



“O coração na barriga”: a propósito de um caso clínico

Jéssica Xastre Perpétuo,* Márcia Pereira Leite,* Paulo Guedes*

RESUMO

Introdução: O aneurisma da aorta abdominal (AAA) constitui um importante problema de saúde pública. Apresenta, na sua história natural, uma fase de expansão assintomática, com oportunidade de tratamento eletivo, que se tem demonstrado efetivo e de baixo risco, comparativamente à fase sintomática. Esta entidade clínica associa-se a uma elevada mortalidade, a qual pode ser reduzida significativamente perante tratamento cirúrgico eletivo.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, de 66 anos, licenciado, atualmente reformado, casado e com duas filhas, pertencente a uma família funcional, nuclear, na fase VIII do Ciclo de *Duvall* e à classe média de *Graffar*. Com antecedentes pessoais de diversos fatores de risco cardiovasculares, medicado em conformidade, recorre à consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar, em dezembro de 2015, por apresentar náuseas desde há dois dias e sensação de peso e palpitações no abdómen com cerca de dois meses de evolução, descrevendo como «parece que tenho o coração na barriga». A única alteração ao exame objetivo diz respeito a uma tumefação abdominal pulsátil com cerca de 7cm de diâmetro. Por suspeita de AAA foi referenciado ao serviço de urgência (SU). No SU foi confirmada a presença de AAA justa-renal, com cerca de 9,9cm de diâmetro. Foi internado para decisão clínica, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico do aneurisma. O pós-operatório decorreu com intercorrências, nomeadamente trombose da artéria renal direita e consequente hipoperfusão do rim direito (com tentativa de repermeabilização sem sucesso) e hemorragia digestiva por úlcera duodenal. Em consultas de seguimento pelo médico de família (MF), após a alta, apresentava-se muito debilitado física e psicologicamente. Procedeu-se ao acompanhamento, com ênfase no suporte emocional e familiar, à reavaliação das condições clínicas que surgiram durante o internamento, bem como ao reajuste da medicação habitual.

Comentário: A possibilidade da deteção precoce do AAA, através de rastreio, surge como uma medida capaz de modificar a sua evolução natural. Assim, este caso pretende refletir sobre a efetividade do rastreio, na presença de fatores de risco. Pretende igualmente realçar a importância do MF no diagnóstico precoce de um problema grave e na gestão das complicações físicas e psicológicas após a alta de um internamento hospitalar.

Palavras-chave: Aneurisma da aorta abdominal; Rastreio.

INTRODUÇÃO

O aneurisma da aorta abdominal (AAA) constitui um importante problema de saúde pública, estimando-se que 1 a 2% de todas as mortes em homens com mais de 65 anos sejam causadas pela rutura de um AAA não diagnosticado.¹ A rutura é a complicação mais grave, com uma taxa de mortalidade global de 80%, muito superior à taxa de mortalidade da cirurgia eletiva que ronda os 4,2%.²

O AAA apresenta, na sua história natural, uma fase de expansão assintomática, de duração variável, prévia à fase sintomática que culmina com a rutura. O diagnóstico na fase assintomática permite a realização de tra-

tamento cirúrgico eletivo, que se tem demonstrado efetivo e de baixo risco de complicações, comparativamente à fase sintomática. Esta entidade clínica associa-se a uma elevada mortalidade, a qual pode ser reduzida significativamente perante tratamento cirúrgico eletivo.

O caso clínico que se apresenta retrata um doente do sexo masculino, com diversos fatores de risco cardiovascular, a quem foi realizado o diagnóstico de AAA após ida a consulta aberta na Unidade de Saúde Familiar (USF).

A apresentação deste caso clínico tem como objetivo realçar a importância do médico de família no diagnóstico precoce de uma entidade grave e na gestão das complicações de saúde decorrentes deste problema, sendo por isso exemplo da aplicação das competências nucleares em medicina geral e familiar.

*Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar. USF Horizonte – ULS Matosinhos



DESCRIÇÃO DO CASO

Doente do sexo masculino, de 66 anos, caucasiano, natural e residente em Matosinhos, licenciado, atualmente reformado, casado e com duas filhas, pertencente a uma família nuclear na fase VIII do Ciclo de *Duvall* e à classe média de *Graffar*. É autônomo para as atividades de vida diária e nega consumos toxicológicos (álcool, tabaco ou drogas ilícitas) ou alergias medicamentosas. Como antecedentes pessoais regista-se hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, acidente vascular cerebral vertebrobasilar sem sequelas em 2005, excesso de peso (IMC 29Kg/m²), perturbação de ansiedade, doença diverticular do cólon, hiperplasia benigna da próstata e apendicectomia como única intervenção cirúrgica prévia. Ex-fumador há cerca de dez anos e com uma carga tabágica de 33 UMA. Medicado habitualmente com nebivolol 5mg *id*, telmisartan 80mg + hidroclorotiazida 12,5mg *id*, amlodipina 10mg *id*, atorvastatina 20mg *id*, metformina 1000mg 2*id*, clopidogrel 75mg *id* e pantoprazol 20mg *id*. Relativamente aos antecedentes familiares relevantes, refere-se que os pais apresentam hipertensão arterial, a mãe teve diagnóstico de neoplasia do cólon e o pai de neoplasia maligna da próstata.

O utente recorreu à consulta aberta da USE, a 7 de dezembro de 2015, referindo náuseas desde há dois dias e sensação de peso e palpitações no abdómen (descrevendo como «parece que tenho o coração na barriga»), estas últimas com cerca de dois meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se com bom estado geral e hemodinamicamente estável. Durante o exame abdominal foi evidente uma tumefação indolor na linha média, pulsátil, com cerca de sete centímetros, sem sopros à auscultação. Com pulsos distais palpáveis e simétricos. Por suspeita de AAA sintomático foi referenciado ao serviço de urgência (SU) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ).

No SU do CHSJ realizou exames complementares de diagnóstico, ecografia e AngioTC abdominal, que confirmaram a presença de duas dilatações aneurismáticas adjacentes à aorta abdominal infrarrenal – a maior dilatação tinha morfologia fusiforme com diâmetro máximo de 9,2cm e outra dilatação superior, de morfologia sacular, com diâmetro máximo de 45mm. Assim, o doente foi internado para estudo e decisão clínica.

Foi submetido à correção cirúrgica do AAA no oitavo dia de internamento, com colocação de *stent* autoexpansível. O pós-operatório decorreu com intercorrên-

cias clínicas. No sétimo dia de pós-operatório, no contexto clínico de lipotimia, foi diagnosticada, por AngioTC, trombose da artéria renal direita com hipoperfusão renal. Foi, por isso, submetido a procedimento de cateterização do *stent* da artéria renal direita, que não se verificou eficaz, resultando em hipofunção do rim direito pela isquemia renal irreversível. Vinte dias após o procedimento cirúrgico inicial, o doente iniciou um quadro de melenas e hipotensão arterial e, analiticamente, queda da hemoglobina, pelo que realizou endoscopia digestiva alta, tendo sido diagnosticada uma úlcera no bulbo duodenal, sangrante, com cerca de 10mm, que foi tratada adequadamente com melhoria clínica evidente.

Teve alta do internamento de cirurgia vascular no dia 13 de janeiro de 2016, orientado para a consulta externa de cirurgia vascular do CHSJ e para o médico de família. Iniciou diazepam 10mg *id* e teve indicação para manter a restante medicação habitual prévia ao internamento.

Após receção da informação clínica da alta hospitalar pelo médico de família, agendou-se consulta programada para reavaliação da situação clínica e das condições físicas e psicológicas do doente, decorrentes do internamento.

O utente foi observado em consulta na USE, cerca de três semanas após a alta, encontrando-se física e psicologicamente debilitado. Após escuta terapêutica, compreendeu-se que o doente apresentava perturbação de adaptação à doença, pelo que iria beneficiar de reavaliação e acompanhamento pelo médico de família. Relativamente aos procedimentos realizou-se reajuste terapêutico e prescrição de exames complementares de diagnóstico. Decidiu-se por alteração da terapêutica anti-hipertensora para amlodipina 10mg + candesartan 16mg *id* e furosemida 40mg *id*, mantendo nebivolol 5mg *id* e redução da dose de metformina para 700mg 2*id*, atendendo ao adequado controlo metabólico (HbA1c de 5%). A consulta seguinte teve lugar três semanas depois e verificou-se que o doente apresentava discreta melhoria em termos psíquicos, nomeadamente da qualidade do sono, embora ainda com persistência de labilidade emocional. Em relação aos resultados dos exames complementares solicitados, verificou-se normalização da hemoglobina no estudo analítico e evidência de cicatrização da úlcera duodenal na endoscopia digestiva alta. Optou-se por manter consultas de seguimento com cerca de três meses de intervalo.



