

Dissecção aguda de aorta

Almeida, MA¹; Braga, LPA¹; Dias, PCF¹; Guerra, MBB¹; Horta, RS¹; Loureiro, IA¹; Silva MFV¹; Silva, MHCR¹; Pires, MTB²

RESUMO

A dissecção aguda da aorta é uma condição pouco freqüente, porém é de grande importância devido à alta mortalidade quando não reconhecida e tratada de imediato. A manifestação clínica mais comum é a dor torácica. Achados físicos podem estar ausentes ou serem inespecíficos, sendo a hipertensão arterial sistêmica presente em diversos casos de dissecção distal da aorta. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica e confirmado através de métodos de imagem como TC, RNM e ecocardiografia transesofágica. Cada exame tem vantagens e desvantagens em relação à acurácia, rapidez, conveniência, riscos e custos. O tratamento para dissecção aguda de aorta tem como objetivo a interrupção da progressão do hematoma dissecante, para isso a abordagem consiste em um tratamento agressivo da hipertensão arterial, quando existente, e cirurgia. O procedimento cirúrgico consiste na obliteração da entrada do falso lúmen. O sangramento, a infecção, a insuficiência pulmonar e a insuficiência renal constituem as complicações precoces pós-operatórias mais comuns. Complicações tardias ocorrem principalmente durante os primeiros 2 anos, devendo o paciente ser acompanhado periodicamente. Avanços no tratamento dos pacientes com dissecção aórtica resultaram na diminuição de sua morbimortalidade, o que exalta a importância do seu reconhecimento.

¹ Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

² Professor Associado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

ABSTRACT

Acute aortic dissection is an uncommon but potentially catastrophic illness. Many patients with aortic dissection die before presentation to the hospital or prior to diagnosis. By far, the most common initial symptom is pain. Physical findings may be absent or, if present, could be suggestive of a diverse range of other conditions. Hypertension is seen frequently with distal aortic dissection. Keeping a high clinical index of suspicion is mandatory for the accurate and rapid diagnosis of aortic dissection. CT scanning, MRI, and transesophageal echocardiography are all fairly accurate modalities used to diagnose aortic dissection. Each modality has certain advantages and disadvantages with respect to diagnostic accuracy, speed, convenience, risk, and cost. Therapy for aortic dissection aims to halt progression of the dissecting hematoma. The management of aortic dissection has consisted of aggressive antihypertensive treatment, when associated with systemic hypertension, and surgery. Recently, endovascular stent placement has been used for the treatment of aortic dissection in select patient populations, but the experience is limited. It may become a lower risk alternative to surgery for patients who are poor surgical candidates, or in whom the risk of complications is gravely high, especially so in the patients with distal dissections.

INTRODUÇÃO

A dissecção aguda da aorta possui baixa incidência (2,9 casos/100.000 pessoas/ano), entretanto, apresenta grande importância devido à alta mortalidade precoce, de 1%/hora, quando não reconhecida e não tratada imediatamente.¹

Endereço para correspondência:
Belaloureiro@hotmail.com

A dissecção aórtica é dividida segunda DeBakey em três tipos: 1. tipo I: com origem na aorta ascendente, estendendo-se pelo menos até o arco aórtico; 2. tipo II: quando se restringe à aorta ascendente; e, 3. tipo III: com origem na aorta descendente. A classificação de Stanford divide as dissecções em tipo A, quando há acometimento da aorta ascendente; e, tipo B, quando a aorta ascendente não é atingida. A sua evolução é aguda ou crônica, quando as alterações clínicas ocorrem em tempo inferior ou superior a 14 dias, respectivamente.^{1,2} O seu pico de incidência é entre os 60 e 70 anos, sendo os homens mais afetados, na proporção de 2:1. Os fatores predisponentes principais são a degeneração da camada média da aorta (síndromes de Marfan e de Ehlers-Danlos), idade avançada e hipertensão arterial sistêmica, entretanto, outros fatores podem estar presentes.^{1,2}

A dor torácica é a manifestação clínica mais comum, ocorrendo em até 96% dos casos¹, podendo ser aguda, intensa e de início súbito, com localização variada, mas com certa correlação com o ponto da dissecção. A hipertensão arterial sistêmica é comum, especialmente, quando a dissecção aórtica localiza-se distalmente. O acometimento da artéria subclávia pode provocar pseudohipotensão, decorrente de sua aferição, a partir de um membro comprometido em sua perfusão. Estes pacientes podem apresentar *deficit* de pulso, associado com a dissecção tipo A, e o envolvimento das artérias carótidas, subclávias e femorais¹. A insuficiência aórtica aguda ocorre em mais de um terço dos pacientes com dissecção proximal, podendo se associar à oclusão coronária e à isquemia miocárdica, inclusive com o infarto agudo do miocárdio. Outras manifestações clínicas decorrem da síncope, acidente vâsculo-encefálico, insuficiência renal, infarto mesentérico e paraplegia.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico depende, inicialmente, da suspeita clínica, seguida da confirmação por exame de imagem acurado e rápido.^{1,2,3} A radiografia de tórax e o eletrocardiograma devem ser realizados, apesar da sua inespecificidade². Os exames de imagem devem confirmar o diagnóstico e fornecer dados relativos à localização, extensão e tipo de dissecção, presença de trombos, compro-

