

Uma Apresentação Rara de Coartação da Aorta

A Rare Presentation of Aortic Coarctation

Lídia de Sousa¹, Sérgio Cardoso², José Fragata¹, Sousa Ramos¹

Autor Correspondente:

Lídia de Sousa [lidia.sousa@jmellosaude.pt]

PALAVRAS-CHAVE: Coartação da Aorta; Hipertensão

KEYWORDS: *Aortic Coarctation; Hypertension*

Doente do sexo masculino, 38 anos, raça caucasiana, mecânico, praticante de meia-maratona.

Hipertensão arterial (HTA) diagnosticada aos 35 anos, medicado com ramipril com aparente controle. Assintomático e sem antecedentes relevantes. Recorre a consulta de Cirurgia Vasculard por massa cervical esquerda pulsátil, com aumento progressivo de dimensões nos últimos meses, sem qualquer sintoma relacionado. Na observação não é registada nenhuma anomalia além da existência de massa cervical esquerda pulsátil, indolor e mole à palpação. A ecografia com Doppler do pescoço descreve massa com características de anomalia vascular arterial cervical, não contribuindo para o diagnóstico etiológico. É solicitada angio-TC cervical que descreve massa cervical esquerda arterial, com origem na carótida externa, correspondendo a colateralização, e para melhor esclarecimento da anomalia decide-se por extensão da angio-TC ao tórax

(Fig. 1). Diagnostica-se então coartação da aorta (CoA) grave, ao nível do arco aórtico, entre a origem da artéria carótida esquerda e da artéria subclávia esquerda, sendo a anomalia vascular cervical secundária à CoA (Fig. 2).

O doente é referenciado à consulta de Cardiologia e na observação cardiovascular além da já referida massa cervical, deteta-se gradiente tensional importante entre o membro superior direito e o esquerdo, bem como diminuição da amplitude e atraso dos pulsos no membro superior esquerdo e membros inferiores. No ecocardiograma não foram detetadas anomalias congénitas adicionais, havendo a referir hipertrofia ventricular esquerda, com função sistólica preservada e disfunção diastólica; o gradiente transcoartação por este método foi difícil de avaliar, mas com valores superiores a 80 mmHg. A angio-TC coronária não revelou alterações a nível das artérias e a angiografia por ressonância magnética de crânio não mostrou anomalias

1. Centro do Coração, CUF Infante Santo Hospital, Lisboa, Portugal

2. Serviço de Imagiologia, CUF Infante Santo Hospital, Lisboa, Portugal

Recebido: 20/08/2015 – Aceite: 17/12/2015



FIGURA 1. Angio-TC cervical: Massa cervical esquerda arterial, com origem na carótida externa, correspondendo a colateralização, convergindo para tronco arterial tiro-cervical ectasiado (ramo da subclávia esquerda).

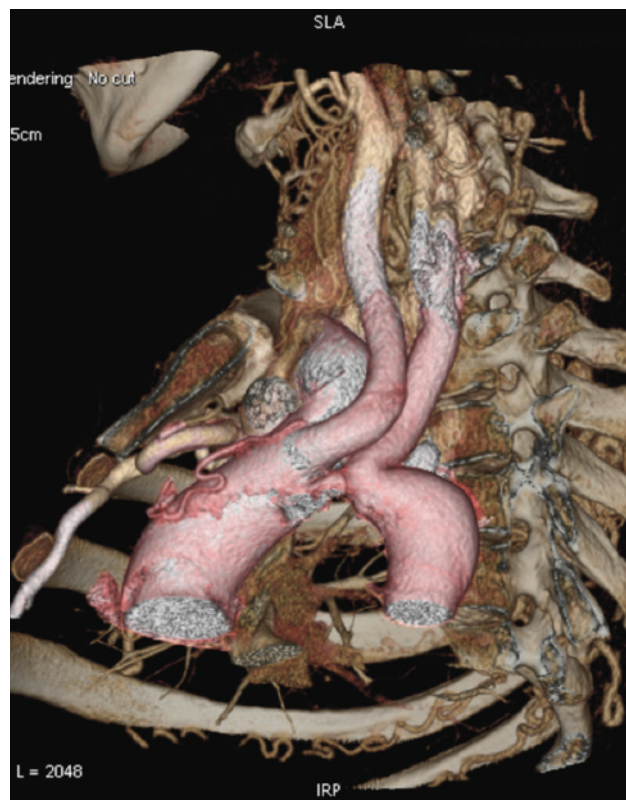


FIGURA 2. Angio-TC torácica (reconstrução 3D): Coarctação da aorta grave, pré-ductal (entre a origem da carótida comum esquerda e da artéria subclávia esquerda).

vasculares. A terapêutica anti-hipertensora foi alterada e reforçada e o doente foi proposto para cirurgia. Na correção cirúrgica, e dada a localização e extensão da coarctação, foi interposto conduto entre a aorta ascendente e descendente (AO-AO), com sucesso. No pós-operatório não se registaram complicações e dois anos após a cirurgia o doente mantém-se assintomático. Houve regressão progressiva da massa cervical e a tensão arterial está controlada. Ao primeiro ano a angio-TC torácica de controlo revelou regular permeabilidade do conduto AO-AO.

DISCUSSÃO

A CoA é uma diminuição do calibre da aorta com localização e gravidade variáveis, representando 5-8% das cardiopatias congénitas. O seu não diagnóstico compromete a sobrevivência, com uma mortalidade de 75% pela quarta a quinta décadas de vida, além de ser causa de doença coronária precoce, aneurismas e dissecção da aorta, insuficiência cardíaca e AVC. Podem associar-se outras anomalias congénitas, sendo a mais frequente a bicuspidia aórtica e em cerca de 10% dos doentes existem aneurismas cerebrais.¹⁻⁴

O presente caso ilustra a importância da pesquisa desta patologia congénita num adulto com história de HTA.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Sampayo F, Pinto FF. The sex distribution of congenital cardiopathies. *Acta Med Port.* 1994;7:413-8.
2. Engelfriet P, Boersma E, Oechslin E, Tijssen J, Gatzoulis MA, Thilén U, et al. The spectrum of adult congenital heart disease in Europe: morbidity and mortality in a 5 year follow-up period. *The Euro Heart Survey on adult congenital heart disease. Eur Heart J.* 2005;26:2325-33.
3. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults with Congenital Heart Disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to develop guidelines on the management of adults with congenital heart disease). *Circulation.* 2008; 118:e714-833.
4. Brown ML, Burkhardt HM, Connolly HM, Dearani JA, Cetta F, Li Z, et al. Coarctation of the aorta: lifelong surveillance is mandatory following surgical repair. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62:1020-25.