

Trombo flutuante no arco aórtico

Free-floating thrombus in the aortic arch

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 32 anos, atendida no serviço de urgência e emergência com quadro de dor abdominal, náuseas e vômitos. Na investigação diagnóstica negou comorbidades prévias. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome com contraste, que demonstrou áreas hipocaptantes características de infartos, localizadas no lobo hepático direito, no corpo pancreático e envolvendo de forma subtotal o rim esquerdo e o baço, associadas a falhas de enchimento endoluminais no tronco celíaco e seus ramos, bem como na artéria renal esquerda e ramos mesentéricos superiores, compatíveis com trombos (Figuras 1A, 1B, 1C). Exames laboratoriais revelaram estado de hipercoagulabilidade decorrente de deficiência de proteína C. Complementou-se a investigação com angiogramografia da aorta torácica, que detectou material hipocaptante endoluminal com pedículo aderido à porção distal do arco aórtico, na parede oposta à origem da artéria subclávia, determinando falha de enchimento, sugestivo de trombo pediculado (Figura 1D). Considerou-se a possibilidade diagnóstica de trombo flutuante no arco aórtico, complicado com embolização sistêmica. Foi in-

dicada a remoção cirúrgica do trombo e reparação da base da lesão. Posteriormente, o histopatológico confirmou a hipótese inicial de um trombo organizado, sem indícios de malignidade.

Trombo flutuante da aorta é definido como uma porção não aderente do trombo, flutuando dentro da luz aórtica. É uma condição rara, com cerca de 100 casos descritos na literatura. Em geral, é incomum encontrar trombo aórtico sem associação com aneurisma e aterosclerose⁽¹⁾. Nestes casos, é frequentemente associado a estados de hipercoagulabilidade, trauma, neoplasias malignas, cirurgias prévias e fluxo sanguíneo turbulento.

As apresentações clínicas variam desde doença assintomática a sintomas relacionados a embolização cerebral, periférica ou visceral⁽¹⁻⁶⁾. No entanto, destaca-se uma maior prevalência de embolização em trombos flutuantes (75%) quando comparados a não flutuantes (12%). A maioria dos casos de trombo aórtico é diagnosticada após evento embólico, entretanto, alguns casos são descobertos incidentalmente em exames de rotina^(1,5). Conforme relatado na literatura, o diagnóstico tem sido realizado por meio de ecocardiograma transesofágico ou angiogramografia, sendo esta última a modalidade preferida atualmente⁽¹⁾. A localização mais comumente encontrada de trombo na aorta torácica é a região do istmo da aorta e a porção distal do arco aórtico, no lado oposto à origem da artéria subclávia⁽⁴⁾.

