

Aneurisma Dissecante de Aorta: A importância do diagnóstico precoce. Revisão de Literatura e Relato de Caso

*Dissecting aortic aneurysm: the importance of the early diagnostic.
Literature review and reported case.*

Fernanda Lopes Marinho ¹

Lucas Mendes ¹

Renata F. Carvalho ¹

Mauro Tavares ²

Artigo
Original

Original
Paper

Palavras-chaves:

*Aneurisma
Dissecante de Aorta*

Cirurgia

Semiologia

Resumo

Os autores fizeram uma revisão de literatura, enfatizando aspectos semiológicos e histológicos, sendo este último o ponto essencial para o entendimento sobre a dissecção aórtica. Abordam, também, aspectos patológicos da doença, incluindo sua definição, classificação e etiologia, suas principais manifestações clínicas, o manejo clínico inicial e tratamento cirúrgico. Concomitantemente, relata-se um caso clínico oriundo do SPA do Hospital SAMER, em Resende no estado do Rio de Janeiro.

Abstract

The authors did a literature review, about aspects of semiology and histology, and the last one is the most important point to understanding the pathology of dissecting aortic aneurysm. They also tell us about the sickness itself, how it happens, how the patient feels, clinical manifestations, how is the treatment of the patient on the beginning of the disease and the surgery. Also, they report about a real case that happened at the Hospital SAMER in Resende, Rio de Janeiro.

Key words:

*Dissecting Aortic
Aneurysm*

Surgery

Semiology

1. Introdução

Entre as razões que definiram a escolha do tema, influiu a dificuldade do seu diagnóstico, podendo variar do simples, se os sintomas do paciente são claros, ao complexo, por apresentar sintomas que confundem o clínico, levando ao diagnóstico errôneo de embolia pulmonar ou infarto agudo do miocárdio, entre outros (HURST, 1977).

A aorta, maior e principal artéria do organismo, recebe todo o sangue ejetado do ventrículo esquerdo, distribuindo-o para todo o corpo, com exceção dos dois pulmões. Sua parede apresenta três elementos principais: a íntima (revestimento interno em contato direto com o sangue), a camada média (formada por camadas circulares, dispostas de forma concêntrica, de fibras elásticas e musculares, e que chega a representar 80% da espessura

¹ Monitores da disciplina de Técnica Operatória do Curso de Medicina do UniFOA

² Doutor e Docente do Curso de Medicina do UniFOA

total da parede do vaso) e a adventícia (camada mais externa, constituída por tecido conjuntivo com fibras elásticas) (JUNQUEIRA e CARNEIRO, 1974).

A aorta apresenta características peculiares. Admiravelmente constituída para resistir a pressão sistólica e iniciar a retração diastólica, tem suas paredes nutridas pelos “vasa vasorum” originados de seus próprios ramos e também contém fibras pressoreceptoras cuja estimulação produz “reação” vagal, com queda da pressão arterial e da frequência cardíaca (GARDENER, 1988).

O aneurisma dissecante decorre da penetração de sangue na parede da aorta, quase sempre associada à ruptura da íntima, com dissecção das fibras elásticas, separação das camadas e formação de um “falso lúmen” de extensão variável. Na dissecção aórtica, ocorre hemorragia, com formação ou não de hematoma, na túnica média da parede aórtica o que leva a uma separação das camadas. De extensão variável, pode ou não recanalizar para a luz verdadeira, não necessitando, obrigatoriamente, de uma ruptura da íntima para seu início (RESENDE, 1974).

O aneurisma dissecante da aorta é muito menos comum, mas bem mais grave que o infarto agudo do miocárdio, sendo as manifestações clínicas derivadas, principalmente, da própria dissecção e da oclusão de ramos da aorta, com alterações nos órgãos terminais supridos por estes vasos (HURST, 1977).

Na fase aguda da doença, costuma surgir dor retroesternal lancinante, opressiva, sem melhora com a medicação habitual, sendo que o alívio vem apenas com grandes doses de morfina. Geralmente a dor se irradia para o dorso, podendo também irradiar-se para o abdome, membro superior, cabeça, pescoço e membro inferior, dependendo do local para onde se estende a dissecção. A principal característica da dor é a sua instalação com intensidade máxima, com a sensação de que “algo está se rasgando”, ao contrario do infarto do miocárdio, que tem caráter progressivo (RESENDE, 1974 e HURST, 1977).

É uma doença incomum, mas potencialmente catastrófica. É, das patologias que se manifestam por dor torácica, de maior mortalidade, com 1% por hora nas primeiras 48h e 75% ao final da segunda semana. Para evitar esse quadro é necessária a aplicação do trata-

mento adequado, ou seja, uma medida clínica inicial para deter a progressão adicional da dissecção e reduzir o risco de ruptura e lançar mão de tratamento cirúrgico nos casos adequados (HURST, 1977).