metimento de ramos aórticos e sinais iminentes de sua ruptura.¹ A Ressonância Magnética (RM) é o exame mais acurado, entretanto, possui contra-indicação relativa em paciente instável, devido ao longo período de tempo para sua realização, e por ser método de menos disponibilidade.^{1,4} A aortografia é menos utilizada como exame inicial, requer equipe especializada para a sua realização e representa procedimento invasivo.^{1,5} A Tomografia Computadorizada (TC) é método acurado, rápido, disponível na maioria das unidades de emergência, por isso mesmo, o mais usado como primeira escolha.¹

O Ecocardiograma Transesofágico (ETE) pode ser o procedimento de escolha nos casos em que insuficiência aórtica é suspeitada ou o paciente está instável, por ser rápido, seguro, de baixo custo e bastante disponível.^{1,3} O Ecocardiograma Trans-torácico (ETT) apresenta limitações para o diagnóstico, mas é útil na abordagem inicial, por ser exame não-invasivo e de fácil execução. É ideal que se associem, sempre que necessário, os resultados de diversos exames.¹

O principal diagnóstico diferencial da dissecção da aorta é o infarto agudo do miocárdio.⁴

CONDUTA

Vide Figura 1.

TRATAMENTO

Os avanços do tratamento da dissecção da aorta promoveram a diminuição da sua morbimortalidade. O paciente com suspeita clínica de dissecção da aorta deve ser admitido em Unidade de Tratamento Intensivo e os exames de imagem devem ser realizados imediatamente.

O tratamento clínico precisa ser iniciado imediatamente, antes mesmo de se confirmar o diagnóstico^{1,6} e baseia-se no alívio da dor e no controle da frequência cardíaca e da pressão arterial sistêmica^{4,6}. A frequência cardíaca, na fase aguda, deve ser mantida entre 55 e 65 bpm e a Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre 100 e 120 mmHg.^{1,4,6} Os beta-bloqueadores, IV, são os medicamentos de escolha, na sua contra-indicação absoluta pode-se, com menor benefício, usar os bloqueadores dos

canais de cálcio.^{4,6} O nitroprussiato de sódio deve ser associado nas situações em que o controle da pressão arterial sistêmica for insuficiente com as doses plenas de beta-bloqueadores. A hipotensão verdadeira requer a suspeição de ruptura aórtica ou tamponamento cardíaco, sendo necessária a rápida expansão volêmica.^{1,6}

A terapia definitiva deve ser iniciada após essa abordagem inicial. A intervenção cirúrgica imediata está indicada sempre que a dissecção aórtica envolver a aorta ascendente. A dissecção aguda confinada à aorta descendente tende a evoluir bem com a terapia clínica, entretanto, a cirurgia ou o tratamento endovascular também está indicado, quando ocorrer uma complicação grave.^{1,7,8} Os objetivos da cirurgia definitiva incluem a abordagem do local acometido e a obliteração da entrada do falso lúmen, com a interposição de enxerto vascular.¹

As complicações pós-operatórias precoces mais comuns são constituídas pela infecção, sangramento, insuficiência pulmonar e renal. As complicações tardias incluem a regurgitação aórtica progressiva, quando a valva aórtica não tiver sido substituída; a formação de aneurismas localizados e a dissecção recorrente. A sobrevida cirúrgica observada em 30 dias após a cirurgia das dissecções proximais e distais é de 74% e de 69%, respectivamente.¹

Os pacientes que sobrevivem à hospitalização inicial, geralmente, evoluem bem subseqüentemente e devem ser mantidos sob rigoroso controle da pressão arterial sistêmica, com pressão sistólica, no máximo, de 130 mmHg. Os agentes de primeira escolha para este fim são os beta-bloqueadores.^{1,6} As complicações tardias são mais comuns nos primeiros dois anos após a cirurgia, o que requer o acompanhamento periódico do paciente.¹

