

Oclusão arterial aguda bilateral em mulher jovem sem fonte embolígena

Acute bilateral arterial occlusion in a young woman with no source of embolus

João Luiz Sandri¹, Giuliano de Almeida Sandri²

Parte II - Diagnóstico

Ergotismo: uma causa rara de isquemia de membros inferiores

Conversando com a paciente, descobriu-se ser a mesma portadora de enxaqueca, tendo, nos últimos dias, feito uso contínuo de altas doses de tartarato de ergotamina (Ormigrein[®]).

Feito o diagnóstico de ergotismo, o tratamento utilizado foi bloqueio anestésico (já feito para sedação da dor); papaverina (uma ampola diluída intrarterial em cada extremidade separadamente); heparinização plena após retirada das agulhas para angiografia; hidratação; e pentoxifilina (400 mg t.i.d.). Após 24 horas de terapia, o quadro havia revertido, e a paciente estava sem dor, embora apresentasse edema nos pés e dedos, com discreta sensação de formigamento, e todos os pulsos palpáveis. Após uma semana, um eco-color-Doppler arterial de membros inferiores mostrou artérias normais.

O ergot é produto de um fungo, *Claviceps purpurea*, que cresce no centeio e em outros cereais. Os componentes ativos da droga são alcalóides, todos derivados do ácido lisérgico. Seus efeitos colaterais são basicamen-

te de três categorias: (1) neurológicos – cefaléia, vertigem, psicose, convulsão e agitação; (2) gastrointestinais – diarréia, náusea, vômito e dor abdominal em cólica; e (3) vasculares^{1,2}. Os efeitos vasculares do ergot são relacionados à vasoconstrição intensa e direta que predomina em pequenas doses e resulta provavelmente da estimulação direta dos receptores alfa na parede dos vasos. Além desses efeitos, há lesão do endotélio capilar e uma degeneração hialina da parede dos vasos. Esses efeitos, embora vistos em artérias de menor calibre das extremidades, ocorrem também nas artérias viscerais, coronárias, carótidas e artérias oftálmicas³.

O diagnóstico de isquemia induzida por ergotismo é baseado na história clínica do paciente, em achados do exame físico e em aspectos angiográficos. A presença de isquemia de membros inferiores, sobretudo se bilateral e simétrica, deve levantar a suspeita de vasoespasma induzido por ergotismo. Os achados angiográficos de espasmo arterial, especialmente bilateral e simétrico, podem ser segmentares com áreas longas e lisas de estreitamento do vaso. Os espasmos geralmente começam na artéria femoral superficial, sugerindo diagnóstico de vasoespasma induzido por ergot^{3,4}. No caso

1. Professor Assistente de Clínica Cirúrgica, Departamento de Cirurgia, Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

2. Acadêmico de Medicina, Universidade Federal do Espírito Santo.

aqui relatado, somente após a verificação desse tipo de espasmo é que se inquiriu a paciente a respeito do uso de drogas, confirmando, então, o diagnóstico, como em vários casos relatados na literatura.

O tratamento continua sendo empírico, obviamente com a imediata retirada da ergotamina e outras drogas vasoativas. O tratamento inclui o uso de expansores plasmáticos e boa hidratação, assim como o uso de heparinização sistêmica, bloqueios anestésicos (previamente à heparinização), vasodilatadores (nitroglicerina, papaverina) e bloqueadores de canal de cálcio⁵. Em casos mais dramáticos, já foi utilizada a dilatação intraluminal para combater o vasoespasmo^{6,7}. Yoshida⁸, em nosso meio, tem recomendado a administração de nitroprussiato de sódio na dose de 0,5 a 3,0 µg/kg/min, até o retorno clínico normal, que na literatura pode variar de 1 hora a 46 horas.

Embora o ergotismo seja raro, clínicos e cirurgiões vasculares devem incluir esta condição em seu repertório de diagnóstico diferencial, em pacientes com isquemia aguda de membros, com especial atenção naqueles com história de enxaqueca.

Referências

1. Kempczinski RF, Buckley CJ, Darling C. Vascular insufficiency secondary to ergotism. *Surgery* 1979;79(5):597-600.
2. Sanders-Bush E, Mayer SE. 5-hydroxytryptamine (serotonin): receptor agonists and antagonists. In: Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG, editors. *Goodman e Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. New York: Mac Graw-Hill; 2001.p.269-290.
3. Wells KE, Steed DL, Zajko AB, Webster MW: Recognition and treatment of arterial insufficiency from cafergot. *J Vasc Surg* 1986;4:8-15.
4. Tay JC, Chee YC. Ergotism and vascular insufficiency: a case report and review of literature. *Ann Acad Med Singapore* 1998;27:285-8.
5. Karam B, Farah E, Ashoush R, Jebara V, Ghayad E. Ergotism precipitated by Erythromycin: a rare Case of Vasospasm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000;19:96-8.
6. Baader W, Herman W, Johansen K. Le Feu de Saint Antoine: guérison du vasospasme périphérique dû à l'érgotamine par la dilatation artérielle hydrostatique. *Ann Chir Vasc* 1990; 4:597-9.
7. Shifrin E, Perel A, Olschwang D, Diamant Y, Cotev S. Reversal of ergotamine induced arteriospasm by mechanical intra-arterial dilatation. *Lancet* 1980;13:1278.
8. Yoshida B W. Ergotismo. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HR. *Doenças Vasculares Periféricas*. 3ª ed. Medsi: Rio de Janeiro; 2002.