Na consulta de reavaliação, em setembro de 2016, por manutenção do quadro clínico relativamente à perturbação de adaptação, descrevendo ansiedade e angústia, o doente foi medicado com fluoxetina 20mg *id*. Nas consultas subsequentes, de vigilância de hipertensão e diabetes, foi mantido o acompanhamento e suporte emocional do doente (cuja melhoria foi evidente com a terapêutica instituída) e dos familiares e o controlo rigoroso dos fatores de risco cardiovasculares.

COMENTÁRIO

Existem várias definições de AAA, todas com base no diâmetro da aorta abdominal. A mais aceite é a proposta por McGregor e colaboradores, em 1975, definindo AAA quando o diâmetro da aorta abdominal infrarrenal é igual ou maior do que 3cm.³

O AAA apresenta uma prevalência variável na população, sendo mais frequente nos indivíduos do sexo masculino,⁴ principalmente se outros fatores de risco estiverem presentes, como tabagismo,⁵ doença aterosclerótica⁶ e hipertensão arterial.⁷ Alguns estudos apontam para uma prevalência que varia entre 5 e 10% nos homens entre os 65 e 79 anos.⁴

São fatores de risco *major* para o AAA a idade, o sexo masculino, o tabagismo e a história familiar, particularmente se forem familiares de primeiro grau do sexo masculino. Outros fatores de risco para AAA são antecedentes de outros aneurismas vasculares, excesso de peso, doença aterosclerótica, hipercolesterolemia e hipertensão arterial. As mulheres, os afro-americanos, os indivíduos de raça negra ou asiática e os indivíduos com diabetes mellitus têm menor risco de desenvolver um AAA.⁸⁻⁹

A maioria dos doentes com AAA é assintomática. O exame físico permite detetar 30-40% dos AAA, sendo que apesar de ser considerado um ato seguro não é uma forma viável de rastreio, uma vez que é apenas possível identificar desta forma os AAA de maior tamanho, relativamente aos diagnosticados por imagiologia, e há tendência para sobrestimar o tamanho do AAA em 8-10mm.^{5,8,10}

Quando sintomático, a queixa mais frequente é a dor localizada na região abdominal inferior ou dorsolombar.⁵ A rutura caracteriza-se pela tríade: massa abdominal pulsátil; dor abdominal/ lombar intensa de início súbito, que pode irradiar para virilhas, nádegas e membros inferiores; hipotensão.^{5,10} Apesar de patognomónica, esta tríade só está presente em cerca de

um terço dos casos,⁵ sendo que o diagnóstico pode ser dificultado também pelo facto de a sintomatologia ser comum a outras condições clínicas.¹⁰

Após o diagnóstico, o tratamento depende principalmente do tamanho e localização. Considera-se cirurgia eletiva para os AAA quando o diâmetro é igual ou superior a 5,5cm ou com crescimento superior 1cm/ano e opta-se por vigilância ecográfica naqueles com diâmetro inferior de 5,5cm.⁴⁻⁵ A cessação tabágica poderá ser uma medida importante. Não foi demonstrada vantagem no uso de estatinas, anti-inflamatórios não esteróides, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio ou beta bloqueadores no tratamento do AAA.¹¹⁻¹²

De notar que o tratamento cirúrgico está associado a uma mortalidade significativa, independentemente da técnica usada.¹³ No entanto, a mortalidade é substancialmente maior após a rutura espontânea do aneurisma, com 50% de mortes antes de chegar ao hospital e, dos restantes, metade não sobrevive à cirurgia.¹⁴

Uma vez que o AAA representa um importante problema de saúde pública e apresenta na sua história natural uma fase de expansão assintomática com oportunidade de tratamento eficaz, tem vindo a ser considerada a possibilidade de se efetuar o rastreio, após uma avaliação individual do doente. A ecografia tem uma sensibilidade de 92-99% e uma especificidade de 100% no diagnóstico de AAA infrarrenal, sendo o exame de escolha.⁵ Várias revisões sistemáticas apontam para uma redução da mortalidade através da realização da ecografia em indivíduos do sexo masculino, havendo um ligeiro conflito no limite superior de idade recomendado para o rastreio (65-75/79 anos).

