



DISSECÇÃO AÓRTICA STANFORD A: RELATO DE CASO

MAISA NEVES LIRA; ANDRESSA TELES PIMENTA; ELISA MARIA CUNHA DE FIGUEIREDO TORRES CAIVANO; JÚLIO CÉSAR RONCONI

RESUMO

A dissecção de aorta (DA) é uma emergência médica que ocorre quando a camada interna da aorta se rompe e se separa da camada intermediária, permitindo que o sangue circule entre as camadas da parede do vaso. Representa um grande desafio devido à alta morbidade, mortalidade e ao difícil diagnóstico em decorrência das queixas inespecíficas e das graves complicações inerentes à evolução da doença (ruptura aórtica, síndrome de má perfusão, dissecção retrógrada, acidente vascular encefálico, dor ou hipertensão refratária). A DA é causada pela degeneração da camada média vascular, resultante de pressão elevada, que desencadeia fraqueza da parede do vaso. Nesse sentido, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) não tratada contribui para o acúmulo de metaloproteínases e citocinas pró inflamatórias no endotélio, aumentando a probabilidade de desenvolver a condição. Quanto ao diagnóstico, exames de imagem, como a tomografia computadorizada (TC), a ressonância nuclear magnética (RNM) e o ecocardiograma transesofágico (ETE), são fundamentais para confirmar o diagnóstico e determinar a topografia e segmento anatômico da aorta afetado, bem como a extensão da dilatação e o tratamento adequado para cada paciente. Este relato apresenta uma mulher de 74 anos, asmática e hipertensa com bons controles pressóricos, na qual foi identificado, durante investigação de dispneia aguda pela Atenção Primária de Saúde (APS), volumoso derrame pericárdico evidenciado em ecocardiograma, sendo então, encaminhada a serviço terciário e constatado dissecção aórtica Stanford A. Foi abordada através de técnica endovascular com uso de endoprótese com stent aórtico. O tratamento com stent tem o papel de evitar a má perfusão e diminuir a taxa de degeneração aneurismática da falsa luz. Obteve-se sucesso terapêutico e a paciente evoluiu com excelente qualidade de vida.

Palavras-chaves: dissecção de aorta; endovascular; dissecção de aorta stanford A

1 INTRODUÇÃO

Cerca de 20% dos pacientes com dissecção da aorta morrem antes de chegar ao hospital. Sem tratamento, a taxa de mortalidade é de aproximadamente 1 a 2% por hora após o início dos sintomas. Sem cirurgia, a mortalidade é > 50% em 1 mês (Tsai; Nienaber; Eagle, 2005). As principais causas de dissecção da aorta são hipertensão de longa data, doenças do tecido conjuntivo e trauma (Tang; Dake, 2009). Entre as principais complicações, encontram-se ruptura aórtica, síndrome de má perfusão e dissecção retrógrada (Parsa et al., 2011).

A técnica endovascular demanda maior habilidade, porém tem morbimortalidade menor quando comparada ao tratamento cirúrgico convencional. Entretanto, a passagem de fluxo sanguíneo pelo falso lúmen da dissecção pode evoluir para aneurisma e ruptura eventual da aorta (Williams et al., 1997).

O diagnóstico de dissecção aórtica é sempre complexo, seja pela baixa incidência ou

procura de serviços médicos, seja pela apresentação inespecífica, com primeiro diagnóstico equivocado em 38% dos casos na avaliação inicial. A dor torácica aguda com irradiação para o dorso é o principal sintoma encontrado, associado a quadro hipertensivo, bradicardia e síncope (Hagan, P. G. *et al.*, 2000). Sintomas menos comuns são dor abdominal, déficit neurológico, síndrome de Horner e paralisia de cordas vocais (Tsai; Trimarchi; Nienaber, 2009).

O vigente relato visa abordar os desafios diagnósticos da dissecação aórtica Stanford A e a importância de instituir precocemente o tratamento cirúrgico.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 74 anos, foi admitida no pronto-socorro do Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas com encaminhamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) devido achado de derrame pericárdico volumoso com sinais de repercussão hemodinâmica e swimming heart em Ecocardiograma. Há 6 meses, investigava quadro de dispneia progressiva na atenção primária, sendo solicitado o exame que constatou a alteração ecocardiográfica. Apresentava história prévia de hipertensão arterial sistêmica com bom controle pressórico, dislipidemia e asma sem exacerbações recentes. Ao exame físico admissional, apresentava-se em bom estado geral, com pressão arterial (PA) 110 × 66 mmHg, frequência cardíaca de 103 bpm, eupneica, ausculta pulmonar sem alterações, abdome escavado sem massa pulsátil, membros inferiores com pulsos palpáveis. Eletrocardiograma da admissão com baixa voltagem, BDAS e sem demais achados. Realizado radiografia de tórax que demonstrou alargamento do mediastino.

