

Aneurisma gigante da croça aórtica

Da prática
para
a prática

Heitor Alberto Jannke¹
Nilton Haertel Gomes¹
Idomar Antonio Aquilla²
Guilherme Augusto Storer²
Alda Regina G. Mendes²
Rosilene Jara Reis³
Maria Cristina Y. Abrahão⁴

Resumo

Os autores relatam um caso de um paciente masculino, apresentando quadro clínico de volumosa massa aneurismática precordial de muito longa duração. São enfocados os achados clínicos do acompanhamento do enfermo até a ruptura espontânea do aneurisma para o exterior, apontando os dados anamnésticos e os achados histopatológicos fortemente para uma etiologia luética.

Unitermos: aneurisma; aorta torácica; lues

Introdução

Entre as raras evoluções que a lues pode apresentar, uma delas é o fato de atingir o estágio tardio, terciário⁽²⁾. Na atualidade, com o advento da antibioticoterapia e dos testes sorológicos rotineiros, é interceptada a maioria dos casos e tratada adequadamente. Das complicações clínica-

mente relevantes da lues tardia encontram-se as cardiovasculares, que hoje constituem excepcionalidades, particularmente os aneurismas aórticos^(1,3,8).

Nos estágios iniciais de dilatação aneurismática têm sido realizados tratamentos cirúrgicos com êxito^(4,7). Incomum é, nos dias atuais, a continuidade do crescimento da massa aneurismática a níveis cirurgicamente intratáveis, como é o caso que passaremos a reportar. Tivemos a oportunidade de acompanhar um paciente masculino, apresentando longa história de massa precordial pulsátil. Toda a avaliação clínica e do exame complementar de necrópsia sugeriram a lues como etiologia determinante do aneurisma, pois vale ressaltar que muitos aneurismas aórticos, particularmente os abdominais, são rotulados como ateroscleróticos.

Relato do caso

A.M.A., 69 anos, masculino, branco, natural de Pelotas — RS. Conta o paciente que há cerca de 38 anos recebeu medicação indicada como fórmula 914, por ter apresentado sorologia positiva para lues (+ + + + /4). Foi hospitalizado em 25.5.81, com quadro sugestivo de isquemia cerebral transitória. Recebeu terapêutica adequada, obtendo melhora clínica. No exame físico, chamava atenção a presença de volumosa massa torácica, interpretada como gigantesco aneurisma aórtico (Figs. 3, 4 e 5). O

ictus cordis encontrava-se no 5º EI-CE, 1,0cm à esquerda da linha hemiclavicular. Auscultava-se sopro sistólico em foco mitral e a referida massa pulsátil ocupava os demais focos. A reação sorológica para lues foi negativa nesta ocasião. O laudo radiológico, em duas incidências (Figs. 1 e 2), descreveu volumosa dilatação aneurismática da aorta ascendente e croça, com calcificações parietais, inclusive do anel aórtico; aumento da área cardíaca às custas de VE; aorta descendente alongada, sinuosa e com calcificações parietais; deslocamento da traquéia para a esquerda e destruição de porção medial da clavícula direita e manúbrio e presença de massa na região esternal, possível hematoma de partes moles. Os exames laboratoriais, de glicose, creatinina e EQU foram normais. O perfil hematológico mostrou hemoglobina de 12,7g%, hematócrito de 37% e uma contagem global de hemácias de 4,2 milhões/ml; a série branca não mostrou particularidades. O paciente foi liberado, retornando à hospitalização cinco meses após, com um novo quadro isquêmico cerebral, compatível com AVC. Desta feita, foi efetuada nova investigação laboratorial, encontrando-se alguns exames com valores modificados: no hemograma a série vermelha apresentou Hb de 11,0%; Ht de 35% e contagem global de hemácias de 4,05 milhões/ml; no EQU presença de hematúria microscópica. Nova sorologia

Trabalho realizado no Hospital da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas — RS — UFPEL

¹Professores da Faculdade de Medicina da UFPEL

²Acadêmicos de Medicina da UFPEL

³Médica Pós-Graduada de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFPEL

⁴Médica Ginecologista de Pelotas



Fig. 1 — Estudo radiográfico em AP, vendo-se a dilatação aneurismática com paredes calcificadas



Fig. 2 — Rx em perfil, podendo-se visualizar o saco aneurismático com calcificações parietais



