

Tratamento da emergência hipertensiva na dissecação aórtica

Treatment of hypertensive emergency in aortic dissection

Dirceu Rodrigues Almeida¹

RESUMO

A dissecação aórtica é a mais letal das emergências cardiovasculares e, portanto, requer diagnóstico preciso imediato e intervenções terapêuticas clínica e intervencionista em regimes de urgência. Os métodos de imagens, como a ecocardiografia e a angiotomografia, são os métodos diagnósticos de escolha e devem ser considerados na suspeita clínica de dissecação aórtica. A hipertensão é o principal fator de risco para a dissecação e, com frequência, o paciente com dissecação aórtica se apresenta com um quadro de emergência hipertensiva que requer terapêutica rigorosa e imediata. O objetivo da terapêutica é o imediato controle da pressão arterial com nitroprussiato de sódio e a redução da frequência cardíaca com betabloqueador endovenoso, reduzindo a pressão de pulso e o stress parietal na aorta e reduzindo o risco de rotura da aorta ou propagação anterógrada ou retrógrada da dissecação. Feito o diagnóstico, a dissecação que envolve a aorta ascendente (Tipo A) deve ser tratada cirurgicamente em regime de emergência. A dissecação restrita à aorta descendente (Tipo B) recebe abordagem clínica inicial e, na vigência de complicações como expansão da falsa luz, hemotórax, dor persistente ou isquemia visceral, deve ser tratada invasivamente com o implante endovascular de stents.

PALAVRAS-CHAVE

Emergência hipertensiva; dissecação da aorta; hipertensão.

ABSTRACT

Aortic dissection is the most lethal cardiovascular emergencies and, therefore, it requires prompt and accurate diagnosis as well as interventional and clinical therapeutic interventions in emergency regimes. The imaging methods, such as echocardiography and angiotomography, are the diagnostic methods of choice and should be considered in clinical suspicion of aortic dissection. Hypertension is the leading risk factor for dissection and often the patient with aortic dissection presents with a case of hypertensive emergency that requires accurate and immediate therapy. The goal of therapy is the immediate control of blood pressure with sodium nitroprusside and the heart rate reduction with intravenous beta-blocker, reducing pulse pressure and the parietal stress in the aorta and the risk of aortic rupture or anterograde or retrograde propagation of dissection. Diagnosed dissection involving the ascending aorta (Type A) should be surgically treated in emergency. The dissection restricted to the descending aorta (Type B) receives initial clinical approach and, in the presence of complications such as expansion of the false lumen, hemothorax, persistent pain or visceral ischemia, it should be treated invasively with endovascular stenting.

KEYWORDS

Hypertensive emergency; aortic dissection; hypertension.

DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA DISSECAÇÃO AÓRTICA

Dissecação aórtica é definida como a ruptura da camada média da aorta decorrente da presença de uma lâmina de sangue que resulta em delaminação anterógrada e/ou retrógrada ao longo da parede do vaso com a formação de dupla luz. Em 90% dos casos, existe a presença de uma rotura da camada íntima (fenda) que inicia o processo de delaminação e formação da dupla luz (Figura 1).

Em 5 a 10% dos casos, a delaminação pode ser resultante de uma úlcera aterosclerótica penetrante de aorta ou somente pela presença de um hematoma intramural, onde não é possível se detectar a fenda na camada íntima.¹

Estudos populacionais americanos sugerem uma incidência de 2 a 4 casos por 100 mil habitantes, o que resulta em 6 a 10 mil mortes por ano nos Estados Unidos. De acordo com dados do

registro internacional de dissecação aórtica (IRAD), ocorre predominantemente no sexo masculino (65% dos casos) e na faixa etária média de 63 anos. No nosso meio, encontramos também um nítido predomínio no sexo masculino, porém com um pico de incidência em torno da quinta década de vida, possivelmente em decorrência do não diagnóstico ou tratamento inadequado da hipertensão arterial.

