

Introdução

A Úlcera Penetrante (UP) de Aorta é caracterizada pela formação de uma placa aterosclerótica ulcerada que pode embolizar e gerar eventos agudos vasculares importantes, como isquemia e necrose devido à obstrução mecânica. Neste contexto, um êmbolo pode gerar a isquemia mesentérica, levando à interrupção abrupta do aporte sanguíneo para os órgãos abdominais. Este quadro isquêmico é responsável por cerca de 1% dos casos de abdome agudo vascular e tem 90% de mortalidade. Este estudo objetiva relatar o caso de uma paciente do sexo feminino de 64 anos, com diagnóstico de abdome agudo vascular por isquemia mesentérica devido a úlcera penetrante (UP) de Aorta.

Relato de caso

Mulher, 64 anos, tabagista 50 anos/maço, foi encaminhada ao Serviço de Emergência, por dor abdominal difusa, associada a vômitos há 1 dia. Na admissão, apresentava-se em regular estado geral, com abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes e difusamente doloroso, com descompressão brusca positiva. Foi solicitado angiotomografia de abdome que evidenciou trombo mural, não calcificado em artéria mesentérica superior, reduzindo a sua luz em cerca de 80% e placa aterosclerótica com penetração na camada íntima da artéria aorta, sugerindo úlcera penetrante de aorta. Optou-se por realizar abordagem cirúrgica, devido a 220 cm de íleo e ceco estarem com aspecto isquêmico, segmentos de necrose e trombo em veia e artéria ileocecolica. Foi feito enterectomia + colectomia direita + peritoneostomia + ileostomia e programado o second look. Após 48 horas durante a reabordagem, constatou-se lesão de alça do delgado a 130 cm do ângulo de Treitz, sem perfuração da mesma. Foi realizada a enterectomia segmentar de 5 cm à Barcelona e mantida a ileostomia. A paciente apresentou boa evolução clínica, recebeu alta no 17o dia de internação. Após 4 dias, retornou ao Hospital devido cianose do hálux do pé esquerdo por ateroembolismo que progrediu com necrose seca e posterior desbridamento.

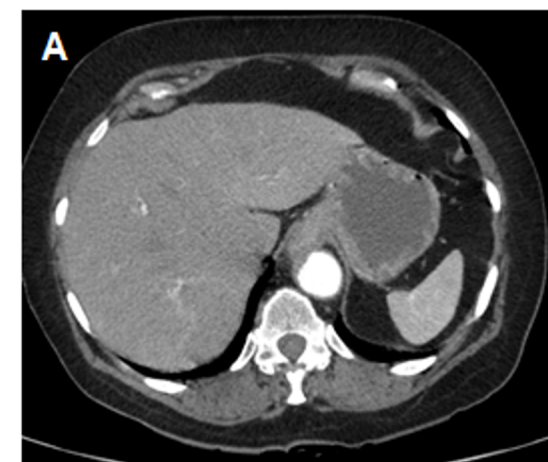
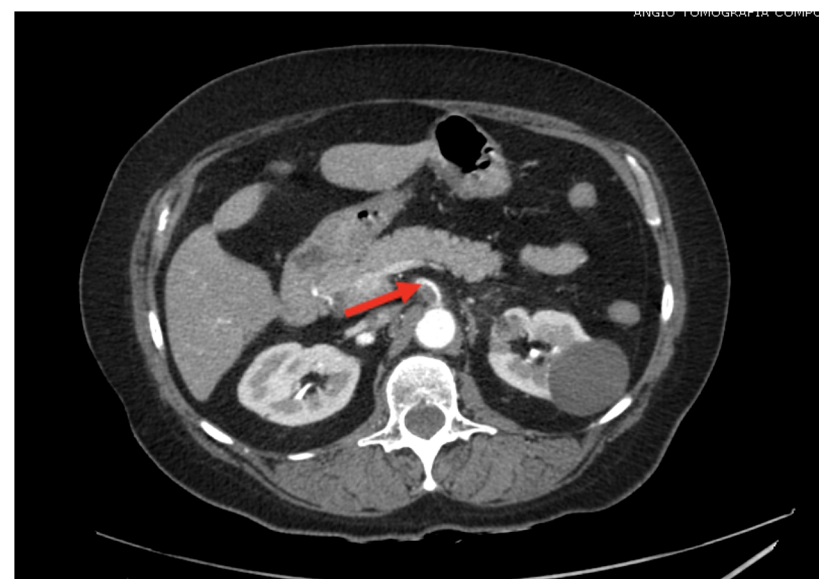


Figura 2: **A.** Angiotomografia abdominal da paciente evidenciando placa aterosclerótica e espessamento da parede da aorta. **B.** Imagem ampliada evidenciando mínima penetração na camada íntima da artéria (úlcera penetrante de aorta)

Figura 1: Angiotomografia de abdome com falha do preenchimento da luz da artéria mesentérica superior com contraste, correspondendo a um trombo mural, sem evidência de calcificações, obstruindo 80% da artéria.