Assim, desenvolvemos este artigo, cujo principal objetivo é chamar a atenção para o diagnóstico precoce do aneurisma dissecante de aorta, identificando sua etiologia e os segmentos aórticos acometidos, cotejando com a sua fisiopatologia.

2. Revisão de Literatura

2.1 Definição

Segundo BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1476):

a dissecção aórtica se inicia pelo desenvolvimento súbito de uma laceração na íntima aórtica, que expõe diretamente a camada ‘média comprometida subjacente à força propulsora (ou pressão de pulso) do sangue intraluminal. O sangue penetra na camada média comprometida, separando-a longitudinalmente, desta forma, dissecando a parede da aorta. O espaço preenchido por sangue entre as camadas dissecadas da parede da aorta torna-se o falso lúmen.

Conforme KNOBEL (2006, p. 436) “define-se dissecção da aorta como a delaminação das suas paredes produzidas pela infiltração de uma coluna de sangue que percorre um espaço virtual (luz falsa) entre a adventícia e a íntima”.

Para GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis (2005, p. 533)

a dissecção aórtica classicamente começa com uma laceração na íntima da aorta que expõe uma camada da média já lesada à pressão sistêmica do sangue intraluminal. O sangue penetra dentro da média, clivando-a em duas camadas longitudinalmente, e produzindo um falso lúmen cheio de sangue dentro da parede aórtica. Este falso lúmen propaga-se distalmente (ou, algumas vezes, retrogradamente) a uma distância variável ao longo da aorta a partir do local da laceração íntimal.

2.2 Classificação

BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1477) definem que:

grande parte dos esquemas de classificação da dissecção aórtica está baseada no fato de que a vasta maioria das dissecções aórticas inicia-se num desses dois locais: 1. aorta ascendente, a alguns centímetros da válvula aórtica; e 2. aorta descendente, distalmente à origem da artéria subclávia esquerda, no local do ligamento arterioso. Cerca de 65% das lacerações da íntima ocorrem na aorta ascendente, 20% na aorta descendente, 10% no arco aórtico e 5% na aorta abdominal. Utilizam-se três sistemas principais de classificação para definir a localização e a extensão do comprometimento aórtico conforme demonstrado na tabela 1.1.

Tipo	Ponto de Origem e Extensão do Envolvimento da Aorta
DeBakey	
Tipo I	Origina-se na aorta ascendente e propaga-se, pelo menos, para o arco aórtico e, com frequência, além deste no sentido distal.
Tipo II	Origina-se a aorta ascendente e é confinado a ela.
Tipo III	Origina-se na aorta descendente e estende-se distalmente para baixo nesta ou, raramente, é retrógrado para o arco aórtico e aorta ascendente.
Stanford	
Tipo A	Todas as dissecções envolvendo a aorta ascendente, independentemente do ponto de origem.
Tipo B	Todas as dissecções que não envolvem a aorta ascendente
Descritivo	
Proximal	Inclui os Tipos I e II de DeBakey ou tipo A de Stanford
Distal	Inclui o Tipo III de DeBakey ou o Tipo B de Stanford

Tabela 1.1. Sistemas de classificação comumente utilizados para descrever

Já para GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis (2005, p.533,534):

a localização de uma dissecção aórtica pode ser descrita de acordo com um dos diversos tipos de classificação. Dois terços da dissecção aórtica são do Tipo A (proximal) e o outro terço é do tipo B (distal). Todos os esquemas de classificação servem ao mesmo propósito, ou seja, distinguir as dissecções que envolvem a aorta ascendente das dissecções que não o fazem.

2.3 Etiologia e Patogênese

De acordo com BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1478).

A degeneração da camada média, evidenciada pela deterioração do colágeno e da elastina desta, é considerada o principal fator predisponente na maioria dos casos não traumáticos de dissecção aórtica. Portanto, qualquer processo mórbido ou outra condição que comprometa a integridade dos componentes musculares ou elásticos da média predispõem a aorta à dissecção. A degeneração cística da média é uma característica intrínseca de várias alterações hereditárias do tecido conjuntivo, principalmente as síndromes de Marfan e de Ehles-Danlos.

O pico de incidência de dissecção aórtica é na sexta e sétima décadas de vida e os homens são afetados duas vezes mais do que as mulheres. Encontra-se a concomitância em 72% a 80% dos casos de dissecção aórtica.

Existe uma inexplicável relação entre gravidez e dissecção aórtica. “[...] metade das dissecções aórticas na mulher abaixo de 40 anos ocorre durante a gravidez [...]”. O trauma iatrogênico, por outro lado, associa-se a verdadeira dissecção da aorta. “[...] cateterismo intraluminal a inserção de balão intra-aórtico podem induzir à dissecção aórtica [...]”. A cirurgia cardíaca se associa a um risco muito pequeno de dissecção.