CLASSIFICAÇÃO DA DISSECAÇÃO AÓRTICA

Anatomicamente, a dissecação aórtica pode ser classificada de acordo com a localização da rotura ou fenda intimal (origem da dissecação) ou se existe envolvimento ou não da aorta ascendente. Essa classificação é de fundamental importância, visto que tem grande importância no tocante ao prognóstico e na decisão de manejo clínico, cirúrgico ou endovascular. A classificação mais simples e mais utilizada atualmente é a classificação de Stanford, que divide a dissecação aórtica em duas categorias (Figura 2), apresentadas a seguir.

DISSECAÇÃO DO TIPO A

Toda dissecação que envolve a aorta ascendente, independentemente da localização da fenda intimal, tem alta letalidade e requer tratamento cirúrgico de emergência.

DISSECAÇÃO DO TIPO B

São todas as dissecações que não envolvem a aorta ascendente. Pode estar envolvido o arco aórtico e, mais frequentemente, a aorta descendente, com extensão para a aorta abdominal. Nessa situação, o tratamento inicialmente é conservador e a intervenção endovascular deve ser empregada nos casos com potencial de complicações. Esta classificação é definida facilmente com a utilização dos modernos métodos de imagem (angiotomografia, ressonância magnética e ecocardiografia transesofágica) que vão nos dar orientação sobre o prognóstico imediato e definição do planejamento terapêutico.²



Figura 1. Fenda intimal (rotura da íntima) e dupla luz na dissecação aórtica, com trombo na falsa luz.

FATORES DE RISCO PARA DISSECAÇÃO AÓRTICA

Os clássicos fatores de risco para dissecação aórtica estão relacionados às condições que determinam degeneração ou fragilidade da camada média ou stress da parede vascular. Dentre os clássicos fatores de risco, têm enorme destaque a hipertensão arterial não adequadamente controlada presente em 70 – 80% dos pacientes, principalmente nos pacientes com faixa etária acima de 45 anos. Doenças genéticas, como a síndrome de Marfan, são responsáveis por aproximadamente 50% dos casos de dissecação em pacientes com idade inferior a 40 anos. Merece destaque também a presença de válvula aórtica bicúspide e/ou coarctação como causa de dissecação em pacientes jovens. Merecem destaque ainda outros fatores, como uso de cocaína, gravidez com ou sem doença hipertensiva, dissecação iatrogênica (cateterismo, cirurgia na aorta) e dissecação traumática.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA E SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Para se fazer o correto diagnóstico da dissecação aórtica, é necessário um alto índice de suspeita clínica, pois essa entidade entra no diagnóstico diferencial de várias situações clínicas nos setores de medicina de urgência e a demora em estabelecer o diagnóstico e instituir a terapêutica adequada pode implicar em alto risco de morte, visto que a dissecação aórtica é a mais letal das emergências cardiovasculares. Vários sintomas e sinais clínicos podem nos levar a suspeitar da presença da dissecação aórtica. O sintoma cardinal que nos faz suspeitar de dissecação aórtica é a dor torácica, que apresenta algumas características importantes quanto a sua intensidade, localização, irradiação e

