

Caso Clínico - Dissecção Aguda da Aorta Torácica.

Prof. João de Deus e Brito¹

Prof. Ismar Alberto Pereira Bahia²

Identificação: N.C, Homem aos 48 anos, cor branca, casado, pintor de paredes.

Queixa principal: Dor torácica intensa e rouquidão súbitas, após queda de escada de 3,00m de altura, há 30 min.

HDA: Paciente com história de queda da altura de 3,00 m, quando realizava sua atividade profissional, a pintar paredes. Após, a queda, ficou impossibilitado de locomoção, apresentando dor torácica de grande intensidade de natureza migratória rouquidão, escoriações e contusões no tórax. Foi resgatado pelo grupo de Emergência, que procedeu o protocolo do ATLS, inclusive colar cervical.

Antecedentes: Hipertensão arterial sistêmica, desde os 35 anos, nega outras doenças ou intervenções cirúrgicas. Não tem alergia. Em uso de losartana 50mg 2 vezes ao dia, atenolol 25mg duas vezes ao dia, antagonista do cálcio, 10mg ao dia.

Antecedentes sociais: etilista moderado com boas condições sócioeconômicas.

Antecedentes familiares: Nega história de doenças cardiovasculares na família.

Exame físico geral: Respirava espontaneamente, consciente, com boa estabilidade hemodinâmica, mucosas descoradas e fâcies de sofrimento, dificuldade de se expressar com disfonia e rouquidão. PA 160x100mmHg, pulso 130pm, regular, ritmo cardíaco, em dois tempos, bulhas audíveis e sem sopros, diminuição do murmúrio vesicular, no terço médio e superior do hemotórax esquerdo. Murmúrio vesicular presente, no hemitorax direito. Não havia TCE, ou TRM. Teleradiografia do tórax, havia alargamento do mediastino, ECG com ritmo sinusal e sem coronariopatia. Bioquímica do sangue e coagulograma, normais. Angiotomografia da aorta torácica com contraste iodado, apresentou dissecção da aorta torácica tipo A ou, 1 de DE Bakey com envolvimento do terço superior da aorta ascendente, arco e aorta torácica descendente (Figura 1)

Diagnóstico

A história de dor torácica migratória de grande intensidade, acompanhado de rouquidão, após trauma de tórax, somados a tele radiografia e TC do tórax, confirmaram o diagnóstico de dissecção aguda da aorta torácica. Neste caso, dissecção de origem traumática, Tipo I de DE Bakey, que se iniciava, no terço superior da aorta torácica ascendente, arco aórtico e aorta torácica descendente, envolvendo o nervo recorrente laríngeo esquerdo.

Conduta

Indicação de tratamento cirúrgico, em um estágio com circulação extracorpórea e o uso de estente auto expansivo.

¹ Professor da disciplina Iniciação à Prática Cirúrgica da Escola de Medicina Souza Marques. ² Chefe do Departamento de Clínica da Escola de Medicina Souza Marques. Professor da disciplina Iniciação à Prática Cirúrgica da Escola de Medicina Souza Marques.

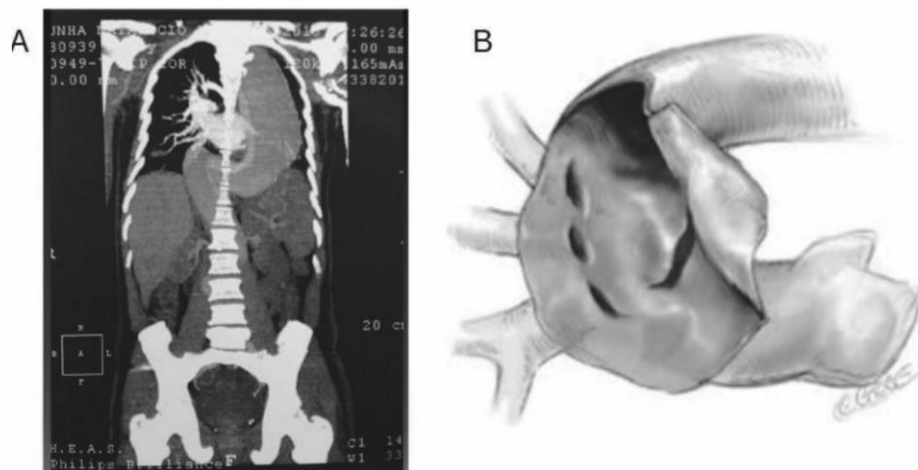


Figura 1: A. Angiotomografia, aorta torácica descendente com luz verdadeira, quase fechada pelo volumoso falsa luz. B. Dissecção do arco aórtico.