Conforme GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis (2005, p. 534):

a doença da média da aorta, com a degeneração do colágeno e da elastina medial, representa o fator predisponente mais comum para dissecção aórtica. Pacientes com síndrome de Marfan têm uma clássica degeneração cística da média e estão sob um risco particularmente alto de dissecção aórtica em uma idade relativamente jovem. [...] Raramente uma dissecção aórtica pode ocorrer em uma mulher jovem durante o período periparto. O trauma iatrogênico pelos procedimentos de cateterismo intra-aórticos ou cirurgia cardíaca também podem causar dissecção aórtica.

Ressalta CARVALHO (1993)

ainda não é conhecida uma causa da doença. Entre as diversas condições associadas à sua presença, a mais frequente é a hipertensão arterial. A produção e a extensão da dissecção dependiam da pressão elevada associada a fluxo pulsátil. Como as forças hidrodinâmicas atuam mais intensamente na aorta proximal, que recebe toda a pressão de ejeção do ventrículo esquerdo, considera-se ser esta a razão do maior envolvimento da aorta ascendente na doença.

2.4 Quadro Clínico

KNOBEL (2006, p. 438) define que

a manifestação principal da dissecção aórtica e de suas variantes é a dor torácica, habitualmente de forte intensidade e que é acompanhada de sintomas neurovegetativos. A dor tem localização variada com tendência a migrar para as costas e para o abdômen, não melhorando com decúbito, uso de vasodilatadores e analgésicos habituais. Frequentemente na fase de instalação a dor se confunde com a dor do infarto do miocárdio, todavia na evolução pode haver sintomas decorrentes dos ramos da aorta dissecados acometidos pelo processo de delaminação.

KNOBEL (2006, p. 439) diz ainda que

poderemos ter sintomas neurológicos discretos ou permanentes decorrentes da compressão de vasos da base ou ramos medulares, determinando acidentes vasculares cerebrais, paraparesia ou paraplegia, sintomas gastrointestinais decorrentes de obstrução de vasos mesentéricos e ainda isquemia de membros inferiores.

A hematúria com oligúria ou anúria, embora rara, pressupõe comprometimento das artérias renais. O choque cardiogênico súbito deve levantar a suspeita de rotura intrapericárdica da aorta (causa mais comum de morte nas dissecções) ou insuficiência aórtica maciça.

Conforme GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis (2005, p. 534):

a dor, que ocorre em 96% dos casos, e é tipicamente intensa, constitui o sintoma de apresentação mais comum de dissecção aórtica. A dor pode ser retroesternal, no pescoço, na garganta, interescapular, na região inferior das costas, abdominal ou nas extremidades inferiores, dependendo da localização da dissecção aórtica. A dor pode migrar conforme a dissecção migra distalmente. “[...] Os pacientes também podem apresentar-se com insuficiência aórtica aguda, oclusão da artéria coronária direita, hemopericárdio, síncope, acidente cerebrovascular ou neuropatia periférica isquêmica”.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis (2005, p. 534) ressalta ainda que

a hipertensão é um achado comum no exame clínico e está presente em 70% dos pacientes com dissecção aórtica distal. A hipotensão também pode ocorrer, particularmente entre os pacientes com dissecções proximais, e geralmente deve-se a uma ruptura para dentro do pericárdio ou por insuficiência aórtica grave.

Completa ainda “[...] A insuficiência aórtica é um outro achado clínico importante, que ocorre em um terço dos pacientes com dissecção proximal”.

O autor continua, completando que

[...] quando uma dissecação estende-se para dentro da aorta abdominal, pode haver um comprometimento do fluxo para uma ou ambas as artérias renais, produzindo insuficiência renal aguda, que pode exacerbar a hipertensão. “[...] a dissecação pode estender-se distalmente para a bifurcação aórtica e comprometer ou ocluir uma das artérias ilíacas comuns, produzindo um déficit no pulso femoral e isquemia nas extremidades inferiores”.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis (2005, p. 534) conclui que “Uma anormalidade em uma radiografia frequentemente levanta a primeira suspeita de dissecação aórtica. No entanto, os achados na radiografia de tórax são inespecíficos e raramente diagnósticos”.

Segundo COLAFRANCESCHI (2008)

o diagnóstico diferencial é feito com infarto agudo do miocárdio, ruptura de aneurisma de seio de valsalva, acidente vascular cerebral, abdome agudo cirúrgico, embolia pulmonar, pericardite, insuficiência aórtica sem dissecação, aneurisma da aorta sem dissecação, dor musculoesquelética, trombo-embolia arterial periférica.

2.5 DIAGNÓSTICO

Conforme KNOBEL (2006, p. 439)

A suspeita clínica é a chave do diagnóstico e fundamental para implementação das medidas terapêuticas. Além da suspeita clínica, o diagnóstico deve ser confirmado por exames de imagem. Nesses exames são informações fundamentais:

- Presença de dupla luz;
- Envolvimento da aorta ascendente
- Presença de derrame pericárdico.

A presença da dupla luz confirma o diagnóstico de dissecação aórtica, enquanto o envolvimento da aorta ascendente ou a presença de derrame pericárdico determina a tratamento cirúrgico de emergência pelo alto risco de rotura aórtica destes pacientes.