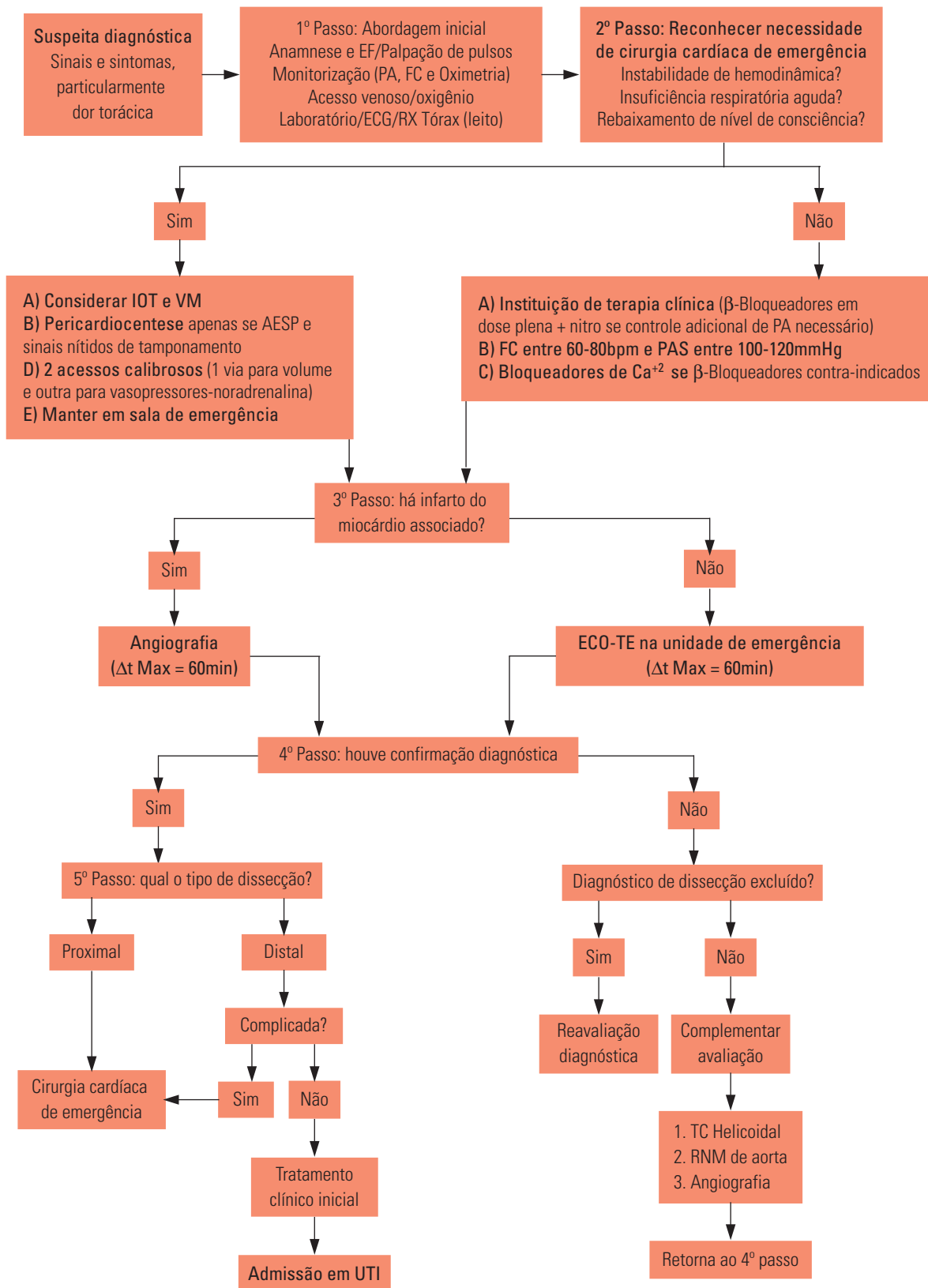


Figura 1 - Conduta na Dissecção Aguda da Aorta (retirado do protocolo de padronização de conduta do Hospital Sírio Libanês, São Paulo-SP).

REFERÊNCIAS

1. Isselbacher EM. Diseases of the aorta. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.
2. Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. *Chest*. 2002; 122:311-28.
3. Campos Filho O. Papel da ecocardiografia transesofágica na dissecção aórtica e suas variantes. *Rev SOCESP* 2001; 11(6):1060-76.
4. Peres EDB. Padronização da abordagem e tratamento da dissecção aguda da aorta no pronto-atendimento: Diretrizes Assistenciais do Hospital Sírio-Libanês. 2003.
5. Herrmann JLV. Angiografia nas dissecções aórticas. *Rev SOCESP* 2001; 11(6).
6. Knobel E, Souza JAM, Knobel M, Erlichman M. Tratamento das Dissecções de Aorta. *SOCESP* 2001; 11.
7. Albuquerque LC, Braile DM, Palma JH, Saadi EK, Gomes WJ, Buffolo E. Diretrizes para o tratamento cirúrgico das doenças da aorta da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. *Rev Bras Cir Cardiovas*. 2006; 21(1):1-23.
8. Chavan A, Lotz J, Oelert F, Galanski M, Haverich A, Karc M. Endoluminal treatment of aortic dissection. *Eur Radiol*. 2003; 13:2521-34.
9. Fluxograma: Conduta na Dissecção Aguda da Aorta (retirado do protocolo de padronização de conduta do Hospital Sírio Libanês, São Paulo-SP).