Não há evidência suficiente para recomendar o rastreio em homens sem história de tabagismo e em mulheres. Apesar de o rastreio reduzir a mortalidade por AAA, nem sempre se traduz na redução da mortalidade global.^{4,15} Uma meta-análise de 2010 demonstrou uma forte tendência positiva para o rastreio, mas não estatisticamente significativa para a redução da mortalidade global.¹⁶ A U. S. *Preventive Services Task Force* atualizou, em 2014, as *guidelines* para o rastreio do AAA, sendo recomendada a realização de uma ecografia a todos os indivíduos do sexo masculino entre os 65 e 75 anos que tenham fumado mais de 100 cigarros ao longo da vida (Recomendação Nível B).¹⁷



Um dos receios associados à realização do rastreio passa pelo risco associado a um maior número de cirurgias em doentes assintomáticos. No entanto, dados de seguimento ao longo de cinco anos de doentes que realizaram rastreio de base populacional parecem mostrar que é seguro, não tendo ocorrido nenhuma rutura durante o período de estudo, nem mortalidade a 30 dias associada ao tratamento.¹⁸ Em Portugal não existe nenhum rastreio de base populacional, havendo no entanto uma proposta para a sua realização.¹⁹ Tendo em conta a prevalência da doença num subgrupo populacional específico, a segurança a médio prazo da aplicação de um rastreio populacional e a diminuição da mortalidade associada, parece haver vantagem para a aplicação do mesmo.

No caso descrito estavam presentes vários fatores de risco para AAA, como a idade (66 anos), o sexo masculino, os antecedentes de hábitos tabágicos, a dislipidemia, a hipertensão arterial e o excesso de peso. Pelo descrito anteriormente, e à luz da evidência disponível, seria de considerar a realização do rastreio de AAA, por ecografia abdominal, cerca de um ano antes deste episódio. Este procedimento preventivo poderia ter possibilitado o tratamento cirúrgico eletivo do aneurisma ou a estipulação da estratégia de vigilância e seguimento do mesmo, caso não cumprisse, à data, critérios elegíveis para cirurgia. Em cuidados de saúde primários consulta-se com frequência utentes que apresentam combinações destes fatores de risco cardiovasculares pela sua prevalência na população portuguesa, pelo que é lícito considerar a realização de uma ecografia abdominal de rastreio aos utentes do sexo masculino, com antecedentes pessoais de hábitos tabágicos e com idade entre os 65 e 75 anos,¹⁷ sobretudo se outros fatores de risco estiverem presentes. A ecografia constitui um método de rastreio adequado, não invasivo, de simples execução e de baixo custo. É, no entanto, um exame dependente do operador e da qualidade do equipamento disponível.

Perante a frequência elevada desta patologia e pela elevada mortalidade decorrente das suas complicações, os médicos de família devem estar informados acerca da possibilidade do rastreio de AAA.

O médico de família desempenha, assim, um importante papel no diagnóstico desta entidade patológica. Destaca-se igualmente a importância do médico de família no acompanhamento do doente após a alta hospitalar e na gestão das complicações físicas e psicológi-

cas decorrentes da intervenção cirúrgica e das intercorrências. O acompanhamento continuado ao longo da vida do doente, a abordagem abrangente e holística dos problemas de saúde, considerando o contexto social e familiar, caracterizam os cuidados de saúde primários.

Este caso clínico é demonstrativo do papel relevante do médico de família no diagnóstico precoce e orientação de uma patologia prevalente, mas também no acompanhamento do doente e familiares, com orientação adequada para a minimização do impacto psicológico e restabelecimento da estabilidade e dinâmica familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lim LS, Haq N, Mahmood S, Hoeksema L, ACPM Prevention Practice Committee, American College of Preventive Medicine. Atherosclerotic cardiovascular disease screening in adults: American College of Preventive Medicine position statement on preventive practice. *Am J Prev Med.* 2011; 40(3):381.e1-10.
2. Lindholt JS, Norman P. Screening for abdominal aortic aneurysm reduces overall mortality in men: a meta-analysis of the mid- and long term effects of screening for abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;36(2):167-71.
3. Wanhainen A. How to define an abdominal aortic aneurysm: influence on epidemiology and clinical practice. *Scand J Surg.* 2008;97(2):105-9.
4. Cosford PA, Leng GC. Screening for abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD002945.
5. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, Bakal CW, Creager MA, Halperin JL, et al. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; Trans-Atlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation.* 2006;113(11):e463-654.
6. Hernesniemi JA, Vänni V, Hakala T. The prevalence of abdominal aortic aneurysm is consistently high among patients with coronary artery disease. *J Vasc Surg.* 2015;62(1):232-40.
7. Williams IM, Hughes OD, Townsend E, Winter RK, Lewis MH. Prevalence of abdominal aortic aneurysm in a hypertensive population. *Ann R Coll Surg Engl.* 1996;78(6):501-4.
8. Chaikof EL, Brewster DC, Dalman RL, Makaroun MS, Illig KA, Sicard GA, et al. SVS practice guidelines for the care of patients with an abdominal aortic aneurysm: executive summary. *J Vasc Surg.* 2009;50(4):880-96.
9. Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, et al. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *Eur J Vasc Endovasc*