Fig. 3 — Foto do paciente mostrando volumosa massa proeminente em precórdio

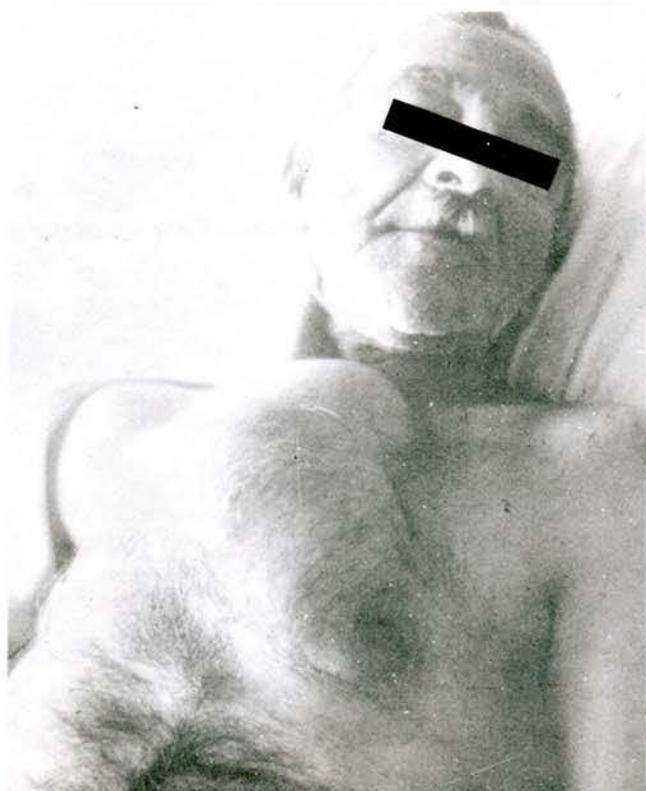


Fig. 4 — Vista lateralizada da mesma massa da figura anterior



Fig. 5 — Vista aproximada da massa torácica com nítida perda de pêlos e circulação colateral evidente



Fig. 6 — Fotografia em perfil do aneurisma com incipiente ulceração cutânea

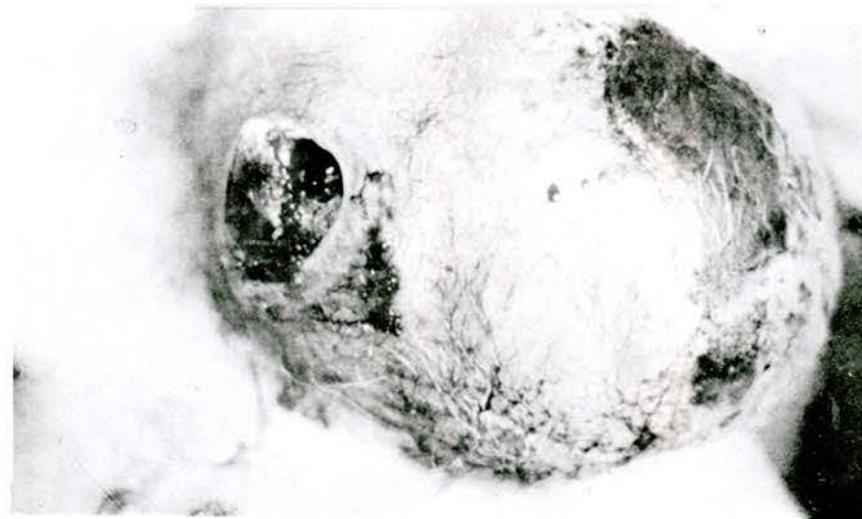


Fig. 7 — Úlceras isquêmicas na pele, provocadas pela compressão da volumosa massa aneurismática em estágio de pré-ruptura terminal

para lues, desta vez por imunofluorescência, foi negativa. A tomografia, efetuada um mês antes do óbito mostrou achados compatíveis com aneurisma de aorta com extensa destruição óssea e dissecação do tecido subcutâneo da parede torácica anterior. Na evolução clínica o paciente mostrou progressiva ulceração cutânea (Figs. 6 e 7) pela dilatação aneurismática, com sangramentos repetitivos e, conseqüentes quedas dos níveis de hematócrito. A despeito de numerosas tentativas de reposições sanguíneas, no dia 14.12.81 ocorreu a ruptura do aneurisma para o exterior com êxito letal.

Discussão

Trata-se de um caso de volumoso aneurisma da aorta ascendente e croça.

Relata nosso paciente que há 38 anos realizou sorologia para lues, cujo resultado foi positivo, tendo sido, naquela ocasião, medicado com um preparado arsenical conhecido como fórmula 914.