Foi submetida à pericardiocentese (punção de Marfan), sendo drenado 1.200mL de líquido sero-hemático, procedimento realizado sem intercorrências. A análise laboratorial do conteúdo drenado revelou predomínio linfocitário. Em Ecocardiograma de controle realizado após a punção, evidenciou-se nova formação do derrame pericárdico. Progrediu-se, então, a investigação etiológica, sendo realizado tomografia computadorizada contrastada de tórax, a qual revelou dissecação de aorta ascendente.

No décimo quinto dia de internamento, após realização de exames pré-operatórios, paciente submetida a correção de aneurisma de aorta via acesso transapical e realizado drenagem de 750mL de líquido serossanguinolento. Foi encaminhada a Unidade Coronariana e necessitou de droga vasoativa em doses baixas, com desmame completo em 24 horas. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica e exame radiológico de controle demonstrou pequeno pneumotórax à esquerda, sendo optado por conduta conservadora, visto paciente assintomática.

3 DISCUSSÃO

A dissecação aórtica é uma doença da camada média do vaso em que o fluxo sanguíneo ocorre entre as camadas média e íntima (Hiratzka *et al.*, 2010). A incidência é de três casos para cada 100.000 habitantes por ano, com acometimento por idade bimodal (Clouse *et al.*, 2004). Há diversos fatores que podem levar à degeneração da camada média e ao surgimento da dissecação, entre eles aterosclerose, hipertensão, tabagismo, sexo masculino e arteriopatas inflamatórias (Erbel, 2001). Assim, o doente do caso relatado apresentava fatores de riscos típicos para o surgimento da dissecação aórtica no segundo pico de incidência: feminino, e hipertensa.

A dissecação da aorta é avaliada através da classificação de DeBakey ou de Stanford. Stanford classifica de acordo com o acometimento da aorta ascendente (tipo A) ou da aorta descendente (tipo B). Já a classificação de DeBakey se refere ao acometimento da aorta ascendente, dividida em tipo I (acomete desde a ascendente até a descendente), tipo II (restrita à ascendente) e tipo III (acomete a descendente).

O diagnóstico da dissecação aórtica é um desafio, seja pela diversidade da sintomatologia, seja pela grande morbimortalidade, com primeiro diagnóstico equivocado em 38% dos casos na avaliação inicial (Hagan et al., 2000). Em relação aos exames complementares, os principais exames a serem solicitados, em ordem decrescente, são: angiotomografia computadorizada (ATC), ressonância nuclear magnética (RNM), ecocardiograma transtorácico (ETE) e arteriografia. A ATC com contraste é uma opção viável e rápida para a maioria dos centros de emergência. A paciente em questão foi submetida a Ecocardiografia transtorácica, na qual foi identificado derrame pericárdico e levantada a suspeição diagnóstica pela equipe de Atenção Primária, que prontamente a encaminhou ao serviço de emergência terciário.

Quanto à terapêutica, o tratamento cirúrgico por intermédio de técnica endovascular preferível à técnica aberta pela menor morbidade, sendo possível antepor fenestrações endovasculares visando despressurizar a luz falsa por intermédio da comunicação com a luz verdadeira. A associação de stent promove estabilidade da artéria e passagem de sangue pelo lúmen verdadeiro, diminuindo consideravelmente as complicações da dissecação. O presente caso relatado é exemplo do sucesso terapêutico.



Figura 1. Tomografia Computadorizada da admissão evidenciando dissecação aórtica do tipo A de Stanford.

Pericárdio: Derrame pericárdico acentuado, maior junto a câmaras direitas (mede 24 mm junto ao ventrículo direito), sem sinais de restrição ao enchimento ventricular na atualidade (fluxos mitral e tricúspide sem variabilidade significativa, ausência de colapso de câmaras direitas, veia cava inferior de medida e variabilidade preservadas). Nota-se, junto à lâmina pericárdica visceral sobre câmaras direitas, imagem hiperecogênica de bordos irregulares aderida, contornando toda a superfície nesta topografia, com múltiplos debris em sua superfície - no contexto do presente exame, a primeira suspeita é de coágulo, não sendo possível afastar tumor.

Figura 2. Laudo do Ecocardiograma Transtorácico realizado após punção de Marfan, mostrando derrame pericárdico refeito.

