



## Dissecção aórtica mista: abordagem cirúrgica e conservadora

DOI: 10.56238/isevjhv3n3-020

Recebimento dos originais: 11/05/2024

Aceitação para publicação: 31/05/2024

**Priscila Buosi Rodrigues Rigolin**

UNIVERSDADE DO OESTE PAULISTA CV: <http://lattes.cnpq.br/3210248241678466> -  
CARDIOLOGISTA

**Jussara de Almeida Bruno**

<http://lattes.cnpq.br/3052643106872818>

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - CARDIOLOGISTA

**Matheus de Souza Camargo**

ACM MEDICINA

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**Vitória Russo Marçal**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/1657893192706879> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**Mariele Alves Romanholi**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/1657893192706879> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**Vitor Hugo Russi Mendes**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/9383307258322803> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**Maria Clara Cavaleti Brambilla**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/3196614998485625> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**Victor Hugo Takayama Marques**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/1529201526552029> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**Reinaldo Michelis Filho**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/7968505691246729> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**João Gabriel Meirelles Trevisan**

CM MEDICINA

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - <http://lattes.cnpq.br/7756910914035795>

**Rebeca Ordalione Carozzi Miranda Gonçalves**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/7599424971657458> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA



**Isabela Ortiz Amatti**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/1651753715533497> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**Luana Junqueira Santos**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/3196614998485625> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

**Paulo Vitor Ferreira**

ACM MEDICINA

<http://lattes.cnpq.br/2347161452318654> UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA

## RESUMO

A dissecção aguda da aorta é uma condição clínica potencialmente grave e o diagnóstico muitas vezes é tardio devido a erros cometidos no primeiro tratamento do paciente. No caso relatado a seguir, um paciente foi internado com sintomas clássicos de dor subesternal com irradiação para costas, quadro iniciado há mais de cinco dias. No pronto-socorro foram realizados atendimentos e diagnósticos corretos e o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico. Poucos dias após a operação, o paciente retornou com nova dissecção, desta vez em parte mais distal da aorta, que foi tratada clinicamente, sem intervenção cirúrgica. Foram coletadas informações assistenciais e laudos cirúrgicos e realizada breve revisão da literatura para abordar o caso clínico. O paciente, após duas complicações, evoluiu bem e recuperou-se totalmente.

**Palavras-chave:** Dissecção, aorta, cirurgia.

## 1 INTRODUÇÃO

A dissecção aguda da aorta (DAA) é uma condição rara, mas clinicamente complexa, com alta mortalidade se não for diagnosticada precocemente e o tratamento adequado for iniciado o mais rápido possível. É a perda da estrutura da parede aórtica, devido ao acúmulo de sangue entre as camadas íntima e média, possivelmente pela entrada de sangue devido à perda de continuidade na primeira, deixando a segunda exposta ao fluxo pulsátil. sangue vindo do ventrículo esquerdo, gerando uma “luz falsa” no vaso 1,2.

A DAA apresenta baixa incidência de casos; estudos relatam cerca de 2 a 6 casos por 100.000 habitantes por ano. Embora seja raro na prática clínica diária, é uma condição complexa pelo tempo que pode ser perdido para estabelecer o diagnóstico correto: os sintomas não são específicos e o mais importante é a dor torácica, geralmente de intensidade intensa, que a maioria dos A Hora. leva à suspeita diagnóstica de infarto agudo do miocárdio 1,3.

Devido à dificuldade de fazer um diagnóstico baseado apenas em parâmetros clínicos e sintomas apresentados pelos pacientes, é fundamental a utilização de exames de imagem para auxiliar no diagnóstico desta patologia. O primeiro e mais acessível exame seria a radiografia de tórax, que evidenciaria alargamento do mediastino, presente na maioria dos pacientes 2.

Porém, esse método não é específico o suficiente para fazer o diagnóstico, o que requer outras fontes. Em geral, a TC é uma excelente opção para visualizar as doenças que causam a síndrome aórtica aguda, principalmente aquelas que levam à formação de hematomas intramurais - como é o caso da DAA. Para casos estáveis e com suspeita tardia, a angiografia por ressonância magnética também oferece boa acurácia e não utiliza radiação ionizante 2,3.

Na emergência, a ultrassonografia transesofágica é a melhor opção, pela possibilidade de realização do exame à beira do leito e pela boa sensibilidade e especificidade em comparação à DAA e outras síndromes aórticas agudas. Embora não sejam específicos, os sinais clínicos, as queixas do paciente e os fatores de risco não devem ser ignorados, pois também podem ajudar na conclusão do diagnóstico; Quanto aos exames laboratoriais, não são muito frequentes nos casos de DAA, o D-dímero é o único que pode levar a uma exceção diagnóstica, caso não haja elevação 1-3.