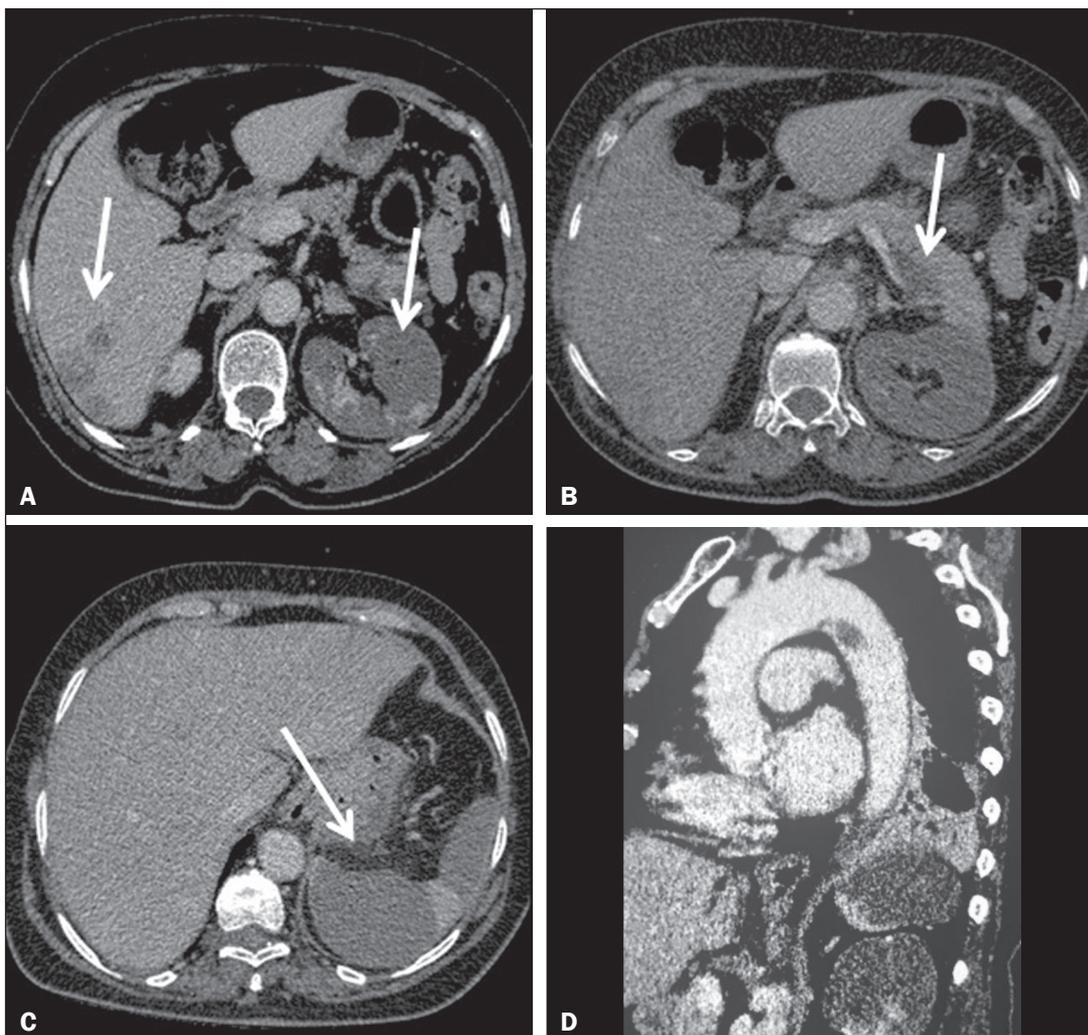


Figura 1. A-C: Tomografia computadorizada de abdome com contraste, seções axiais, demonstrando áreas hipocaptantes características de infartos localizadas no lobo hepático direito (A), corpo pancreático (B) e envolvendo de forma subtotal o rim esquerdo (A) e o baço (C). **D:** Angiotomografia da aorta torácica mostrando trombo pediculado aderido à porção distal do arco aórtico, na parede oposta à origem da artéria subclávia.

A abordagem terapêutica é considerada necessária pelo alto risco de embolização sistêmica maciça, porém, o tratamento ideal permanece indefinido. O trombolítico é considerado uma das opções, mas existe o risco de lise seletiva do pedículo da lesão, culminando em resultados catastróficos. Acredita-se que o tratamento cirúrgico, em pacientes selecionados, seja a opção mais aceitável^(2,4-6).

O objetivo deste relato é descrever um raro caso de trombo flutuante no arco aórtico com embolização sistêmica, que foi tratado cirurgicamente com sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Kim SD, Hwang JK, Lee JH, et al. Free floating thrombus of the aorta: an unusual cause of peripheral embolization. *J Korean Surg Soc.* 2011; 80:204–11.
2. Fischer ML, Matt P, Kaufmann BA, et al. An unusual cause of thromboembolic disease. *Cardiovascular Medicine.* 2015;18:229–30.
3. Rancic Z, Pfammatter T, Lachat M, et al. Floating aortic arch throm-

- bus involving the supraaortic trunks: successful treatment with supra-aortic debranching and antegrade endograft implantation. *J Vasc Surg.* 2009;50:1177–80.
4. Noh TO, Seo PW. Floating thrombus in aortic arch. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;46:464–6.
5. John SH, Kim NH, Lim JH, et al. Floating thrombus in the aortic arch: a case report. *Korean Circulation J.* 2005;35:180–2.
6. Choi JB, Choi SH, Kim NH, et al. Floating thrombus in the proximal aortic arch. *Tex Heart Inst J.* 2004;31:432–4.

Marcelo Coelho Avelino¹, Carla Lorena Vasques Mendes de Miranda², Camila Soares Moreira de Sousa², Breno Braga Bastos³, Rafael Soares Moreira de Sousa⁴

1. Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha, Teresina, PI, Brasil. 2. Med Imagem, Teresina, PI, Brasil. 3. UDI 24 horas, Teresina, PI, Brasil. 4. Hospital Antônio Prudente, Fortaleza, CE, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Camila Soares Moreira de Sousa. Med Imagem – Setor de Radiologia. Rua Paissandu, 1862, Centro. Teresina, PI, Brasil, 64001-120. E-mail: camilasoares__@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0083>

Fistula between the abdominal aorta and a retroaortic left renal vein: a rare complication of abdominal aortic aneurysm

