

**ANEURISMA DISSECANTE DE AORTA TIPO B DE
STANFORD COM EVOLUÇÃO PARA ÓBITO**
STANFORD TYPE B DISSECTING ANEURYSM OF THE AORTA: FATAL OUTCOME

Eduardo Alexandre Souza Gois¹, Moana Machado Barbosa¹, Guilherme Benjamim Brandão Pitta²

RESUMO

A dissecção aórtica é uma doença de baixa incidência, ocorrendo apenas cerca de dois mil casos por ano, mas potencialmente catastrófica. Quando secundária à hipertensão arterial, constitui-se uma emergência hipertensiva, caracterizada por súbita separação da camada média do vaso. Há infiltração de uma coluna de sangue em um espaço virtual entre a íntima e a adventícia, determinando uma falsa luz e a formação de hematoma. Pode ser classificada de acordo com Stanford em A, quando acomete aorta ascendente, ou B, quando acomete aorta descendente pós-subclávia esquerda. O tratamento pode ser cirúrgico ou endovascular.

Descritores: aneurisma dissecante, aneurisma aórtico, evolução fatal.

ABSTRACT

Aortic dissection is a low incidence disease with an average occurring rate of 2000 cases a year; nevertheless, potentially catastrophic. When secondary to hypertension, it turns into a hypertensive emergency characterized by a sudden separation of the medial layer of the blood vessel. Due to the infiltration of blood into a virtual space between the intima and adventitia, it creates a false vessel light and hematoma. According to Stanford, when the event affects the ascending aorta it is classified as A. On the other hand, it is classified as B when the post subclavian descending aorta is affected. The choice of treatment being either surgical or endovascular procedures.

Key-words: dissecting aneurysm, aortic aneurysm, fatal outcome.

Acomete frequentemente homens idosos, apresentando altas taxas de mortalidade. A dissecção costuma ocorrer na aorta ascendente e o seu quadro clínico costuma vir com dor torácica e sudorese, fazendo diagnóstico diferencial com infarto agudo do miocárdio.²

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 57 anos, dá entrada em Unidade de Emergência com história de queda da própria altura em sua residência. Foi encontrada com secreção espumosa na boca e desacordada. Na admissão, relatou mal-estar antes da queda, com escurecimento do campo visual e tontura; negou possuir *diabetes mellitus* ou epilepsia, porém referiu ser dislipidêmica e hipertensa, sem ser rigorosa com o uso da medicação de controle. Apresentava glicemia capilar de 257 mg/dl, pressão arterial inaudível. Ausência de déficit motor, pulsos periféricos reduzidos e presença de sudorese fria. Ausculta pulmonar sem alterações, ausculta cardíaca apenas com atrito pericárdico e sinais de dor torácica.

Foram solicitados hemograma, enzimas cardíacas, eletrocardiograma e radiografia de tórax. A paciente entrou em quadro dispneico e piora do estado geral, sendo internada na UTI Coronariana. Resultado dos exames: hemograma com discreta anemia (11 g/dl), eletrocardiograma sem alterações, e enzimas cardíacas dentro da faixa de normalidade; radiografia de tórax apresentando alargamento do mediastino.

INTRODUÇÃO

A dissecção de aorta do tipo B de Stanford é uma situação delicada da área médica, ainda mais quando associado à hipertensão arterial não tratada, constituindo uma situação de emergência cardiovascular, de elevada morbidade e mortalidade. Apesar da difusão da técnica endovascular para o tratamento, estudos demonstram que não existem diferenças significativas na mortalidade e morbidade precoce.¹

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 3, p. 26-29, 2010

1. Acadêmico (a) do curso de Medicina - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

2. Professor adjunto - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Recebido em 1/1/2010. Aceito para publicação em 10/8/2010.

