and follow-up. *J Am Coll Cardiol* 1993;21:342.
7. Kalangos A, Baldovinos A, Vuille C, Montessuit M, Faidutti B. Floating thrombus in the ascending aorta: a rare cause of peripheral emboli. *J Vasc Surg* 1997;26:150-4.

Correspondência:

Dr. João Luiz Sandri

Av. Nossa Senhora da Penha, 714/1006-8

CEP 29055-130 - Vitória - ES

E-mail: jlsandri@escelsa.com.br

*O conteúdo do J Vasc Br está disponível em português e em inglês*

*no site do Jornal Vascular Brasileiro em*

**www.jvascbr.com.br**