

ESTENOSE SUBAÓRTICA ASSOCIADA COM HEMORRAGIA DIGESTIVA RECORRENTE. RELATO DE CASO.

ANTONIO ALVES DE COUTO, EDIVAR PEREIRA DE ALMEIDA, LAILA MARIA ARRUDA ABI-CHAIBEN, MARCOS VINICIUS CLAUSSEN MOURA, ELIANE MENDONÇA MANSUR, PAULO GOLEBIOVSKI, MARIA LUIZA MEURER ALVES, JOÃO OSÓRIO RODRIGUES NETO, ALBA REGINA M. VIEIRA, CLODOMIR SOUTO DE ALMEIDA.

Refere a literatura a possibilidade de associação entre lesão obstrutiva do ventrículo esquerdo e hemorragia digestiva de repetição, atribuída à angiodisplasia de cólon direito, particularmente quando a lesão aórtica é valvular e calcificada. Nesses casos o melhor meio para o diagnóstico é a angiografia mesentérica seletiva. A terapêutica recomendada é a ressecção intestinal segmentar ou a cirurgia aórtica.

É apresentado o caso de uma paciente feminina, de 77 anos, com estenose subaórtica hipertrófica idiopática severa que evoluiu com 16 episódios de hemorragia digestiva decorrentes de angiodisplasia de ceco e cólon ascendente, que cederam com a cirurgia de ressecção intestinal.

A literatura refere associação entre sangramento gastrointestinal e estenose aórtica calcificada¹. Atribui-se nesses casos o sangramento, a lesões vasculares da mucosa do cólon direito² (angiodisplasia). O meio diagnóstico ideal é a angiografia mesentérica seletiva³. Recomenda-se, se não houver controle clínico, a cirurgia de ressecção intestinal e/ou a cirurgia cardíaca³.

Apresenta-se um caso no qual o comprometimento cardíaco era decorrente de grave estenose subaórtica hipertrófica associada à hemorragia digestiva conseqüente à angiodisplasia do cólon ascendente e do ceco. Há apenas um caso referido na literatura de estenose subaórtica hipertrófica idiopática associada com hemorragia digestiva de repetição⁴.

RELATO DO CASO

Paciente de 77 anos, feminina, preta, com queixa de dispnéia, tonteira e início do quadro de hemorragia digestiva baixa (melena e enterorragia) em 1979, dizendo ser portadora de úlcera duodenal há vários anos, diagnosticada através de seriografia esôfago estômago-duodeno e endoscopia digestiva. Esteve internada no Hospital dos Servidores do Estado (HSE) por 16 vezes, devido às recorrências da hemorragia, com crises cada vez mais freqüentes, culminando em 1983 numa periodicidade de 15 dias.

Ao exame, a paciente apresentava-se hipocorada + +/4, turgência jugular + a + +/4, onda "a" aumentada no pulso venoso, pulso carotídeo de ascensão rápida, SS ejetivo + + + /4, mais audível no bordo esternal esquerdo baixo irradiando para focos da base e ponta, SS tipo regurgitação + +/4 em ponta irradiando para axila e dorso, 4.^a bulha e estertores pulmonares nas duas bases, além de hepatomegalia com refluxo hepatojugular.

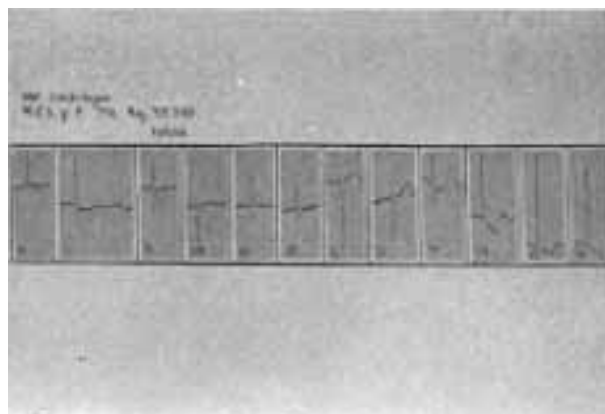


Fig. 1 - Eletrocardiograma evidenciando ritmo sinusal associado à SVE com alteração da repolarização ventricular.