Ressalta ainda KNOBEL (2006, p.439) que

[...] para obter estas informações, são quatro os exames subsidiários empregados para o diagnóstico e para orientação terapêutica das dissecações aórticas: ecocardiografia transtorácico ou transesofágico; tomografia com contraste convencional ou helicoidal; ressonância magnética nuclear e aortografia.

Para BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1481)

Uma vez que haja suspeita diagnóstica de dissecação aórtica em termos clínicos, é essencial confirmar este diagnóstico com rapidez e precisão. As modalidades diagnósticas disponíveis atualmente para essa finalidade incluem a aortografia, TC intensificada por contraste, IRM e ecocardiografia transtorácica ou transesofágica. Quando se comparam as quatro modalidades de imagem, deve-se iniciar considerando qual informação diagnóstica é necessária [...].

2.5.1 Ecocardiografia Transtorácico/Transesofágico

Para KNOBEL (2006, p. 439)

O ecocardiograma transtorácico é de grande importância na dissecação aórtica por ser um método disponível na maioria dos hospitais, é barato e não invasivo. Sua principal vantagem é poder ser realizado à beira do leito e repetido várias vezes. É muito mais sensível e específico nas dissecações do tipo A, sendo pouco informativo nas dissecações da aorta descendente.

KNOBEL (2006, p. 439) relata que

a ecocardiografia fornece ainda informações a respeito da função ventricular, presença ou não de insuficiência aórtica e derrame pericárdico, e fluxos anterógrado e retrógrado na luz falsa, dados que os outros exames apresentam falhas diagnósticas. É capaz de determinar a localização das lesões intimaais.

Conforme BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1484) “a ecocardiografia é bem apropriada para avaliação dos pacientes com suspeita de dissecção aórtica porque se encontra disponível na maioria dos hospitais, não é invasiva, é realizada com rapidez e todo o exame pode ser completado à beira do leito”.

Completa ainda que “[...] o achado ecocardiográfico, considerado diagnóstico para dissecção aórtica, é a identificação de um retalho da íntima ondulante dentro do lúmen da aorta separando os canais falso e verdadeiro [...]”.

2.5.2 Tomografia Computadorizada

De acordo com KNOBEL (2006, p. 440) a tomografia computadorizada é

[...] exame não invasivo que permite imagens em dois planos que dão uma ideia muito fidedigna do envolvimento da aorta em toda sua extensão, assim como o comprometimento dos seus ramos. Tem alta sensibilidade e especificidade sendo comparável em eficiência à aortografia e à ecocardiografia. Permite ainda a detecção de derrame pericárdico ou pleural.

O autor ainda diz que o exame “[...] dificilmente detecta o local da lesão íntima, informação de interesse fundamental para o planejamento do ato cirúrgico ou endovascular”.

BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1482) sustentam que

na TC intensificada por contraste, a dissecção aórtica é diagnosticada pela presença de dois lumens aórticos distintos, visivelmente separados por um retalho da íntima ou distinguidos por um índice de opacificação diferencial do contraste. [...] a desvantagem da TC é que o local de laceração da íntima raramente é identificado, ainda, o método não pode detectar com segurança o desenvolvimento de regurgitação aórtica”.

Ainda BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1482) dizem “[...] A TC espiral, que foi introduzida mais recentemente e permite uma imagem tridimensional da aorta e seus ramos, melhorou a precisão da TC para o diagnóstico [...]”.

2.5.3 Ressonância Magnética

Conforme BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1482,1483)

a utilização da IRM tem um papel especial no diagnóstico de dissecção aórtica, uma vez que é inteiramente não invasiva e não requer o uso de contraste endovenoso ou radiação ionizante. Além disso, a IRM fornece imagens de alta qualidade no planos transversal, sagital e coronal, bem como na incidência oblíqua anterior esquerda, que exhibe a aorta torácica interna num único plano.

[...] A IRM é ideal para a avaliação de pacientes com doença aórtica preexistente, como os portadores de aneurismas aórticos torácicos ou tratamento cirúrgico prévio com enxerto da aorta, porque fornece detalhes anatômicos suficientes para distinguir dissecção aórtica de outras patologias dessa artéria.

Ainda de acordo com BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1483)

A precisão caracteristicamente elevada da IRM transformou-se no padrão ouro anual para o diagnóstico da presença ou ausência de dissecção aórtica. Mesmo assim, a IRM tem várias desvantagens. [...] pacientes com marca-passo, estão contraindicados certos tipos de cliques vasculares e certos tipos mais antigos de próteses valvares metálicas.

Sustenta ainda BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY(2003,p.1483) “[...] Compreensivelmente, a preocupação com a segurança dos pacientes instáveis levou muitos médicos a concluir que o uso da IRM está relativamente contraindicado para os pacientes instáveis”.