Contato: eduardoasgois@yahoo.com.br

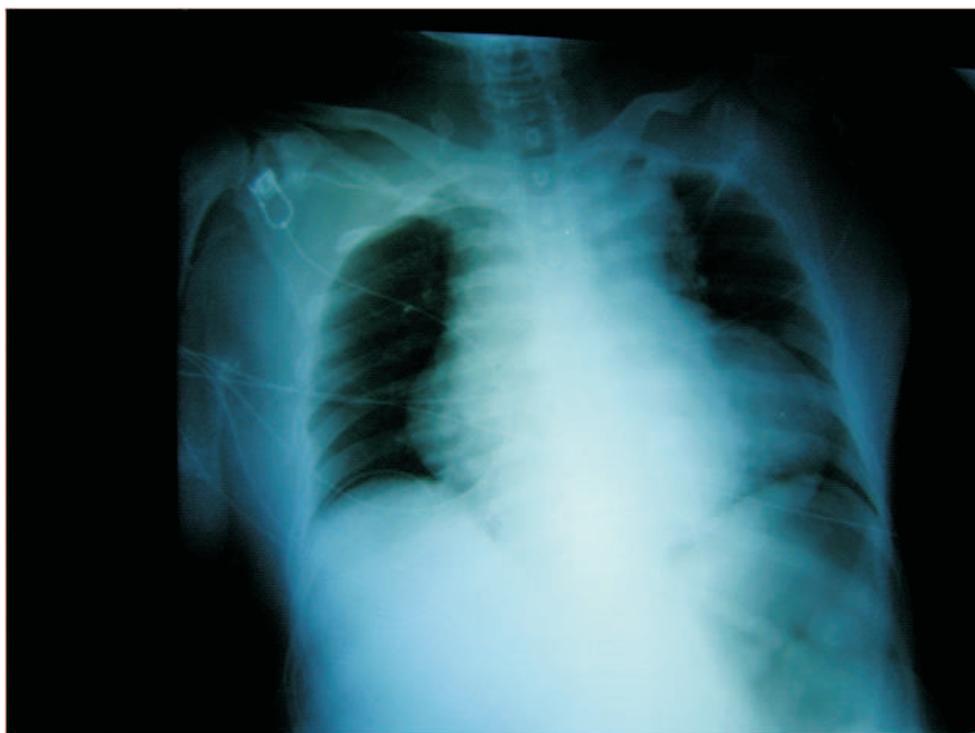


Figura 1. Radiografia de tórax demonstrando alargamento do mediastino

Foi realizada tomografia computadorizada de tórax e abdômen com os seguintes achados: presença de placas de ateroma calcificadas parietais de aorta torácica e abdominal, apresentando ectasia da aorta ascendente com 4,3 cm de diâmetro e crossa com 3,8 cm transversos; porção descendente com 3,9 cm de diâmetro até a sua porção inferior e transição que se torna aneurismática medindo cerca de 5,3 cm e 6,5 cm de

diâmetro transversos; observa-se hiperdensidade circundando toda a extensão da aorta torácica, sugestiva de hemorragia no interior do trombo parietal e volumoso derrame pericárdico (figura 2); aorta toracoabdominal e abdominal ao nível do tronco celíaco aneurismática e com flopping de dissecção até o nível das artérias renais (figura 3); aorta de volume normal 3 cm acima da bifurcação para ilíacas comuns.



Figura 2. Tomografia abdominal demonstrando volumoso derrame pericárdico e flopping de dissecção

