**IMAGEM ANGIOGRÁFICA INCIDENTAL DE ÚLCERA AÓRTICA ENTRE ZONAS 2 E 3 – RELATO DE CASO**

Érica Uchoa Holanda1**\***; Denyse de Oliveira de Moraes Saunders1; Marcio Wilker Soares Campelo, Ph.D2,3; Adriano de Melo Oliveira4; Ana Paula Bomfim Soares Campelo, Ph.D3**\***

1Aluna de iniciação científica do Centro Universitário Christus, bolsistas FUNCAP.

2Cirurgião Vascular do Hospital Regional da Unimed, Fortaleza-CE.

3Prof(a) do Curso de Medicina do Centro Universitário Christus.

4Cardiologista intervencionista da Psicor Serviços Médico, Fortaleza-CE.

\*Autor Correspondentes: Ana Paula Bomfim Soares Campelo. Email: ana.campelo@unichristus.edu.br.

**INTRODUÇÃO**

Úlceras aórticas (UAs) consistem em ulcerações focais da placa aterosclerótica que penetram na íntima arterial e podem progredir para a túnica média, caracterizando-se, nesses casos, como penetrante2.3. Podem estar ou não associadas com hematoma intramural (HIM)2. Nenhuma técnica de imagem consegue distinguir as camadas íntima e média, somente estudos histopatológicos são capazes de identificá-las com certeza, evidenciando um ponto chave no diagnóstico diferencial de outras entidades2. Podem estar presentes em toda a aorta, mas são mais comumente encontradas na aorta torácica descendente, afetando majoritariamente homens, em idade mais avançada e com comorbidades associadas3. O curso clínico das UAs é variável, estas podem permanecer estáveis, aumentar ou progredir para HIM, dissecção, pseudo-aneurisma ou mesmo ruptura aórtica, caso rompa a adventícia3. Diferentes etiologias têm sido descritas: infecciosa, inflamatória, traumática, iatrogênica, aterosclerótica ou secundária ao HIM2. No entanto, a verdadeira incidência das UAs é desconhecida, pois algumas são assintomáticas3.

**OBJETIVO**

O objetivo deste estudo será relatar um caso clínico de UA de apresentação assintomática e diagnóstico incidental.

**RELATO DE CASO**

Paciente de 70 anos, sexo feminino, hipertensa, dislipidêmica, assintomática. Ao exame físico: pressão arterial (PA) de 130/80 mmHg, ausculta cardíaca normal, ao exame cervical sem alterações. Durante exame de rotina, fez ecodoppler de carótidas e vertebrais, sendo evidenciada estenose de 75% em artéria carótida interna esquerda com placa tipo III. Realizou angiografia, não sendo confirmado o achado ultrassonográfico, porém foi identificada uma úlcera em aorta logo após a artéria subclávia esquerda (Figura 1). Foi optado por conduta conservadora com controle de PA e uso de estatina, além de orientações para alteração dos fatores de risco modificáveis para doença aterosclerótica. Já se passaram 5 anos e a paciente encontra-se assintomática e não apresentou intercorrências.



Figura 1 - Angiografia de subtração digital, em oblíqua anterior esquerda, utilizado contraste iodado não iônico, com cateter pigtail, em bomba de infusão contínua, com úlcera aórtica logo após a emergência da artéria subclávia esquerda.

**DISCUSSÃO**

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de UA podem ser incluídos: idade avançada, hipertensão, doença aterosclerótica extensa6,7. A fisiopatologia, na maioria dos casos, está relacionada à ulceração e ao rompimento de uma placa aterosclerótica através da camada intimal da aorta. Tal situação causa hemorragia ao redor da úlcera, levando a anomalia no contorno da aorta que se projeta para além do limite da parede normal3,7,8. A principal complicação associada à ulceração é a formação e extensão do hematoma dentro da camada média que pode evoluir para perfuração ou dissecção de aorta6. As úlceras podem ser encontradas em toda a aorta, mas são mais comuns na aorta torácica descendente3. Pode ser requerido tratamento invasivo urgente ou tratamento farmacológico e acompanhamento por exames de imagem, principalmente em úlceras menores, assintomáticas e menos aneurismáticas2. O presente caso trata-se de uma UA na transição da zona 2 para 3, onde foi optado por tratamento conservador.

**CONCLUSÃO**

Apesar da raridade do caso em questão e do seu achado ser acidental, é necessário enfatizar a importância do reconhecimento de tal enfermidade e seu correto acompanhamento quando diagnosticado, sendo fundamental avaliar a evolução da doença e personalizar estratégias para o manejo adequado.

**PALAVRAS-CHAVE**

Úlcera aórtica, Doença aterosclerótica, Angiografia.

**REFERÊNCIAS**

1. D’ANNOVILLE, T. et al. Thoracic Endovascular Aortic Repair for Penetrating Aortic Ulcer: Literature Review. **Annals of Thoracic Surgery**, v. 101, n. 6, p. 2272–2278, 1 jun. 2016.
2. EVANGELISTA, A. et al. Beyond the term penetrating aortic ulcer: A morphologic descriptor covering a constellation of entities with different prognoses. **Progress in Cardiovascular Diseases.** W.B. Saunders, 1 jul. 2020.
3. ODERICH, G. S. et al. Penetrating Aortic Ulcer and Intramural Hematoma. **CardioVascular and Interventional Radiology.** Springer New York LLC, 15 mar. 2019.
4. SALIM, S. et al. The Management of Penetrating Aortic Ulcer. **Hearts**, v. 1, n. 1, p. 5–13, 15 maio 2020.

1. DECARLO, C. et al. Prognostication of Asymptomatic Penetrating Aortic Ulcers: A Modern Approach. **Circulation**, v. 144, n. 14, p. 1091–1101, 5 out. 2021.

1. SHAH, K. et al. Progression of aortic intramural hematoma with associated penetrating aortic ulcers with medical management requiring surgical management case report. **Journal of Emergency and Critical Care Medicine**, v. 5, p. 25–25, jul. 2021.
2. BIRCHARD, K. R. Acute Aortic Syndrome and Acute Traumatic Aortic Injury. **Seminars in Roentgenology**, v. 44, n. 1, p. 16–28, jan. 2009.
3. MACURA, K. J. et al. Pathogenesis in Acute Aortic Syndromes: Aortic Dissection, Intramural Hematoma, and Penetrating Atherosclerotic Aortic Ulcer. **American Journal Of Roentgenology**, v. 181, n. 2, p. 309-316, ago. 2003.