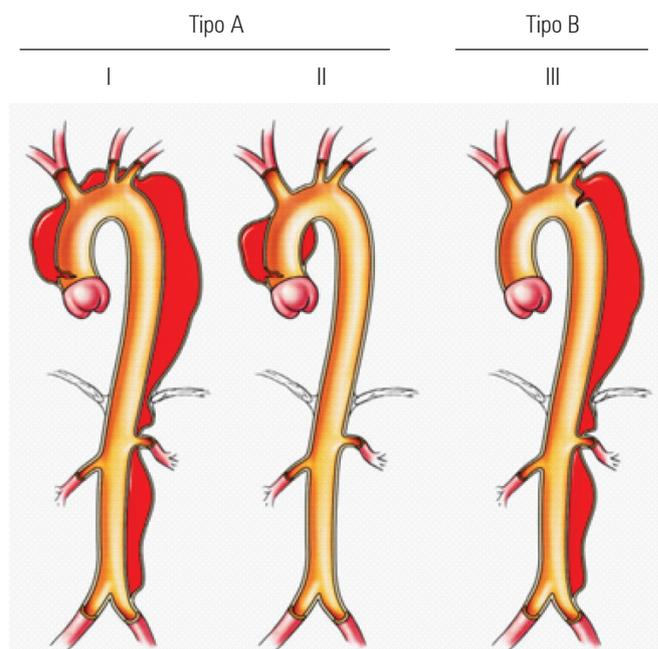


Figura 2. Classificação da dissecação aórtica. Tipo A: envolvimento da aorta ascendente; Tipo B: envolvimento da aorta descendente.

associação com alguns sinais e outros sintomas que não fazem parte dos quadros de insuficiência coronariana aguda, que é o diagnóstico diferencial mais importante na sala de emergência.³ Diferentemente da dor anginosa, na dissecação aórtica, a dor torácica inicia-se abruptamente, em intensidade máxima, referida pelo paciente como insuportável, lancinante, com sensação de “facada” ou “rasgando o peito”. No envolvimento da aorta ascendente, a dor frequentemente se inicia na face anterior do tórax e com irradiação para o dorso e abdome, à medida que existe propagação anterógrada da dissecação (Figura 3). Quando o envolvimento é apenas da aorta descendente, a dor tende a ser mais intensa e localizada no dorso e com irradiação para região lombar e abdominal (Figura 4). Como existe sempre o risco de envolvimento dos ramos da aorta, é muito chamativa a presença de dor torácica associada a sintomas ou sinais neurológicos, com déficits neurológicos e/ou sopros carotídeos (vasos supra-aórticos). Dor torácica e paraplegia podem ser a manifestação inicial. Isquemia, parestesia ou perda de força em membros inferiores (assimetria de pulsos) podem simular um quadro de embolia arterial aguda. Dor com irradiação para abdome e sinais de abdome agudo podem sugerir isquemia visceral (mesentérica).⁴ Dor associada a edema agudo de pulmão e presença de sopro de insuficiência aórtica sugerem dissecação com desabamento de cúspide valvar aórtica. A presença de dor torácica intensa e choque ou hipotensão grave na admissão, na

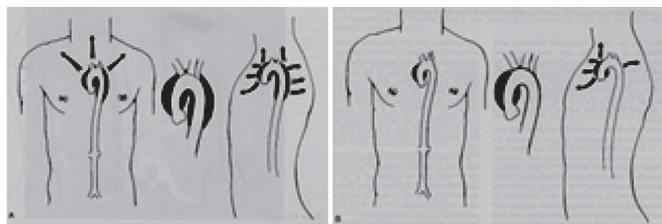


Figura 3. Localização e propagação da dor na dissecação do Tipo A.

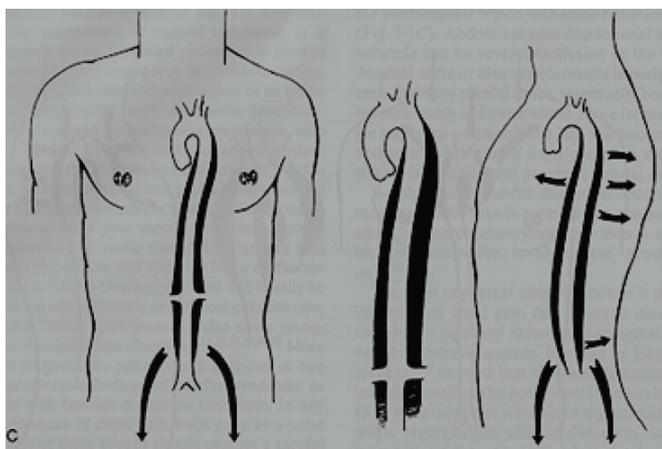


Figura 4. Localização e propagação da dor na dissecação do Tipo B.