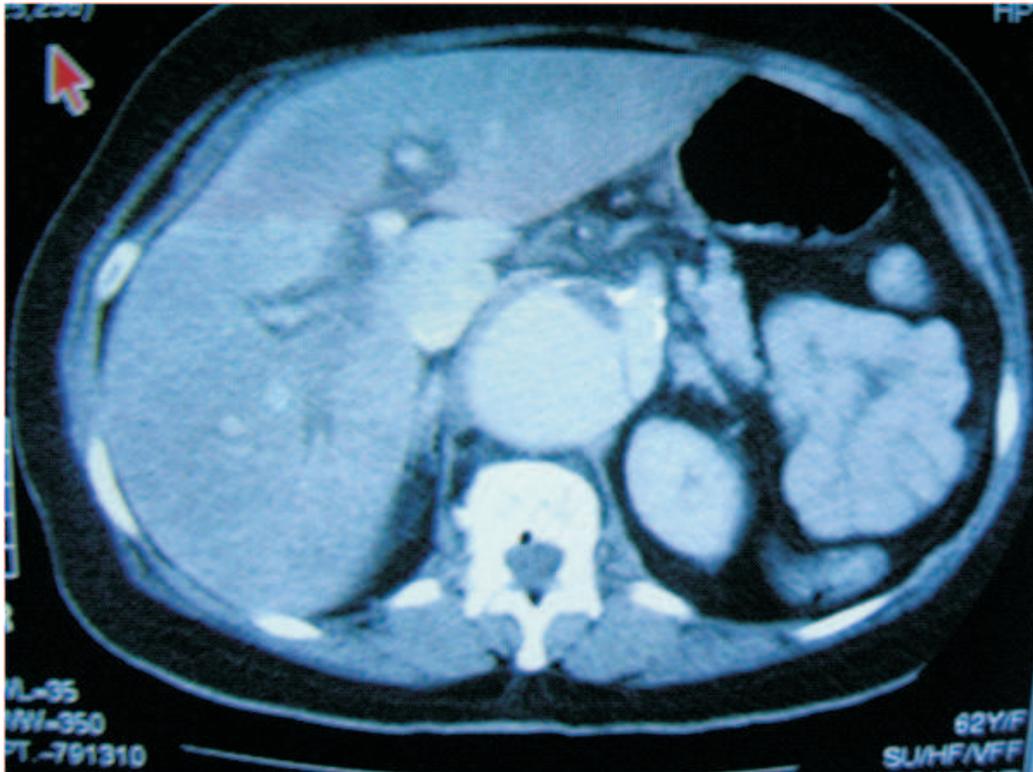


Figura 3. Tomografia abdominal demonstrando aorta abdominal aneurismática com flopping de dissecção

Foi diagnosticado, com ajuda dos exames de imagem, aneurisma dissecante de aorta tipo B de Stanford, além de trombo hemorrágico de aorta torácica e volumoso derrame pericárdico. A paciente entrou em piora do quadro geral e choque hipovolêmico com suspeita de sangramento intra-abdominal. Deu entrada no Centro Cirúrgico, foi realizada laparotomia exploratória que evidenciou ruptura de saco aneurismático, porém não resistiu ao procedimento, evoluindo a óbito.

DISCUSSÃO

A dissecção aguda da aorta representa uma catástrofe médica das mais dramáticas e fulminantes em seu curso, sendo frequentemente letal.³ Acomete mais frequentemente homens e a proporção homens/mulheres varia de 2:1 a 5:1 casos.⁴ A faixa etária mais acometida esta entre os 45 e 70 anos de idade, apresentando pico de idade entre 50 e 55 anos para os casos de dissecção proximal e entre 60 e 70 anos para a distal.⁵

Seus fatores predisponentes são a hipertensão arterial, presente em 62% a 78% dos casos, a coarctação da aorta com estenose em valva aórtica bicúspide e as síndromes de Marfan, de Turner e de Ehler-Danlos.⁶ Costuma ser uma emergência cardiovascular que cursa com alta mortalidade, variável de 50% a 68,2% em 48 horas, 70% em uma semana e 85% em um mês.² É produzida por súbito descolamento da capa íntima da artéria que abre espaço para que o sangue penetre na parede arterial, dividindo a capa média em trajeto variável. Origina-se assim uma falsa luz delimitada de um lado pela capa média unida à adventícia e de outro pela túnica média à unida à íntima.⁷

Uma vez que se iniciou, a progressão da dissecção pode ser distal, retrógrada ou ocorrer em ambos os sentidos e avançar por extensão variável. A dissecção pode se estender

em sentido distal e, às vezes, ao final do trajeto pode haver um orifício de reentrada do sangue, desde a luz falsa para a verdadeira. Ocorrem 65% dos orifícios de entrada na aorta ascendente, 20% na descendente, 10% na crossa e 5% na aorta abdominal.⁸ Em uma apresentação inicial, a dissecção proximal ocorre em 70% dos casos, comparado com a distal 35%.⁹