Nosso paciente foi acompanhado até o óbito, por um período de aproximadamente seis meses e meio. Nesse intervalo, submeteu-se a estudo radiológico, que exibiu na parede do aneurisma, particularmente em perfil (Figs. 1 e 2), típicas calcificações^(4,9). Nesta ocasião, já eram evidentes as destruições ósseas do manúbrio e porção medial da clavícula direita, sabidamente determinadas pela pulsação e inelasticidade da massa aneurismática⁽¹⁾. Ao longo de duas internações progressas, nosso paciente apresentou isquemias cerebrais, sem que fosse apontada a etiologia definitiva destas. Nas semanas que antecederam o óbito e, em face a forte suspeita da etiologia luética, solicitaram-se sorologias, inclusive FTA-ABS, que foram negativas. O surgimento de múltiplas úlceras cutâneas tróficas (Fig. 7) e o alargamento da massa precordial indicavam uma tendência à ruptura que também foi sugerida na tomografia. As contínuas perdas sanguíneas pelas úlceras cutâneas determinaram as quedas tensionais e dos valores de hematócrito referidos. Até a ruptura para o exterior, o caso foi considerado

cirurgicamente intratável, limitando-se a terapia a medidas de suporte.

Classicamente, os aneurismas luéticos ocorrem em 90% dos casos na aorta ascendente e croça e, em 10%, na abdominal^(1,7). Estas dilatações aórticas crescem às custas de um enfraquecimento da túnica média da parede vascular^(4,9), criando condições para que surjam, as mais das vezes, aneurismas saculiformes^(1,7) que, por expansão, crescem comprimindo, corroendo ou rompendo estruturas vizinhas^(1,7). Tem sido descrito que o surgimento do aneurisma torna-se evidente a partir da 1.^a ou 2.^a década após a exposição primária^(2,8,9). Mesmo em épocas onde a prevalência dos casos de lues era alta, os aneurismas torácicos luéticos representavam cifras extremamente baixas⁽¹⁰⁾.

A ruptura do presente aneurisma ocorreu para o exterior, havendo intensa infiltração hemorrágica em tecidos adjacentes. A literatura cita que a ruptura dos aneurismas torácicos dá-se para os mais variados sentidos: para o exterior, para o interior da cavidade pericárdica, na luz brônquica, em cavidades pleurais, no mediastino, esôfago e artéria pulmonar^(1,7), por exemplo.

O espécime recebido para exame parcial de necrópsia mostrou uma série de achados que progressivamente nos sugeriram a etiologia luética. A dilatação aneurismática rota (Fig. 8) media cerca de 22,0 x 15,0cm, situava-se na aorta ascendente e croça, tinha, como é habitual, a forma sacular^(1,7,8), contendo em seu interior trombozes laminares múltiplas e calcificações murais^(9,10). O óstio das coronárias, particularmente o da esquerda, mostrava-se reduzido de diâmetro e o anel valvular aórtico mostrava-se enrijecido e dilatado. Os estreitamentos dos óstios coronarianos têm sido descritos com ênfase^(6,8-10), determinando manifestações isquêmicas⁽⁹⁾. Os cortes histológicos miocárdicos, no nosso caso, mostraram um salpicado difuso de fibroses intersticiais, dominantes no septo interventricular e parede ventricular esquerda, não tendo sido encontradas gomas típicas e, apesar de reiterada

pesquisa, em preparados corados pelo método de Levaditi, também não encontramos treponemas.

Os cortes histológicos examinados da aorta superpuseram-se às clássicas descrições da mesoaortite luética^(1,4,5,9,10), com exuberante fibrose da túnica média da parede vas-

cular (Fig. 9) e, ao nível da adventícia, em praticamente todos os *vasa vasorum*, maciços infiltrados quase que exclusivamente plasmocitários em "colares", ao redor de vasos cujo endotélio era saliente e com luzes exiguas (Fig. 10).

O segmento de aorta não relacio-



Fig. 8 — Peça de necrópsia revelando o interior de saco aneurismático com trombos murais, permitindo comparar a área cardíaca com a aneurismática



Fig. 9 — Microfotografia em plena adventícia aórtica, exibindo marcada fibrose e *vasa vasorum* cercados por "colares" linfoplasmocitários (H.E.)