KNOBEL (2006, p. 440) afirma que

Apesar de ser não invasiva, não tem sido usada como rotina no diagnóstico em virtude de não estar disponível na maioria dos locais de atendimento, e pelo fato de exigir imobilidade do paciente por períodos de tempo por maiores do que seria aceitável. É um exame inadequado para pacientes instáveis do ponto de vista clínico.

2.5.4 Aortografia

Conforme KNOBEL (2006, p. 441) a técnica

permite localizar as lesões da íntima, o flapping, a luz verdadeira e a luz falsa. Demonstra ainda com propriedade quais os ramos da aorta estão acometidos pela dissecação e permite visualizar os orifícios da reentrada distais na porção descendente e abdominal, frequentes nas dissecações crônicas. O cateterismo cardíaco permite a realização de coronariografia, sendo insubstituível para esta finalidade.

De acordo com BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1483) “A aortografia é considerada há muito tempo o método diagnóstico padrão para avaliação de dissecação aórtica porque, por várias décadas, foi o único exame preciso para o diagnóstico antemortem de dissecação aórtica, embora sua verdadeira sensibilidade não possa ser definida”.

2.6 TRATAMENTO

De acordo com KNOBEL (2006, p. 442)

por ser uma patologia com alta mortalidade, todo paciente com suspeita clínica deve ser admitido em uma unidade de tratamento intensivo, e os exames de imagem devem ser solicitados em caráter de emergência para definição diagnóstica. O tratamento clínico deve iniciar imediatamente e visa, basicamente, ao controle da dor e da pressão arterial.

Conforme GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis (2005, p. 534)

O objetivo do tratamento clínico inicial para dissecação aórtica aguda é deter a progressão adicional da dissecação aórtica e reduzir o risco de ruptura. Sempre que existir uma suspeita de dissecação aórtica, deve-se instituir imediatamente uma terapia enquanto se realizam os estudos de imagens, independentemente da confirmação do diagnóstico.

2.6.1 Tratamento Medicamentoso

KNOBEL (2006, p. 442) afirma que “sedação e analgesia são medidas fundamentais, pois a dor, pelo aumento do tônus adrenérgico, leva a um aumento na frequência cardíaca e na pressão arterial, podendo contribuir com o processo da dissecação”.

Para o controle da pressão arterial, conforme KNOBEL (2006, p. 442) “O tratamento clínico tem por objetivo um rigoroso controle da pressão arterial, o que é frequentemente conseguido pela associação de um agente betabloqueador com um vasodilatador, habitualmente o nitroprussiato de sódio”.

O autor relata que “[...] A dose a ser administrada é aquela que permite uma pressão arterial mínima, porém, com perfusão tecidual satisfatória, e o parâmetro clínico de eficácia desse agente é a manutenção de uma frequência cardíaca entre 55-65 bpm”.

KNOBEL (2006, p. 442) ainda afirma que “O nitroprussiato de sódio é o agente vasodilatador de escolha no tratamento dos pacientes com suspeita de dissecação aórtica e hipertensão arterial, pelo fato de produzir seu efeito de forma rápida e com dose que pode ser titulável”.

De acordo com BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1488,1489) “o tamponamento cardíaco frequentemente complica a dissecação aórtica aguda proximal e é um dos mecanismos mais comuns de morte nesses pacientes”.

Sustentam BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1489)

[...] quando um paciente com dissecação aórtica aguda desenvolve tamponamento cardíaco e se encontra relativamente estável, os riscos da pericardiocentese provavelmente superam os benefícios e deve-se fazer todo o esforço para encaminhá-lo o mais urgente possível à sala de cirurgia, para intervenção cirúrgica direta da aorta, com drenagem intraoperatória do hemopericárdio.

2.6.2 Tratamento Cirúrgico

Conforme BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1489)

Apesar de pequenas variações de centro para centro, surgiu um consenso razoável sobre a terapêutica definitiva da dissecação aórtica nas últimas décadas. Há uma concordância universal de que o tratamento cirúrgico é superior ao clínico para a dissecação proximal aguda. Com a progressão ainda limitada da dissecação proximal, os pacientes podem sofrer consequências potencialmente devastadoras, como ruptura da aorta ou tamponamento cardíaco [...].

Ainda de acordo com BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1489)

[...] os pacientes que desenvolvem dissecação aórtica aguda distal geralmente têm menor risco de óbito precoce decorrente das complicações da dissecação do que aqueles com dissecação proximal. Ainda, como os pacientes com dissecação distal tendem a ser mais velhos e a ter uma prevalência relativamente elevada de aterosclerose avançada ou doença cardiopulmonar, com frequência o risco cirúrgico é consideravelmente mais alto.

Sustentam ainda BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1489) “A indicação cirúrgica deve ser determinada sempre que possível no início da avaliação do paciente, porque nesta opção orienta a seleção dos exames diagnósticos.”