Quanto ao tratamento, pode-se adotar abordagem clínica, baseada no controle sintomático e estabilização da pressão arterial e frequência cardíaca, ou intervenção cirúrgica para corrigir o segmento afetado e redirecionar o fluxo para a luz verdadeira da aorta. Pacientes com comprometimento da aorta descendente podem receber tratamento conservador, enquanto pacientes com comprometimento da aorta ascendente (classificação A de Stanford) devem ser tratados com cirurgia de emergência 2,4.

Este relato de caso tem como objetivo descrever a conduta terapêutica adotada com um paciente de 47 anos, admitido no pronto-socorro do hospital com queixa de dor retroesternal intensa, posteriormente diagnosticada por dissecação tipo A de Stanford. após apresentar complicações devido à dissecação tipo B e receber tratamento conservador.

## **2 METODOLOGIA**

Relato de caso baseado em prontuários de atendimento de paciente de 62 anos, sexo masculino, todos bem documentados. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do hospital onde a paciente do caso recebeu o atendimento descrito. Este estudo seguiu as orientações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) durante sua elaboração. Para complementação do conteúdo, foram feitas pesquisas em bases de dados eletrônicas, como PubMed, Lilacs e Scielo.

## **3 RELATO DE CASO**

Paciente feminina, 48 anos, encaminhada por dor retroesternal nas últimas horas, irradiando para hipocôndrio esquerdo e dorso. A mesma era portadora de hipertensão arterial

sistêmica (HAS) há mais de 25 anos, e na ocasião apresentava pressão arterial (PA) de 155x81 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm, sem febre e saturando 94% em ar ambiente, estando em regular estado geral.

Após admissão, foi solicitada uma radiografia de tórax, que evidenciou cardiomegalia. Em seguida, foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) de tórax, que diagnosticou uma dissecção aórtica do tipo A pela classificação de Stanford, que se estendia para aorta abdominal, com falsa luz de menor calibre a partir da aorta descendente.

Foram realizados exames pré-operatórios, que não evidenciaram alterações que necessitassem de correção antes da intervenção. A paciente foi medicada com vasodilatador em alta dose e betabloqueador mantendo-se hipertensa, com PA sistólica variando entre 130 e 150 mmHg.

A cirurgia foi realizada no mesmo dia, cerca de 11 horas após a admissão. Foi feita a correção da dissecção aórtica e também uma troca valvar aórtica por bioprótese. Não houveram intercorrências e os seguimentos abordados foram aqueles mais acometidos - aorta ascendente e descendente, e estes foram completamente reparados. A porção abdominal não recebeu intervenção cirúrgica na ocasião.

Após a cirurgia, a paciente foi levada a unidade de terapia intensiva (UTI) estável hemodinamicamente, com PA 140x80. A medicação foi ajustada para alcançar a PA sistólica alvo entre 80 e 90 mmHg e iniciada antibioticoprofilaxia pós-operatória. A extubação ocorreu no dia seguinte e a saturação em ar ambiente se manteve entre 93 e 98%.

Em retorno ambulatorial programado, 1 mês após a alta, a paciente se apresentava em bom estado geral, com perda ponderal importante, não relatando novas queixas. Foram solicitados exames de imagem para avaliação ambulatorial subsequente. Apenas 3 dias após a consulta ambulatorial, a paciente dá entrada novamente no pronto socorro do hospital, queixando-se de fortes dores abdominais, localizada em epigástrio e mesogástrio.

Por seu histórico recente, foi aventada a hipótese diagnóstica de ampliação do aneurisma de aorta abdominal que ficara de resíduo da última intervenção cirúrgica. Na ocasião, a paciente estava orientada, em regular estado geral, sem outras queixas. Foram solicitados exames de imagem, e a angiotomografia contrastada revelou ampliação da dissecção da aorta abdominal, a partir da porção descendente, se estendendo até as ilíacas comuns, sem comprometer os segmentos internos ou externos, tratando-se, portanto, de uma dissecção tipo B de Stanford. O exame também revelou área esplênica hipovascularizada, possivelmente infartada.

Foi realizada uma angioplastia com implantação de *stent* na artéria mesentérica superior para reestabelecimento da luz. O procedimento foi feito com êxito, e não houve intercorrências durante a realização do mesmo. Em relação a dissecação do tipo B de Stanford, as equipes de cirurgia vascular e geral optaram por uma abordagem conservadora. O procedimento foi bem sucedido e a paciente teve alta após alguns dias internada em leito comum de enfermaria.

#### 4 DISCUSSÃO

Embora a fisiopatologia desta condição clínica não esteja totalmente definida, a literatura é capaz de fornecer condições que possam apoiar, em longo prazo, o desenvolvimento de um quadro agudo de DAA, incluindo hipertensão sistêmica (HAS) por longos períodos de tempo, relações sexuais. . doenças do homem, tabagismo, aneurisma de aorta e doenças do colágeno, como síndrome de Marfan ou síndrome de Loeys-Dietz 1,2.