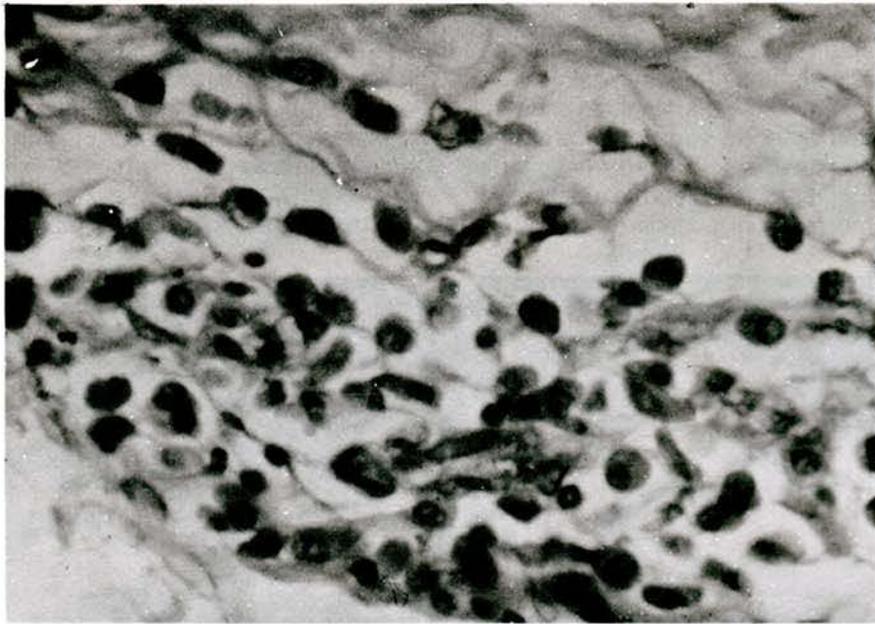


Fig. 10 — Pequeno vaso adventicial cercado por denso manguito plasmocitário (H.E.400x)

nado ao aneurisma mostrava, na porção interna, alterações ateroscleróticas intensas, o que consideramos como habitual, face a idade do doente.

Os testes sorológicos, em nosso doente, nos períodos que antecederam ao óbito, foram negativos, fato que, aliás, pode ocorrer^(2,4,6).

O tempo de evolução do aneurisma até sua ruptura, no nosso caso, está de acordo com o período esperado para o surgimento das complicações cardiovasculares na lues^(2,8,9) e ocorreu, como é habitual, em paciente do sexo masculino^(1,2).

O fato de os aneurismas sífilíticos serem pela localização no arco aórtico quase uma exclusividade da lues⁽⁹⁾ e aliado aos achados de história progressa, tempo de evolução, as

calcificações murais e, particularmente, os aspectos macro e microscópicos recolhidos do exame de necrópsia parcial, levaram-nos a enquadrar, pelo menos como forte possibilidade, o presente aneurisma como ligado à etiologia luética.

Summary

The authors report the rare occurrence of a long standing voluminous precordial aneurysmatic mass in a male patient. Clinical finding from the patient's follow-up treatment up to the spontaneous rupture of the aneurysm are described. Anamnestic data and histopathologic findings point strongly, towards a luetic etiology for the aneurysm.

Uniterms: aneurysm; thoracic aorta; lues

Referências

- 1. BOGLIOLO — Vasos Arteriais, Venosos e Linfáticos. In: Patologia Bogliolo, 4ª ed., Ed. Guanabara, 1987.
- 2. DANS PE — The Principles and Practice of Medicine, Twentieth Edition. Chapter, 88. 1035-1041, 1984.
- 3. DRUSIN ML — Syphilis. Clinical manifestations, diagnosis and treatment. Urologic Clinics North Amer, 11 (1): 121-130, 1984.
- 4. GIACOMO V e cols. — Gli Aneurismi Lueticici Dell'Aorta Abdominale. G Ital Cardiol, 10: 1383-1393, 1980.
- 5. GORMSEN H — Postmortem diagnosis of syphilitic aortitis including serological verification on postmortem blood. Forensic Science Int, 24 (1): 51-56, 1984.
- 6. HERSKOWITZ e cols. — Syphilitic arteritis involving proximal coronary arteries. N York St J Med, 80: 971-974, 1980.
- 7. PANDAY S e cols. — Rupture of syphilitic aneurysm of ascending aorta into main pulmonary artery. Successful emergency repair. J Thorac Cardiovasc Surg, 83: 470-473, 1982.
- 8. PASSOS MRL, LOPES PC, GUTEMBERG LA — Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ed. Cultura Médica Ltda., RJ, 2ª ed., 47-81, 1987.
- 9. ROBBINS SL, KUMAR V — Syphilitic (Luetic) Aortitis and Aneurysm. In: Basic Pathology, W B Saunders Company, 301-302, 1987.
- 10. SNYDERGA, HUNTER WC — Syphilitic aneurysm of left coronary artery with concurrent aneurysm of a sinus of Valsalva and an additional case of Valsalva aneurysm alone. Am J Path, 10: 757-774, 1934.

1.ª Conferência Internacional de DST e AIDS

3 a 6 de abril de 1990