Explicam ainda BRAUNWALD, ZIPES, LIBBY (2003, p. 1489)

Os objetivos da terapêutica cirúrgica definitiva incluem a ressecção do segmento mais intensamente danificado da aorta, excisão da laceração da íntima, quando possível e obliteração da entrada para o lúmen falso, pela sutura das bordas da aorta dissecada proximal e distalmente. Após a ressecção do segmento doente contendo a laceração da íntima, tipicamente um segmento da aorta ascendente nas dissecações proximais ou da aorta descendente proximal nas distais, a continuidade da aorta é

restabelecida pela interposição de um enxerto protético conectando as duas extremidades da aorta.

Relata ainda o autor “[...] algumas vezes, é necessária a substituição da valva aórtica por prótese, porque as tentativas de reparação da valva não foram bem-sucedidas ou já existia uma valvopatia ou da síndrome de Marfan”.

De acordo com GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis,

sempre que uma dissecação aórtica envolver a aorta ascendente, está indicado um reparo cirúrgico para minizar o risco de complicações ameaçadoras à vida, como ruptura, tamponamento cardíaco, insuficiência aórtica grave, ou acidente vascular cerebral. Pacientes com dissecação aguda confinada à aorta descendente estão sob um risco muito mais baixo destas complicações e tendem a evoluir tão bem com a terapia medicamentosa quanto com a cirurgia.

Completam ainda GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis “Quando a dissecação do tipo B está associada a uma complicação grave, no entanto, tal como isquemia de órgão-alvo, a cirurgia está indicada.”

3. Relato de um caso clínico

Paciente LLP, 53 anos, branco, natural de Santa Catarina, deu entrada no SPA do Hospital SAMER, Resende-RJ, às 15:45h do dia 20/10/2008, com quadro de: ansiedade, e queixando-se de dor precordial. Sem história progressiva de cardiopatia ou outras doenças. Ao exame clínico: indivíduo ansioso, normolíneo, massa: 78 kg, mucosas coradas, hidratadas, acianótico, anictérico, afebril com fácies ansiosa (sentindo dor). Pressão arterial: 160 x 90 mmHg, em ambos os braços; pulso: 155bpm. ACV: RCI 2T. MV + bilateralmente e sem ruídos adventíneos. A dor descrita pelo paciente era forte, do tipo lancenante, que ia do precórdio até a região interescapular. Abdome normal. Membros inferiores normais. Sistema neurológico normal. O paciente foi medicado com: analgésicos (diclofenaco sódico 75mg IM, 3ml de dipirona sódica venosa), O2 úmido nasal 6l/min.

Foi solicitado ECG, cujo laudo era TAQUICARDIA SINUSAL. Foi dosada a troponina, cujo valor encontrado foi 1,6 ng/ml. A CK/MB foi de 15 U/L na admissão do paciente; e a LDH-1 de 17 UI/L.

Em função da dor não ter sido abolida, o paciente recebeu 30mg de meperidina + 2 ml de metoclopramida endovenosos. A radiografia de tórax demonstrou uma área cardíaca ligeiramente aumentada. Foi solicitada uma tomografia de tórax (Fig. 1 e 2).

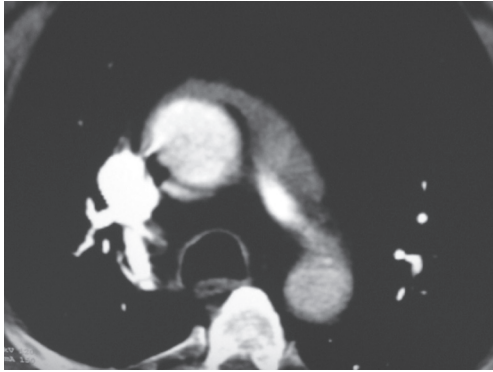


Fig 1 – Tomografia computadorizada de tórax, com contraste, evidenciando acúmulo de sangue junto ao arco aórtico.

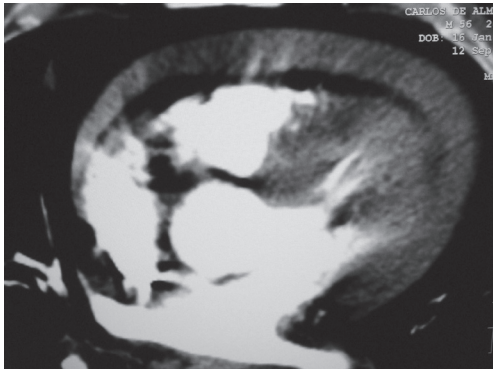


Fig 2 – Tomografia computadorizada de tórax, com contraste, evidenciando um derrame pericárdico.

Às 16:15h foi realizado um ecocardiograma, em que foi confirmado um aneurisma dissecante de aorta ascendente. O paciente foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Cardíaca da Santa Casa da Misericórdia de Barra Mansa-RJ, onde foi operado. Teve alta hospitalar em 10 dias e ficou sob acompanhamento ambulatorial.

