

RELATO DE CASO: ANEURISMA VERDADEIRO DE TRONCOBRAQUIOCEFÁLICO

Maria Carolina Alves Zanatta¹, Gabriela Medeiros de Souza¹, Débora Chequim Ragazi¹, Virgínia Graciela Rivas Arcia², Romulo Bonini²

1. Médica pela FACERES - São José do Rio Preto, SP; 2. Cirurgião cardiovascular do Hospital Santa Casa da Misericórdia de São Carlos, SP

Introdução

O tronco braquiocefálico ou artéria inominada é o primeiro e maior ramo do arco da aorta, origina-se posteriormente ao manúbrio do esterno, onde está anterior à traqueia e posterior à veia braquiocefálica esquerda. As patologias que envolvem o tronco braquiocefálico e que requerem tratamento cirúrgico são bastante raras. Foram encontrados apenas 6 aneurismas verdadeiros de tronco braquiocefálico em um estudo retrospectivo de 40 anos. As manifestações do aneurisma da artéria inominada ocorrem devido ao seu efeito de massa ao comprimir as estruturas vizinhas, podendo causar: dispneia, disfonia, estridor, disfagia e a síndrome da veia cava superior. Pode se apresentar como uma massa cervical macroscópica, ou produzir complicações como: embolia do sistema nervoso central com sintomas do hemisfério direito, déficit de campo visual ou síndrome vértebro-basilar, embolia de membro superior direito ou, a complicação mais temida, ruptura com ou sem fístula nas vias aéreas ou no trato gastrointestinal, principalmente esôfago. No entanto, a maioria dos pacientes são assintomáticos. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica em imagens de diagnóstico, principalmente angiotomografia e arteriografia da aorta torácica. O tratamento depende da extensão do aneurisma. Os aneurismas verdadeiros do tronco braquiocefálico se não tratados adequadamente podem ter consequências fatais.

Relato de caso

Homem, 78 anos, previamente hígido, tabagista 70 maços-anos, dislipidêmico, com antecedente de AVCi sem sequelas e angina estável. Procurou serviço de urgência devido dor precordial típica de 24 horas de evolução após esforço, associado a dispneia e sem melhora ao repouso. Foi admitido na unidade coronariana após coleta de enzimas cardíacas (positivas) e com eletrocardiograma em ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito sem sinais de isquemia aguda. Ao exame físico, o paciente encontrava-se em regular estado geral, descorado, eupneico, hemodinamicamente estável às custas de tridil, com tendência a hipertensão e com persistência da dor. Ausculta cardiopulmonar apresentando bulhas rítmicas e hipofonéticas em 2 tempos sem sopros, com presença de sibilos difusos, sem outras alterações. Foi submetido ao cateterismo cardíaco evidenciando lesão grave médio-distal de tronco de coronária esquerda, com lesões críticas proximais da descendente anterior, ramo diagonal, circunflexa e distais da ventricular posterior e descendente posterior da coronária direita com importante diminuição da fração de ejeção. Foi confirmada a disfunção ventricular

(FE 34%) no ecocardiograma e constatada hipertrofia ventricular esquerda. No estudo tomográfico de tórax, solicitado para avaliar calcificação da aorta ascendente, teve como achado uma dilatação importante do tronco braquiocefálico e posteriormente foi realizada uma angiotomografia toracocervical confirmando o diagnóstico de aneurisma verdadeiro de tronco braquiocefálico de 2,8 cm de diâmetro, sem sinais de dissecação.

Discussão

Os aneurismas verdadeiros de TBC são raros. Neste caso, foi um achado de exame pré-operatório na programação cirúrgica por DAC multiarterial grave de paciente idoso, frágil⁷, com alto risco de morte súbita devido a DAC crítica. Após indicação cirúrgica pelo Syntax Score⁸ com EuroScore alto⁹, o paciente foi submetido a revascularização cirúrgica com uso de CEC sem intercorrências. No peri e pós operatório o paciente apresentou cifras de PA muito elevadas com necessidade de instalação de vasodilatador por bomba de infusão contínua em doses altas, sendo de difícil controle por mais de 24 horas. Chamando a atenção o rebaixamento do nível de consciência, foi realizado TC de crânio que constatou AVCi extenso, sem condições para abordagem, mantendo-se então com tratamento clínico.

As indicações cirúrgicas incluem aneurismas rotos e sintomáticos. Os aneurismas assintomáticos devem ser operados, independentemente do tamanho, quando associados aos aneurismas do arco aórtico. Ademais, para pacientes com aneurismas assintomáticos isolados e com bom risco cirúrgico, devem ser operados quando os aneurismas possuem diâmetro transversal máximo superior a 3cm ou quando são saculares². Dessa forma, nesse caso o paciente não havia indicação cirúrgica, pois possuía um aneurisma verdadeiro de tronco braquiocefálico de 2,8 cm de diâmetro, assintomático, sem sinais de dissecação e sem associação a aneurismas do arco aórtico.

Conclusão

Os aneurismas verdadeiros do tronco braquiocefálico são raros, existem poucos relatos na bibliografia atual. Possivelmente isso acontece pelo fato de ser um achado de exame, pois na maioria dos casos os pacientes são assintomáticos.

Com isso, o diagnóstico desta condição pode ser mais fácil de realizar se for feita uma estratificação incluindo uma população maior: além dos pacientes com antecedentes familiares pertinentes a pesquisa, deveria incluir outros pacientes com faixa etária menor e fatores de risco associados.

Como conclusão, o relato de caso, nesta oportunidade, foi realizado com a finalidade de documentar mais um caso diagnosticado por imagem em paciente assintomático, porém cirúrgico por outra causa.



TC de crânio apresentando edema isquêmico, visível pela perda de contornos da substância cinzenta (nos núcleos da base, ínsula ou córtex) ou hipodensidade de estruturas quando comparadas com as contralaterais e que representa a existência de lesão isquêmica irreversível; edema cerebral, visível pelo apagamento dos sulcos corticais e, desvio de linha média , caracterizando AVCi extenso.



Aneurisma verdadeiro de tronco braquiocefálico classificação A (segundo referência 2)

Referências

1. Jiménez CE, Valencia A, Correa JR. Aneurisma del tronco braquiocefálico, revisión de la literatura y presentación de un caso. *Red Colomb Cir.* 2012; 27:167-173
2. Kieffer E, Chiche L, Koskas F, Bahnini A. Aneurysms of the innominate artery: Surgical treatment of 27 patients. *Journal of Vascular Surgery.* 2001, Vol. 34, N. 2.
3. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. *Moore Anatomia Orientada para a Clínica.* 7ª edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2014.
4. Netter, F. H. *Atlas de Anatomia Humana.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
5. PUTZ, R; PABST, R. Sobotta, *Atlas de Anatomia Humana.* Vol 1 e 2. 22 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
6. TORTORA, G. J. *Princípios de Anatomia Humana.* 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
7. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing.* 2006 Set; 35(5):526-9
8. Serruys PW et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med* 2009; 360:961-72
9. Roques F, Michel P, Goldstone AR, Nashef SA. The logistic EuroSCORE. *Eur Heart J.* 2003 May;24(9):882-3
10. The manuscript which supports the new model is being submitted for publication. The new model has been validated by the EuroSCORE Project Group and awaits validation by users worldwide. It was presented at EACTS in Lisbon on 3rd October 2011. NewEuroSCORE 2011. Disponível em: <http://www.euroscore.org/calc.html>