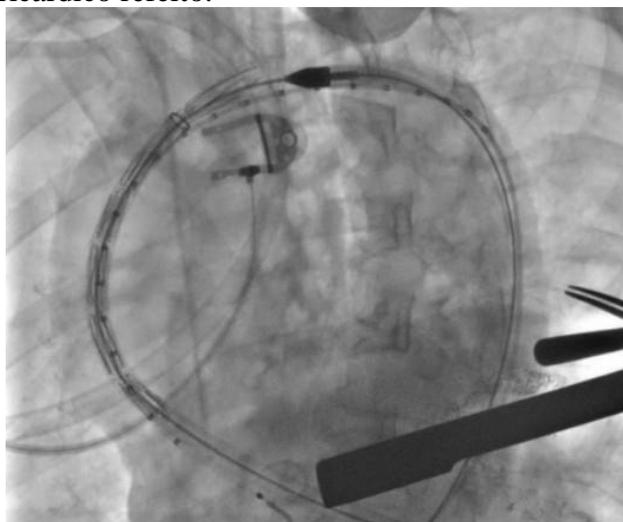


Figura 3. Imagem do intraoperatório durante a colocação do stent aórtico.

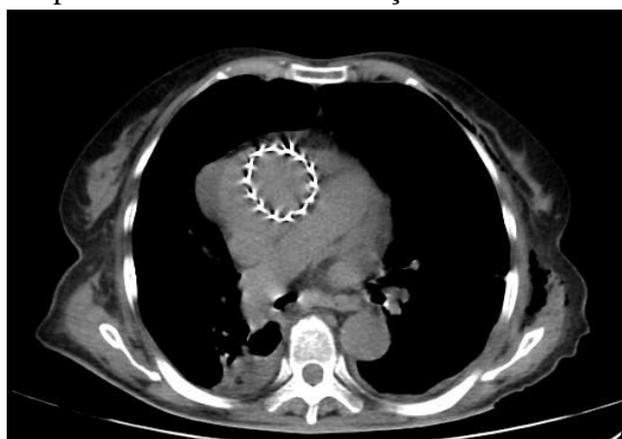


Figura 4. Tomografia Computadorizada de Tórax após abordagem cirúrgica, sendo possível avaliação do stent aórtico.



Figura 4. RX de tórax após abordagem cirúrgica demonstrando pequeno pneumotórax à direita, sendo optado por conduta conservadora, com boa evolução.

4 CONCLUSÃO

A dissecção aórtica aguda representa uma relevante síndrome clínica, cuja

apresentação constitui um grande desafio diagnóstico por sua diversidade de sintomas, sendo importante ter-se um grau elevado de suspeição ao ser identificado derrame pericárdico volumoso, como no caso desta paciente, que primeiramente recorreu a Atenção Primária à Saúde, foi submetida ao tratamento cirúrgico com endoprótese e teve um desfecho favorável, a despeito da gravidade.

REFERÊNCIAS

CLOUSE, W. D. et al. Acute Aortic Dissection: Population-Based Incidence Compared With Degenerative Aortic Aneurysm Rupture. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 79, n. 2, p. 176–180, fev. 2004.

ERBEL, R. Diagnosis and management of aortic dissection Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, v. 22, n. 18, p. 1642–1681, 15 set. 2001.

HAGAN, P. G. et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *JAMA*, v. 283, n. 7, p. 897, 16 fev. 2000.

HIRATZKA, L. F. et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease. *Circulation*, v. 121, n. 13, 6 abr. 2010

PARSA, C. et al. Midterm results with thoracic endovascular aortic repair for chronic type B aortic dissection with associated aneurysm. v. 141, n. 2, p. 322–327, 1 fev. 2011.

TANG, D. G.; DAKE, M. D. TEVAR for Acute Uncomplicated Aortic Dissection: Immediate Repair Versus Medical Therapy. v. 22, n. 3, p. 145–151, 1 set. 2009.

TSAI, T. T.; NIENABER, C. A.; EAGLE, K. A. Acute Aortic Syndromes. *Circulation*, v. 112, n. 24, p. 3802–3813, 13 dez. 2005.

.TSAI, T. T.; TRIMARCHI, S.; NIENABER, C. A. Acute Aortic Dissection: Perspectives from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, v. 37, n. 2, p. 149–159, fev. 2009.

WILLIAMS, D. R. et al. The Dissected Aorta: Percutaneous Treatment of Ischemic Complications—Principles and Results. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, v. 8, n. 4, p. 605–625, 1 jul. 1997.