4. Discussão

Os autores Braunwald, Zipes, Libby (2003) relatam que cerca de 65% das lacerações da íntima ocorrem na aorta ascendente, 20% na aorta descendente, 10% no arco

aórtico e 5% na aorta abdominal. Goldman, Ausiello (2005) mostram que dois terços da dissecação aórtica são do tipo A (proximal) e o outro terço é do tipo B (distal).

Além disso, Braunwald, Zipes, Libby (2003) e Goldman, Ausiello (2005) consideram como principal fator predisponente dos casos não traumáticos de dissecação aórtica a doença da média da aorta, com a degeneração do colágeno e da elastina medial. Segundo eles, o trauma iatrogênico pelos procedimentos de cateterismo intra-aórticos ou cirurgia cardíaca também podem causar dissecação aórtica. Além disso, ambos concordam que os homens são mais afetados do que as mulheres. Já Carvalho (1993) relata ser a hipertensão arterial como a condição mais frequente associada à dissecação aórtica.

Knobel (2006) e Goldman, Ausiello (2005) definem como a principal manifestação clínica a dor que é tipicamente intensa, sendo na maioria dos casos uma dor torácica, mas pode variar dependendo da localização da dissecação aórtica. Essa dor pode migrar conforme a dissecação migra distalmente e ainda pode vir acompanhada de sintomas neurovegetativos.

Segundo Goldman, Ausiello (2005) a hipertensão é um achado comum no exame clínico e está presente em 70% dos pacientes com dissecação aórtica distal. Além de estar presente a insuficiência aórtica em um terço dos pacientes com dissecação proximal.

Knobel (2006) e Braunwald, Zipes, Libby (2003) relatam que a suspeita clínica é essencial para um rápido diagnóstico e que esse deve ser confirmado através de exames de imagem como ecocardiografia transtorácico ou transesofágico; tomografia com contraste convencional ou helicoidal; ressonância magnética nuclear e aortografia.

Em relação à ecocardiografia Knobel (2006) e Braunwald, Zipes, Libby (2003) dizem ser de grande importância por estar disponível na maioria dos hospitais, ter baixo custo, ser não invasivo, além de poder ser realizado na beira do leito.

Já em relação à tomografia computadorizada Knobel (2006) e Braunwald, Zipes, Libby (2003) sustentam que a desvantagem do seu uso é que ele raramente identifica o local de laceração da íntima.

Ainda em relação aos exames diagnósticos Braunwald, Zipes, Libby (2003) afirmam que a ressonância transformou-se no padrão ouro anual para o diagnóstico da presença ou ausência de dissecação aórtica. Diferente de Knobel (2006) que acredita que a ressonância não é utilizada na rotina do diagnóstico por não estar disponível na maioria dos locais e exigir a imobilidade do paciente. Porém ambos concordam que existem algumas desvantagem no uso da ressonância como ele ser inadequado para pacientes instáveis do ponto de vista clínico.

Conforme Knobel (2006) a aortografia tem sua importância, pois permite localizar as lesões da íntima, o flapping, a luz verdadeira e a luz falsa, além dos ramos da aorta que podem estar acometidos pela dissecação. Braunwald, Zipes, Libby (2003) sustentam que esse exame é o método diagnóstico padrão para avaliação de dissecação aórtica, embora sua verdadeira sensibilidade não possa ser definida.

Sobre o tratamento da dissecação aórtica, Knobel (2006) acredita que todo paciente com suspeita clínica deve ser admitido em uma unidade de tratamento intensivo e devem ser solicitados os exames de imagem. O tratamento clínico deve iniciar imediatamente para controle da dor para que impeça o aumento do tônus adrenérgico, e da pressão para que se permita uma pressão arterial mínima, porém, que mantenha uma perfusão tecidual satisfatória.

Em relação ao tratamento cirúrgico, os autores Braunwald, Zipes, Libby (2003) e Goldman, Ausiello (2005) acreditam que exista um consenso sobre a terapêutica definitiva da dissecação aórtica assim, quando a dissecação aórtica envolver a aorta ascendente, está indicado um reparo cirúrgico devido aos riscos de complicações, porém se ela estiver restrita a aorta descendente ela tende a evoluir bem com terapia medicamentosa.

5. Conclusão

O aneurisma dissecante de aorta é uma doença grave que exige terapêutica adequada e rápida. É fundamental para o médico que atende em unidades de urgências/emergências, o conhecimento não só da fisiopatologia desta doença, como também o propedêutica aplicada, pois o diagnóstico precoce diminuirá sensivelmente o prognóstico desta entidade mórbida.

6. Referências Bibliográficas

BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P.. Tratado de Medicina Cardiovascular. 6ª ed. Roca LTDA. 2003.

KNOBEL, Elias. Condutas do paciente grave. 3ª ed. São Paulo. Atheneu. 2006.

NOBRE, Fernando; SERRANO Jr, Carlos V.. Tratado de Cardiologia SOCESP. 1ª ed, brasileira. São Paulo. 2005.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil tratado de medicina interna. 22ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LOPES, Antônio Carlos. Tratado de clínica médica. São Paulo. Roca LTDA. 2006.