ausência de corrente de lesão ou bloqueios no eletrocardiograma, podem sugerir dissecação aórtica complicada com hemopericárdio e tamponamento cardíaco. O diagnóstico diferencial mais importante é com a dor decorrente de insuficiência coronariana aguda; a suspeita de dissecação é reforçada quando temos dor com as características citadas e ausência de corrente de lesão no eletrocardiograma.⁵ Na dissecação, o eletrocardiograma geralmente demonstra sinais de sobrecarga ventricular esquerda e alterações de repolarização ventricular decorrentes da presença de hipertensão arterial crônica. O envolvimento coronariano (mais frequentemente a artéria coronária direita) na dissecação da raiz aórtica ocorre em 2 a 3% dos casos, e a semelhança do tamponamento cardíaco requer abordagem cirúrgica imediata (Figura 5). A radiografia de tórax é muito importante, e a silhueta da aorta pode estar anormal em 50 a 70% dos casos, reforçando a suspeita de dissecação aórtica. No exame clínico, frequentemente o paciente se apresenta severamente hipertenso, podendo haver assimetria de pulso, sopros nos territórios vasculares (carótidas e femorais) e sopro de insuficiência aórtica. Choque ou hipotensão grave podem sugerir tamponamento cardíaco ou rotura para mediastino ou cavidade pleural.⁶

MÉTODOS DE IMAGEM PARA CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Diante da suspeita clínica de dissecação aórtica, o paciente deve imediatamente ser submetido a um exame de imagem para confirmar ou afastar essa hipótese diagnóstica. Nesse cenário, merecem considerações os métodos não invasivos de imagem,

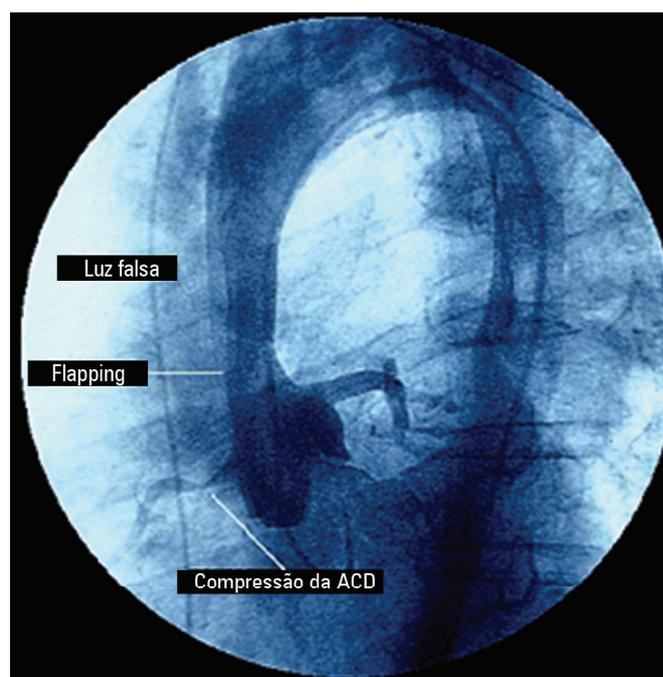


Figura 5. Aortografia demonstrando a dupla luz na dissecação da aorta ascendente e compressão da artéria coronária direita (ACD).