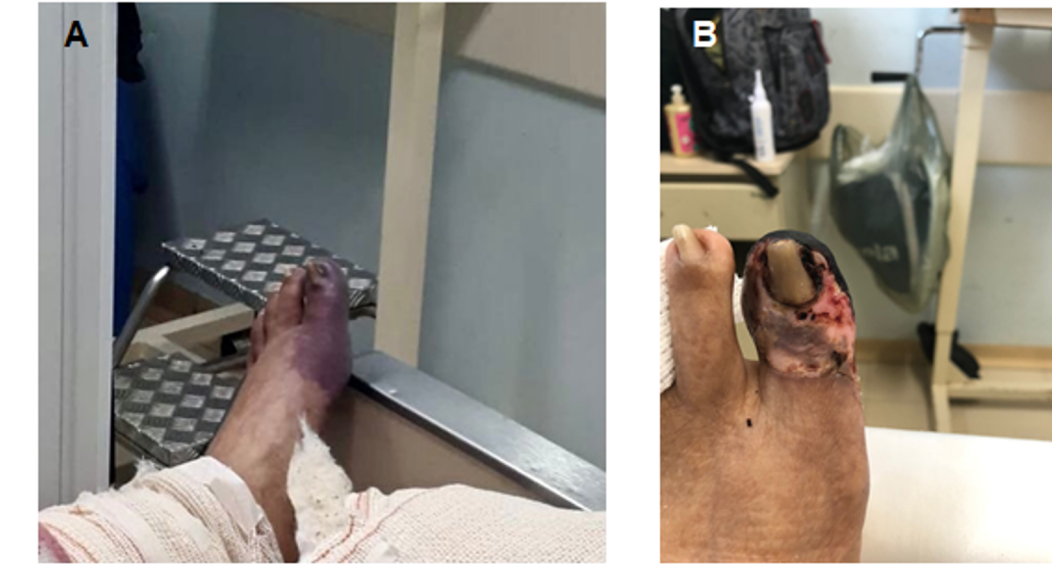


Figura 3 A. Hálux da paciente na entrada apresentando cianose fixa, porém sem áreas de necrose. **B.** Hálux da paciente durante a internação com regiões necróticas

Discussão

A isquemia mesentérica aguda é caracterizada pela interrupção do aporte sanguíneo de diversas partes do intestino, que pode gerar necrose. Este quadro manifesta-se geralmente por dor abdominal aguda de início súbito, náuseas e vômitos. A embolização arterial da UP de aorta pode gerar eventos vasculares importantes, e neste caso corrobora tanto com a etiologia da isquemia que ocasionou o abdome agudo vascular, quanto com o ateroembolismo distal, que gerou o quadro de dor, cianose, e necrose do membro acometido. Desta forma, deve-se considerar a UP de aorta como uma causa de eventos ateroembólicos, que embora seja rara, não pode ser subestimada. Esta hipótese deveria ser cogitada na presença de múltiplos eventos vasculares oclusivos concomitantes que não preenchem os critérios diagnósticos de outras causas mais comuns.

Referências

1. VASCONCELOS FILHO, Francisco Eugênio de., 2018. Abordagem inicial do abdome agudo cirúrgico. Hospital Geral de Fortaleza.
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL., 2021. *DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO*. [online] Available at: <http://production.latec.ufms.br/new_pmm/u2a6.html>
3. Vaz C, Mafalda Duarte V, Rita Santos A, Valente P, Paúl C, Bastos R et al., 2013. Peripheral Arterial Disease and Quality of Life. *Angiologia e Cirurgia Vascul*. 9(1):17-23
4. Kronzon I, Saric M., 2010. Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine- Cholesterol Embolization Syndrome. *Circulation AHA*. 122(6): 631-64.