CARVALHO, A. C. P. Contribuição da Tomografia Computadorizada ao Diagnóstico de Aneurisma dissecante de aorta. Tese de Mestrado em Radiologia. Rio de Janeiro: FM/CCS/UFRJ, 1993.

ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S.. Robbins e Cotran: patologia - bases patológicas das doenças. KUMAR, Vinay (Secundário); ABBAS, Abul K. (Secundário); FAUSTO, Nelson (Secundário). 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

Doenças cardiovasculares: Aneurisma Dissecante de Aorta. Disponível em:

<http://portaldocoracao.uol.com.br>.

Acesso em: 29 dez. 2008.

COLAFRANCESCHI, A. S. Dissecção aórtica aguda. Disponível em: <http://www.medcenter.com/> - Acesso em: 29 dez. 2008.

Dissecção da Aorta: Novo tratamento para essa doença grave. Disponível em: <http://www.santalucia.com.br/> - Acesso em: 12 dez. 2008.
GARDNER, Ernest; GRAY, Donald J; RAHILLY, Ronan O. Anatomia: estudo regional do corpo humano. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

BARASCH, E.; VERED, Z.; SHOTAN, V.A.; FREIMARK, D.; RABINOWITZ, B.: Dissecting aortic aneurism - Failure of standard noninvasive and invasive techniques. *Cardiology*, 79(4):309-313, 1991.

STRANIN, V.G.; CHIGOGIDZE, N.A.; KHADZH MUSSA, IF.: Roentgenosurgical diagnosis of ascending aortic arch aneurysm. *Klin Med (Mosk)*;87(3):8-11, 2009.

SUZUKI, T.; DISTANTE, A.; ZIZZA, A.; TRIMARCHI, S.; VILLANI, M.; SALERNO URIARTE, J.A.; De LUCA TUPPUTI SCHINOSA, L.; RENZULLI, A.; SABINO, F.; NOWAK, R.; BIRKHAHN, R.; HOLLANDER, J.E.; COUNSELMAN, F.; VIJAYENDRAN, R.; BOSSONE, E.; EAGLE, K.; IRAD-BIO INVESTIGATORS.: Diagnosis of acute aortic dissection by D-dimer: the International Registry of Acute Aortic Dissection Substudy on Biomarkers (IRAD-Bio) experience. *Circulation*, 119(20):2702-7, 2009 May 26.

BURCHELL, H.B.: Aortic dissection (dissecting hematoma; dissecting aneurysms of the aorta). *Circulation*, 12(6):1068 - 1079, Dec 1955.

GAUGHAN, M.; MCINTOSH, D.; BROWN, A.; LAWS, D.: Emergency abdominal aortic aneurysm presenting without haemodynamic shock is associated with misdiagnosis and delay in appropriate clinical management. *Emerg Med J*; 26(5):334-9, 2009 May.

RAMANATH, V.S.; O.H, J.K.; SUNDT, T.M.; EAGLE, K.A.: Acute aortic syndromes and thoracic aortic aneurysm. *Mayo Clin Proc*;84(5):465-81, 2009 May.

Informações bibliográficas:

Conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), este texto científico publicado em periódico eletrônico deve ser citado da seguinte forma: MARINHO, Fernanda Lopes; MENDES, Lucas; CARVALHO, Renata F.; TAVARES, Mauro. Aneurisma Dissecante de Aorta: A importância do diagnóstico precoce. Revisão de Literatura e Relato de Caso. *Cadernos UniFOA*. Volta Redonda, ano IV, n. 10, agosto. 2009. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/portal_pesq/caderno/edicao/10/55.pdf>

GORAN, K.P.: Aortic dissection in the young: when to suspect? *Am J Emerg Med*;27(2):236-7, 2009 Feb.

YAMADA, T.; TADA, S.; HARADA, J.: Aortic dissection without intimal rupture: Diagnosis with MR and CT. *Radiology*, 168(2):347-352, Aug 1988.

WONG, D.R.; LEMAIRE, A.S.; COSELLI, J.S.: Managing dissections of the thoracic aorta. *Am Surg*;74(5):364-80, 2008 May.

KHANDHERIA, B.K.: Aortic dissection - the diagnostic dilemma resolved. *Chest*, 101(2):303-304, 1992.

HURST, J. W.: Doenças da aorta. In: PAUL B.BEESON e WALSH McDERMOTT: Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.

RESENDE, O.C.: Aneurisma dissecante da aorta. Tese de Livre-Docência em Radiologia. Rio de Janeiro: FM/CCS/UFRJ, 1974.

JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J.: Histologia básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.

Endereço para Correspondência:

Mauro Tavares
Curso de Medicina do UniFOA
mauro.tavares@foa.org.br

Centro Universitário de Volta Redonda
Campus Três Poços
Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325,
Três Poços - Volta Redonda / RJ
CEP: 27240-560