como a ecocardiografia transtorácica e transesofágica (ETE), a angiotomografia computadorizada (ATC) e a ressonância nuclear magnética (RNM). A aortografia com angiografia digital deve ser considerada na indisponibilidade dos métodos não invasivos ou quando o paciente vai para uma cinecoronariografia de emergência e não se encontra obstrução coronariana aguda que justifique a dor torácica. Os métodos não invasivos, executados por profissionais experientes, apresentam sensibilidade e especificidade altas e comparáveis, e a escolha de um determinado método depende da disponibilidade imediata do exame, do estado clínico do paciente e de um profissional experiente. A ecocardiografia transtorácica e transesofágica tem vantagem em pacientes instáveis e pode ser realizada à beira do leito, assim como pode demonstrar imediatamente a presença da fenda intimal, da dupla luz aórtica e suas complicações, como o hemopericárdio com tamponamento cardíaco⁷ (Figura 6). Como desvantagem, é um exame estressante, requer sedação e é operador dependente. A angiotomografia com reconstrução tridimensional talvez seja o exame de melhor rendimento, pois fornece o detalhamento completo da anatomia da dissecção e suas graves consequências (envolvimento de ramos, hemotórax e hemopericárdio) (Figura 7). Como desvantagem, requer a injeção de contraste iodado e emite radiação. A RNM é um exame excelente para o diagnóstico anatômico de outras causas de síndrome aórticas agudas, como a úlcera penetrante e, principalmente, o hematoma intramural (Figura 8).

TERAPÊUTICA CLÍNICA INICIAL

Diante da suspeita clínica de dissecção aórtica, mesmo antes de sua confirmação diagnóstica pelos métodos de imagem, o paciente deve receber terapêutica clínica imediata, que visa ao tratamento da dor e ao controle rigoroso e imediato da frequência

cardíaca e da hipertensão arterial. Esses componentes estão associados à manutenção ou exacerbação do stress hemodinâmico na parede da aorta, propagação da dissecção, isquemia de órgãos, expansão da falsa luz e rotura da aorta.⁸

TRATAMENTO DA DOR

A aorta tem alta densidade de plexos nervosos simpáticos parietais e periaórticos que determinam a ocorrência e persistência da dor intensa e consequente estimulação adrenérgica intensa, determinando taquicardia, aumento da velocidade de contração cardíaca e hipertensão arterial de difícil controle, que resultam em elevado stress parietal aórtico. Essa dor é refratária aos analgésicos comuns, e o paciente deve ser tratado com morfina pela via endovenosa intermitente ou contínua.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Destaca-se também que a presença de hipertensão é muito frequente na vigência do quadro de dissecção aórtica, caracterizando-se uma clássica emergência hipertensiva que deve ser prontamente tratada, visto que a mesma se associa à ocorrência da dissecção, progressão da dissecção e favorecimento da rotura da aorta dissecada. A hipertensão arterial associada à dissecção aguda da aorta é a mais letal das emergências hipertensivas e requer abordagem terapêutica rigorosa e imediata, com a proposta de controle da pressão e da frequência cardíaca num prazo de 20 minutos. Com o objetivo de reduzir

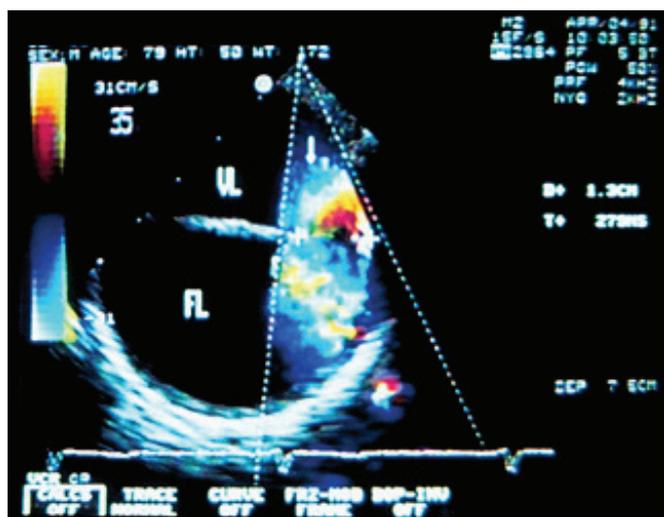


Figura 6. Ecocardiografia transesofágica demonstrando a dupla luz na dissecção da aorta descendente.



Figura 7. Angiotomografia com reconstrução volumétrica demonstrando a dupla luz na dissecção da aorta descendente.