Cirurgia

Monitorização completa para anestesia geral, ECG, capnografia, pressão arterial média invasiva na artéria radial direita, acesso venoso profundo, (subclávia direita), saturação arterial, temperatura esofágica, cateterismo vesical, intubação traqueal e anestesia venosa e gasosa.



Figura 2. Aorta ascendente, seccionada para exclusão da dissecção.

Na Sala de Cirurgia, foi procedida: monitorização radioscópica, PAM invasiva na artéria radial direita, pressão renova profunda (subclávia direita), saturação arterial, temperatura esofágica e cateterismo vesical, intubação traqueal e anestesia venosa e gasosa realizada esternotomia mediana longitudinal e abertura do pericárdio, quando se constatou terço superior da aorta ascendente e arco aórtico dilatados (Figura 2). Instalada circulação extracorpórea com cava dupla, drenagem do ventrículo esquerdo pela veia pulmonar superior direita e retorno arterial na artéria subclávia direita usando um fio de 5-0 de polipropileno em bolsa longitudinal ao longo da abertura sem utilização de tubo de Dacron. Havia dissecção da aorta tipo A, segundo ponto de ruptura após a subclávia esquerda e volumoso aneurisma da aorta des. O paciente foi submetido e o uso de prótese híbrida composta de um segmento de poliéster para substituição da aorta ascendente e arco, integrado com uma prótese distal autoexpansiva, posicionada dentro da luz

verdadeira da aorta torácica descendente. O paciente teve um período de pós-operatório sem complicações, tendo alta hospitalar no décimo quinto dia.

Evolução

Após um período de dois anos e meio, da primeira cirurgia, o paciente foi reinternado, apresentando dor torácica e cansaço, mas, com estabilidade hemodinâmica. O paciente já não apresentava alteração da voz. A rouquidão e disfonia foram resultado da compressão do nervo recorrente, cuja alça, passa por baixo do ductus arteriosus, ao nível de T4 e T5.

Radiografia do tórax apresentou opacificação de dois terços inferiores do hemotórax esquerdo, tendo drenado 1,500 ml de líquido sanguinolento. Angiotomografia de subtração com contraste iodado mostrou aorta ascendente, arco aórtico reimplantados e aorta torácica descendente, reconstruída (figura 3). Havia uma úlcera distal na aorta torácica descendente que foi coberta com implante de estante (Valiant Captive Medtronic), de 32mmx179mm implantada através da artéria femoral esquerda (Figura 4). O encarceramento parcial do pulmão esquerdo foi tratado com sucesso através de descorticação realizada na mesma internação. Alta hospitalar, sem queixas no quinto dia do pós-operatório.

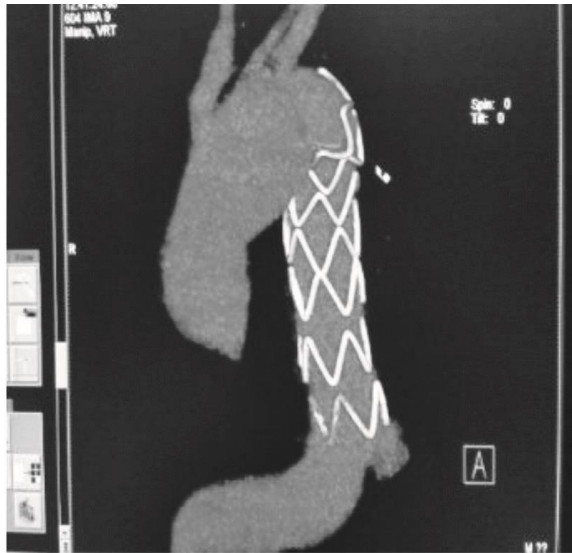


Figura 3. Angiotomografia de subtração com contraste iodado pós-operatória arco aórtico reimplantado e prótese na aorta torácica descendente com fluxo normal, apresentando fístula distal.



Figura 4. A ortografia: aorta torácica descendente com úlcera distal à esquerda. A figura da esquerda, à direita, coberta, com estante Valiant Captive Medtronic.

O paciente obteve alta, em franca recuperação da voz. A rouquidão e disfonia foram resultado da compressão do nervo recorrente laríngeo, pelo hematoma da dissecação

Discussão

A dissecação aguda da aorta é uma condição incomum, com cerca de 2000 casos, relatados a cada ano, nos Estados Unidos da América. Apresenta uma mortalidade de 1% por hora nas primeiras 24 horas e de 48 % em 30 dias, quando procedido tratamento clínico e de 26% se a intervenção cirúrgica for realizada precocemente.