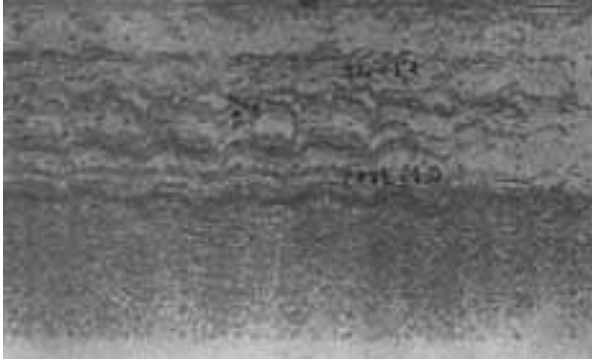


Fig. 2 - Ecocardiograma evidenciando hipertrofia septal assimétrica e movimento sistólico anterior mitral.

A radiografia do tórax revelava aumento moderado da área cardíaca. O eletrocardiograma (fig. 1) mostrava ritmo sinusal, sobrecarga ventricular esquerda com alterações secundárias da repolarização, o estudo ecocardiográfico era compatível com cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (fig. 2).

Na intervenção de junho de 1983, por hemorragia digestiva de maior repercussão hemodinâmica, como a endoscopia digestiva revelasse bulbo duodenal de formado, sem sinal de atividade da lesão ulcerosa, foram feitos vários exames (seriografia esófogogastroduodenal, trânsito de delgado, clister opaco e fluxograma isotópico) que não identificaram o local do sangramento. Foi então submetida à arteriografia seletiva do tronco celíaco e da mesentérica superior, que foi compatível com angiodisplasia de ceco e cólon ascendente, observando-se o ponto sangrante nessa projeção. Foi submetida à hemicolecomia direita sem recidiva de sangramento pós cirurgia.

O laudo anátomo patológico da peça cirúrgica revelou vasos malformados, ectasiados e congestionados a nível da mucosa e da submucosa, permeando as camadas musculares, onde predominava o aspecto linfangiomatoso compatível com angiodisplasia (fig. 3).



Fig. 3 - Corte histológico de intestino mostrando vasos congestionados, de paredes espessadas na mucosa e submucosa - HE 25 X.

DISCUSSÃO

Discute-se ainda se a lesão obstrutiva do ventrículo-esquerdo, e particularmente a estenose aórtica calcificada poderia causar a angiodisplasia do cólon³. O mecanismo proposto seria a maior pressão sobre a mucosa do ceco e do cólon direito, provocando obstrução venosa da mucosa, dilatação e perda dos esfíncteres pré-capilares. Essas alterações propiciariam fístulas artério-venosas funcionais em foco de ectasia vascular. Tais fístulas seriam as responsáveis pelo enchimento venoso precoce visto pela angiografia⁵. Outro mecanismo proposto seria a "shuntagem" - A-V crônica da submucosa decorrente de isquemia da mucosa com conseqüente adelgaçamento da mesma e até ulceração com sangramento. Essas lesões são geralmente delgadas, menores que 5 mm de diâmetro, habitualmente não detectadas nem a inspeção grosseira do intestino ressecado. Por essa razão, torna-se mister investigar as hemorragias digestivas "idiopáticas" com angiografia mesentérica. Isso é tão importante que tais lesões constituem a principal causa de sangramento gastrointestinal em idoso⁶, particularmente quando existe lesão obstrutiva do ventrículo esquerdo (VE) associada. Outra condição que deve ser incluída entre as causas de hemorragia digestiva de repetição é a telangiectasia hemorrágica hereditária (síndrome de Osler-Weber-Rendu) que pode se complicar após os 60 anos, mas a paciente em discussão não tinha história familiar de angiomatose, nem telangiectasias cutâneas ou de mucosa. Outro estudo mostrou que a incidência de hemorragia digestiva na população geral é de 0,025% (em 134 114 admissões)⁶, enquanto nos casos de lesão obstrutiva do VE, como a estenose aórtica calcificada, é de 2,6%, sendo portanto, 104 vezes mais freqüentes; de particular interesse é que, no caso apresentado, a lesão obstrutiva era subaórtica e não valvar.