- Surg. 2011;41 Suppl 1:S1-58.
10. Lynch RM. Accuracy of abdominal examination in the diagnosis of non-ruptured abdominal aortic aneurysm. *Accid Emerg Nurs.* 2004;12(2):99-107.
 11. Guessous I, Periard D, Lorenzetti D, Cornuz J, Ghali WA. The efficacy of pharmacotherapy for decreasing the expansion rate of abdominal aortic aneurysms: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2008;3(3):e1895.
 12. Gadowski GR, Pilcher DB, Ricci MA. Abdominal aortic aneurysm expansion rate: effect of size and beta-adrenergic blockade. *J Vasc Surg.* 1994;19(4):727-31.
 13. De Bruin JL, Baas AF, Buth J, Prinssen M, Verhoeven EL, Cuypers PW, et al. Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med.* 2010;362(20):1881-9.
 14. Aggarwal S, Qamar A, Sharma V, Sharma A. Abdominal aortic aneurysm: a comprehensive review. *Exp Clin Cardiol.* 2011;16(1):11-5.
 15. Fleming C, Whitlock EP, Beil TL, Lederle FA. Screening for abdominal aortic aneurysm: a best-evidence systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2005;142(3):203-11.
 16. Takagi H, Goto SN, Matsui M, Manabe H, Umemoto T. A further meta-analysis of population-based screening for abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2010;52(4):1103-8.
 17. LeFevre ML, U. S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014;161(4):281-90.
 18. Svensjö S, Björck M, Wanhainen A. Five-year outcomes in men screened for abdominal aortic aneurysm at 65 years of age: a population-based cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2014;47(1):37-44.
 19. Castro Ferreira R, Mendes P, Couto P, Barreira R, Peixoto F, Aguiar M, et al. Rastreio populacional de aneurisma da aorta abdominal em Portugal: o imperativo da sua realização [Population screening for abdominal aortic aneurysm in Portugal: the imperative of its realization]. *Angiol Cir Vasc.* 2016;12(4):267-70. Portuguese

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jéssica Xastre Perpétuo
E-mail: jessicaperpetuo2@hotmail.com
<http://orcid.org/0000-0001-6257-3021>

Recebido em 10-10-2016

Aceite para publicação em 13-06-2018

ABSTRACT

“THE HEART IN MY BELLY”: A CASE REPORT

Introduction: Abdominal aortic aneurysm (AAA) is an important public health problem. During its natural history, it presents an asymptomatic phase of expansion, in which elective treatment opportunity has proven to be effective and of low risk, compared to being performed during the symptomatic phase. This clinical entity is associated with a high mortality, which may be significantly reduced by elective surgery.

Description: 66-year-old male, graduated, currently retired, married and with two daughters, belonging to a functional nuclear family, in phase VIII of Duvall cycle, and middle class of Graffar. Personal history of several cardiovascular risk factors, treated accordingly. The patient went to the Family Health Unit in December 2015, presenting with nausea for two days and a feeling of heaviness and palpitations in the abdomen, that he had been feeling for the past two months, and describing it as «it seems that I have my heart in my belly». The only abnormality in the physical examination was a pulsatile abdominal swelling with approximately 7cm of diameter. Due to suspicion of an AAA, the patient was referred to the Emergency department, and the presence of a juxtarenal AAA, with a diameter of 9.9cm, was confirmed. He was admitted and underwent surgical treatment of the aneurysm. Postoperative period progressed with complications, including thrombosis of the right renal artery and consequent hypoperfusion of the right kidney (with unsuccessful attempt of permeabilisation), and digestive hemorrhage due to duodenal ulcer. After discharge, during follow-up by the family physician, the patient was very weak, both physically and psychologically. Follow-up visits focused on providing emotional and family support, reassessing the clinical conditions that arose during hospital admission, as well as adjusting the usual medication.

Commentary: The possibility of early detection AAA through screening appears as a measure capable of modifying its natural evolution. Thus, this is a thought-provoking case on the effectiveness of screening, in the presence of risk factors. It also aims to highlight the importance of the family physician in the early diagnosis of a serious problem, and on the management of physical and psychological complications after hospital discharge.

Keywords: Abdominal aortic aneurysm; Screening.