Fatores predisponentes: síndrome de Marfan, hipertensão arterial sistêmica, gravidez, trauma. A história e exame físico são fundamentais para o diagnóstico, somados aos exames de imagens não invasivas; como tele radiografia do tórax, tórax, Angiotomografia, antirressonância, eco trans. torácico ou trans. esofágico. A ortografia com contraste iodado, quase não é empregada. O paciente. Deve internado em Unidade de terapia intensiva, com os seguintes cuidados, a seguir; manter pressão arterial sistólica de 100 mmHg com prescrição de nitro prussiano de sódio, em infusão venosa contínua, bloqueadores betaadrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio e sedação. A dissecação aguda apresenta uma mortalidade de 1% por hora nas primeiras 24 horas e de 48 % em 30 dias, quando procedido tratamento clínico e de 26% se procedida a intervenção cirúrgica precocemente. O tipo A é eminentemente cirúrgico, enquanto que, o tipo B, se adota a conduta conservadora, tratado, por via percutânea com introdução de estente, através da artéria femoral

O tratamento cirúrgico na dissecação da aorta tipo A, consiste na substituição da aorta ascendente, com enxerto, anastomose distal aberta do hemi arco com variado grau de hipotermia, parada circulatória sistêmica e perfusão cerebral anterógrada

Na dissecação, que envolve a aorta ascendente, o arco e aorta torácica descendente pode atualmente ser realizado, com sucesso, em um único estágio, com uso de prótese híbrida e circulação extracorpórea. Este procedimento torna possível o acesso à aorta descendente, mesmo após a origem da artéria subclávia esquerda. As eventuais complicações distais que possam ocorrer, apresentam fácil resolução, como foi apresentado neste relato. Este procedimento está também indicado: dissecação crônica tipo I da aorta ascendente, arco com aorta descendente aneurismática maior que 6 cm; tipo III com dissecação retrógrada; e doença aneurismática complexa envolvendo a aorta ascendente, arco e aorta descendente A dimensão da cirurgia pode ser sucessivamente reduzida pelo encurtamento do tempo de isquemia e das complicações, assim como pela evidente redução da mortalidade operatória, de 26% para 13%.

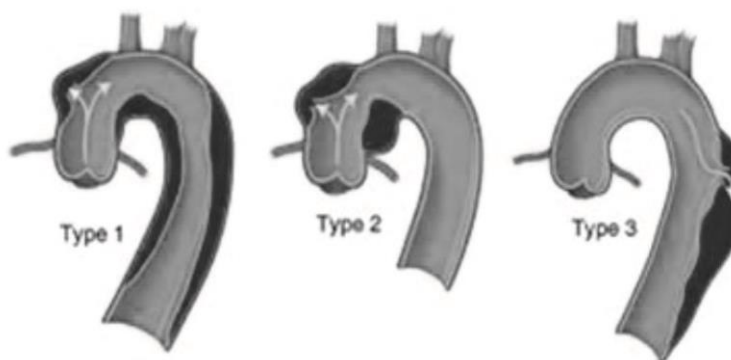


Figura 5. Classificação da dissecação da aorta de DeBakey, 1, 2 e 3.

Referências Bibliográficas

APPOO, J. J.; POZEG, Z. **Strategies in the surgical treatment of Type A aortic arch dissection.** Ann Cardiothorac Surg 2013;2(2):205

BORST, H. G.; HEINEMANN, M. K.; STONE, C. D. **Surgical treatment of aortic dissections.** New York:Churchill Livingstone, 1996, p.357.

HAGAN, P. G.; NIENABER, C. A.; ISSELBACHER, E. M.; BRUCHNAN, D.; KARAVITE, D. J.; RUSSMAN, P.L. **The International Registry of Acute Aortic dissection (IRAD) News insights into the old disease.** JAMA 2000; 283:897-903. (PUB MED)

JAKOB, H.; TASAGAKIS, K. **International E-vita open registry.** Ann Cardiorax Surg 2013; 2(3):296-29.

SONG, S. W., CHANG, B. C.; CHO, B. K.; YI, G.; YOUNG, Y. N.; LEE, S. **Effectts of partial thrombosis on distal aorta after repair of acute DeBakey tipe I aortic dissection.** J Thorac Cardiovasc Surg.2010;13(4):841-7.

TASAGAKIS, K.; DOHLE, D.; BENEDIK, J.; LIEDER, H.; JACOB, H.; MOHR, F. **Over all Essen's experience with the E-vita open hybrid stent graft system and evolutions of surgical techniques.** Ann cardiothorac Surg 2013 Mar; 2(5):612-620.