No caso relatado, o paciente era hipertenso há mais de duas décadas e ficou fora da meta de pressão arterial por um período significativo, dificultando a manutenção da pressão arterial em níveis adequados mesmo com a medicação especializada disponível no serviço hospitalar. Embora a relação entre HAS e DAA pareça indiscutível, a literatura necessita de mais dados para estabelecer firmemente a correlação fisiopatológica. Quanto à classificação das dissecações agudas de aorta, neste caso clínico foi utilizada como referência a classificação anatômica de Stanford, que leva em consideração o segmento acometido. Enquanto houver lesão na aorta ascendente, com ou sem lesão na aorta descendente, teremos DAA tipo A; Quando a aorta descendente e/ou os membros inferiores são afetados, temos um DAA tipo B de 1,5.

A decisão pela intervenção cirúrgica ou clínica varia de acordo com a gravidade da doença, que segue a classificação anatômica de Stanford. Primeiramente, o paciente deste caso clínico foi admitido no pronto-socorro e, após exames e exames de imagem, foi diagnosticada dissecação tipo A. Esses casos devem ser tratados cirurgicamente, dada a alta mortalidade, que aumenta de 1 a 1.2% por hora nas primeiras 48 horas 1,2.

O procedimento cirúrgico consiste na correção da parte dissecada, retirada do segmento lesado e redirecionamento do fluxo sanguíneo, que antes estava bloqueado em uma região de "lúmen falso", para o lúmen verdadeiro. Em geral, os casos de insuficiência aórtica associada podem ser corrigidos com a suspensão dos pilares proprioceptivos após reparo da aorta ascendente 2.

No caso do paciente não foi suficiente, sendo necessária a substituição completa da válvula por uma biológica. A dissecação da parte ascendente da aorta é muito temida não só pela

mortalidade, que aumenta a cada hora antes da operação, mas também pelas complicações que podem surgir após o processo cirúrgico; Como em outras operações cardiovasculares de emergência, a mortalidade e as complicações são significativamente maiores quando a DAA tipo A é corrigida 6.

O segundo incidente do paciente referia-se a uma dissecção tipo B associada a isquemia esplênica e estenose da artéria mesentérica superior. Os casos de DAA tipo B podem receber tratamento clínico com o objetivo de reduzir o débito cardíaco, por meio do controle da frequência cardíaca e da pressão arterial, reduzir o desgaste da parede aórtica já comprometida, além do controle da dor 1,2.

No caso do paciente, o nitroprussiato foi utilizado como vasodilatador na dose de 78,2 mL/h e como betabloqueador o esmolol foi utilizado na dose de 65 mL/h. Não houve necessidade de administração de opioides para controle da dor, que foi significativamente reduzida em intensidade com medicação para controle da pressão arterial. Nos primeiros dias, a pressão arterial do paciente era resistente à medicação e depois de algum tempo passou.

Por fim concluiu-se quanto ao primeiro tratamento referente à dissecção de Stanford tipo A que o tratamento foi realizado de forma precisa e objetiva sem especulação sobre falsas hipóteses diagnósticas graças à presença de sinais que não são facilmente confundidos com IAM e a equipe da equipe. A sábia decisão de levar o paciente para exames de imagem permitiu a cirurgia antes que o quadro piorasse e o prognóstico piorasse.

Quanto à segunda intervenção, antes que ele quisesse, embora inicialmente tenha alarmado a equipe, a hipótese sugerida era correta e era simplesmente a manifestação da extensão da dissecção tipo B, que não foi tratada cirurgicamente. A opção pelas medidas conservadoras foi acertada e os medicamentos conseguiram, depois de um tempo, manter a pressão arterial e a frequência cardíaca do paciente na faixa desejada. Stent na artéria mesentérica superior resolveu a isquemia e o paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial.

### **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.



## REFERÊNCIAS

1. Gawinecka J, Schönraht F, von Eckardstein A. Acute aortic dissection: pathogenesis, risk factors and diagnosis. 147. Ed. Swiss Med Wkly; 2017
2. Dinato FJ, Dias RR, Hajjar LA. Dissecção da aorta: manejo clínico e cirúrgico. 28. Ed. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo; 2018.
3. FerreraC, VilacostaI, CabezaB, CobiellaJ, MartínezI, Sanz, MSP, et al. Diagnosing Aortic Intramural Hematoma: Current Perspectives. 16. Ed. Vascular Health and Risk Management; 2020.
4. Nauta FJH, Trimarchi S, Kammer AV, Moll FL, van Herwaarden JA, Patel HJ, et al. Update in the management of type B aortic dissection. 21. Ed. Vasc Med; 2016.
5. Braverman AC. Acute aortic dissection. 122. Ed. Circulation; 2010.
6. Almeida GF, Vegni R, Japiassú AM, Kurtz P, Drumond LE, Freitas M, et al. Complicações pós-operatórias de pacientes com dissecção de aorta ascendente tratados cirurgicamente. 23. Ed. Rev Bras Ter Intensiva; 2011.