A classificação da dissecção de aorta mais aceita atualmente é a de Stanford, que engloba dois tipos: tipo A (envolve a aorta ascendente com extensão ou não para a aorta descendente) e tipo B (envolve somente a aorta descendente). Sua principal manifestação clínica é a dor torácica, de forte intensidade e início súbito, caracterizada como dilacerante cortante ou pulsátil, associada à sudorese, podendo ficar limitada ao tórax ou retroesternal, irradiando-se para o dorso, abdome, membros superiores ou inferiores. Associa-se à dispnéia, à edema pulmonar e também é acompanhada de sintomas de atividade simpática.¹⁰

A confirmação diagnóstica de dissecção aórtica se faz pela demonstração da presença do "flap" decorrente da ruptura da íntima e delaminação da camada média da aorta. Os três principais exames de imagem que se prestam a esta finalidade são a angiotomografia computadorizada, o ECO transesofágico e ressonância nuclear magnética (RM).¹¹

O tratamento cirúrgico das dissecções agudas tipo B é condicionado à presença de complicações, como sinais de ruptura aórtica (hemotórax, expansão rápida do diâmetro aórtico, alargamento de mediastino), formação de pseudoaneurisma, isquemia grave visceral ou de extremidades, ou progressão da dissecção durante terapia medicamentosa, caracterizada por dor persistente ou recorrente. Também casos de aorta previamente aneurismática que sofrem dissecção aguda devem ser considerados para cirurgia de urgência.¹

Dados recentes revelam que casos de dissecções tipo B tratados conservadoramente, apresentaram 10% de mortalidade em 30 dias, enquanto nos pacientes operados a mortalidade foi 31% e a incidência de paraplegia 18%.¹⁰

O tratamento endovascular demonstrou ser tecnicamente viável, com taxa de sucesso imediato em torno de 95%, conversão para cirurgia necessária em cerca de 3% a 5% dos casos e mortalidade hospitalar relatada de aproximadamente 1% a 3%. As complicações precoces mais comuns são hematomas inguinais (7%), trombose arterial (3%) e ruptura de artéria ilíaca (1,5%).¹¹

Resultados preliminares de estudos indicam que a técnica endovascular é mais segura e carrega riscos menores em relação ao implante por cirurgia aberta.¹² A desvantagem quanto à cirurgia aberta consiste no fato de que a incidência de paraplegia pode passar a ser significativa com o implante de próteses com extensão superior a 15 cm.¹²

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque LA, 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 Cardiovasc. 2007; 22(2):137-59.
2. Martin JFV, Andrade LG, Loureiro AAC, Godoy MF, Braile DM. Infarto agudo do miocárdio e dissecção aguda de aorta: um importante diagnóstico diferencial. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2004; 19(4):386-90.
3. Souto G, Tinoco LA, Caetano CS, Souza JB, Paula AG, Teixeira MA et al. Aortoscopia no tratamento das dissecções agudas da aorta. Rev Bras Cir Cardiovasc. 1999; 14(3):215-20.
4. DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES, Morris GC Jr, Howell J, Noon GP et al. Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: twenty-year follow-up of five hundred twenty-seven patients treated surgically. Surgery. 1982; 92:1118-34.
5. Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. Chest. 2002; 122:311-28.
6. Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, Schmidt J, Tornóci L, Nagy L et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection: a population-based longitudinal study over 27 years. Chest. 2000; 117:1271-8.
7. Serra J, Gutierrez PS. Correlação anatomoclínica. Arq Bras Cardiol. 2002; 79(6):628-33.
8. Kitamura M, Hashimoto A, Akimoto T, Tagusari O, Aomi S, Koyanagi H. Operation for type A aortic dissection: introduction of retrograde cerebral perfusion. Ann Thorac Surg. 1995; 59:1195-9.
9. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA. 2000; 283:897-903.
10. Tsai TT, Fattori R, Trimarchi S, Isselbacher E, Myrmel T, Evangelista A et al. Long-term survival in patients presenting with type B acute aortic dissection. Insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection. Circulation. 2006; 114(21):2226-31.
11. Hallett JW Jr. Management of abdominal aortic aneurysms. Mayo Clin Proc. 2000; 75(4):395-9.
12. Nienaber CA, Fattori R, Lund G, Dieckmann C, Wolf W, von Kodolitsch Y et al. Nonsurgical reconstruction of thoracic aortic dissection by stent-graft placement. N Engl J Med. 1999; 340:1539-45.