Corroborando a participação da lesão obstrutiva do VE na gênese do sangramento digestivo, casos de hemorragia intratáveis clinicamente são perfeitamente controlados com o alívio da obstrução do VE, como descrito recentemente em 3 pacientes⁷.

A despeito das controvérsias ainda existentes, torna-se clara, pelo menos, que a combinação de obstrução à via de saída do VE, particularmente a estenose aórtica calcificada, com angiodisplasia de cólon em pacientes idosos aumenta a possibilidade de sangramento gastrointestinal⁸. Outras lesões orovalvulares com baixo débito não parecem aumentar a tendência de sangramento digestivo.

Uma possibilidade para explicar o sangramento seria a alteração da coagulação, apesar de existir como argumento contrário o fato do sangramento não ser generalizado. Talvez o que exista seja uma alteração qualitativa da função plaquetária produzida pelo estresse hemodinâmico da corrente sanguínea ao nível da obstrução aórtica. Isso, associado com a lesão

vascular da mucosa, produziria a hemorragia digestiva⁸.

Em conclusão, deve-se reconhecer a relação causa-efeito entre lesão obstrutiva do VE, como por exemplo, a estenose subaórtica hipertrófica idiopática com a angiodisplasia de ceco e cólon direito e conseqüente hemorragia digestiva de repetição, que pode ser controlada pela cirurgia de ressecção intestinal e/ou alívio da lesão obstrutiva do VE.

SUMMARY

The case of a 77 year old woman who had 16 episodes of gastrointestinal bleedings (GIB) is reported. Selective mesenteric angiography demonstrated that the massive chronic bleeding was due to tiny mucosal vascular lesions of the right colon. The GIB disappeared with segmental bowel resection-right hemicolectomy. Cardiovascular examination demonstrated that she had idiopathic hypertrophic subaortic stenosis. It must be emphasized that possibly there is an association between these two conditions: aortic ste-

nosis, even in the subaortic form, and GIB due to angiodysplasia .

REFERÊNCIA

1. Heyde, E. C. - Gastrointestinal bleeding in aortic stenosis. *N. Engl. J. Med.* 259: 196, 1958
2. Boss, E. G.; Rosebaum, J M. - Bleeding from the right colon associated with aortic stenosis. *Am. J. Digest. Dis* 16: 269, 1971.
3. Galloway, S. J ; Casarella, W. J ; Shimkin, P M, . Vascular malformations of the right colon as cause of bleeding in patients with aortic stenosis. *Radiology*, 113: in, 1974.
4. Kimmel, D. J.; Pasier, S. B ; Bursiein, J ; Stovring, J.; Cochran, P. I. - Cardiac disease and recurrent gastrointestinal bleeding *Rocky Mt Med. J.* 74: 316, 1977.
5. Ireweeke, M. W.; Michelbach, A. P. - Aortic stenosis. *J. Kansas Med. Soc.* 76: 100, 1975.
6. Barm, S.; Aihanasoulis, C A.; Waliman, A. C.; Galdabini, J.; Shapiro, R.; Warshau, A.: Ottinger, L. W. - Angiodysplasia of the right colon as a cause of chronic gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*, 68: A.5/862, 1975.
7. Jack, W.; Love . The syndrome of calcic aortic stenosis and gastrointestinal bleeding . Resolution following aortic valve replacement. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 83: 779, 1982.
8. Bourdette, D.; Greenberg, B. . Twelve-year history of gastrointestinal bleeding in a patient with calcic aortic stenosis and hemorrhagic telangiectasia. *Dig. dis. Sci.* 24: 7,7, 1979 .