Dear Editor,

A 63-year-old man was referred to our hospital with abdominal pain, left varicocele, hematuria, and acute kidney injury. Multislice computed tomography (CT) revealed a 7.8 cm infrarenal abdominal aortic aneurysm and no contrast enhancement of the left kidney (Figure 1A), as well as a retroaortic left renal vein and dilatation of the left gonadic vein (Figure 1B), together with simultaneous contrast enhancement of the aneurysm, inferior vena cava, and left renal vein, suggesting the

presence of a fistula between the abdominal aortic aneurysm and the aberrant left renal vein (Figures 1C and 1D). Given the suitability of the aneurysm, we decided to perform endovascular repair. Exclusion of the aneurysm and the aorto-left renal vein fistula was achieved after successful deployment of a 26–14 × 165 mm bifurcated endoprosthesis with a 16–16 × 95 contralateral limb (Gore Excluder; W.L. Gore and Associates, Flagstaff, AZ, USA). After endovascular management, renal function initially improved. The patient presented intraoperative hypotension, and the postoperative course was complicated by brain ischemia. Unfortunately, the patient died 65 days after surgery due to multiorgan failure.

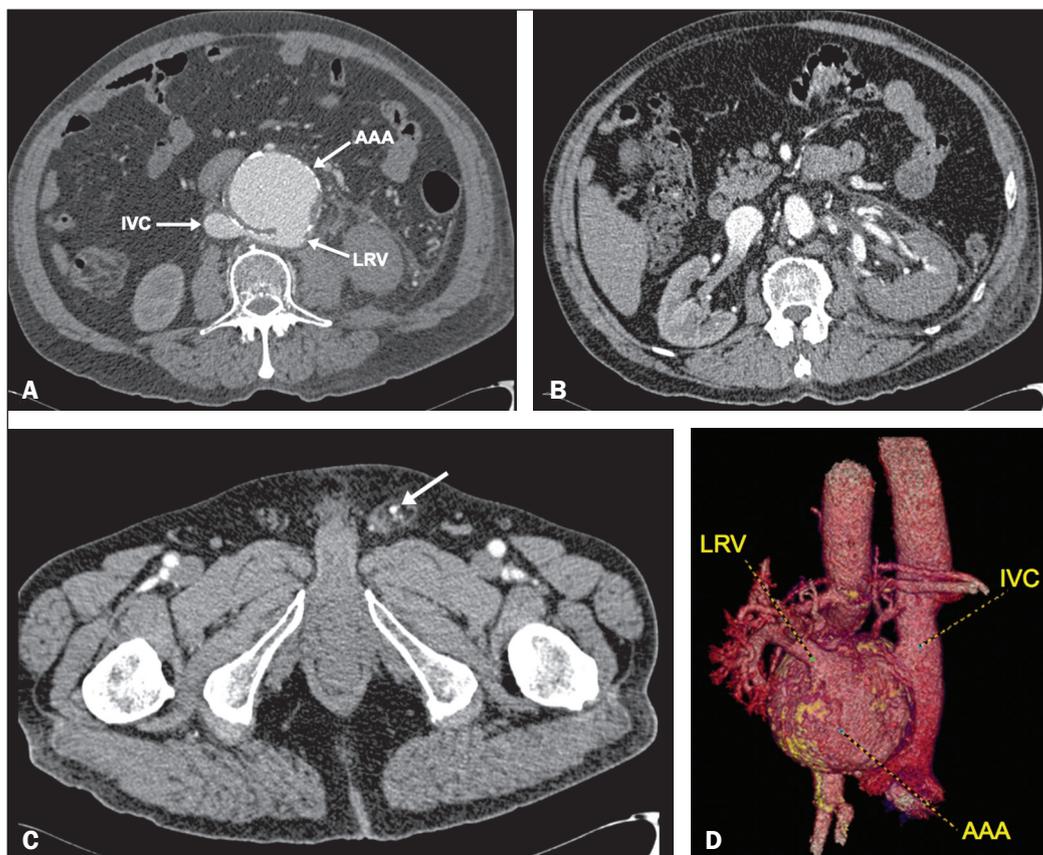


Figure 1. A–C: Contrast-enhanced axial CT slices showing equal opacification of the infrarenal aorta, a retroaortic left renal vein (LRV), and the inferior vena cava (IVC), confirming the fistula between an abdominal aortic aneurysm (AAA) and the aberrant left renal vein (A). Note the reduced contrast enhancement of the left kidney (B) with dilatation and arterial enhancement of the left gonadic vein (arrow, C), accompanied by left varicocele. **D:** Contrast-enhanced CT, with three-dimensional reconstruction, in a posterior view, showing the retroaortic left renal vein in communication with the abdominal aortic aneurysm.