

DISSECÇÃO AGUDA DA AORTA. SEGUIMENTO IMEDIATO E TARDIO DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO

FERNANDO ALCIDES FERRARI SAMPAIO, JOSÉ HENRIQUE VILA, RICARDO F. A. MELO,
DELMONT BITTENCOURT, MAGNUS COELHO DE SOUZA, NORBERTO GALIANO,
RADI MACRUZ, EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI

De janeiro de 1979 a dezembro de 1983 foram estudados 52 portadores de dissecção aguda de aorta, 42 do sexo masculino (80%), com idades que variavam de 35 a 73 anos (média 55,6).

Trinta e dois apresentaram hipertensão arterial (61%). Em 42, a dor tóraco-abdominal foi a principal razão da suspeita clínica (80%).

Vinte e dois casos eram do tipo I, da classificação de DeBakey, 17, do tipo II e 13 do tipo III. Em 24 pacientes, registrou-se importante insuficiência aórtica.

Todos os do tipo I foram operados e a mortalidade hospitalar foi de 32% (7 óbitos). A mortalidade tardia, com seguimento de 3 meses a 5 anos (média 26 meses) foi de 20% (3 óbitos).

Dos pacientes do tipo II, 9 foram operados, com 2 óbitos hospitalares (23%), sem ocorrência de óbitos com seguimento de 8 a 41 meses (média 22 meses). Dos 8 pacientes tratados clinicamente, seguidos por 8 a 50 meses (média 24 meses), 3 faleceram (43%).

Nos casos do tipo III, optou-se pela operação em 4 doentes, com 1 óbito hospitalar (25%), sem óbitos tardios, com seguimento de 13 a 22 meses (média 18 meses). Dos 9 pacientes tratados clinicamente, com seguimento de 9 a 56 meses (média 23 meses), 5 faleceram (55%). Entre os sobreviventes, 1 apresentou hematoma retroperitoneal e 1, hemotórax organizado.

Conclui-se que é necessária a operação em todos os casos de dissecção da aorta, independentemente de sua localização.

No presente trabalho, preferimos a denominação dissecção da aorta, em lugar de aneurisma dissecante. Na realidade, inexistente uma dilatação verdadeira envolvendo todas as camadas da parede do vaso. A camada média é virtualmente delaminada pelo fluxo sanguíneo e a expansão da aorta é feita às expensas das porções externas das túnicas média e adventícia.

A dissecção da aorta é afecção grave, que já foi objeto de publicações extensas^{1,3}. O relato de nossa experiência justifica-se por persistirem algumas dúvidas na literatura quanto ao tipo de tratamento ideal, clínico ou cirúrgico, especialmente no tipo III da classificação de DeBakey. Condutas conflitantes são apresentadas em livros de grande prestígio, nos quais alguns autores preconizam o tratamento clínico⁴, salvo em situações especiais, e outros, o cirúrgico.

O manuseio clínico ainda é definido em vários trabalhos⁸⁻¹⁰, porém a maioria dos autores já preferia o tratamento cirúrgico de todos os casos¹¹⁻¹⁵.

Nossa conduta, até recentemente, foi considerar o tratamento cirúrgico em todos os casos de dissecção aguda do tipo I e II de DeBakey (fig. 1). As dissecções do tipo III foram conduzidas clinicamente, salvo em presença de complicações. Atualmente, nossa tendência é oferecer tratamento cirúrgico em todos os casos.

O objetivo do presente trabalho foi analisar os aspectos evolutivos dos pacientes operados ou não, tratados em nosso serviço nos últimos cinco anos e discutir as razões que nos levaram a indicar o tratamento cirúrgico em todos os tipos de dissecção aguda.

MATERIAL E MÉTODOS

Eram tipo I 22 casos (40%), do tipo II, 17 casos (31%) e do tipo III, 13 pacientes (29%) do total de 52 casos. A idade variou de 35 a 73 anos (média 55,6 anos). O sexo masculino, com 42 casos (80%) predominou sobre o feminino (10 casos, 20%).

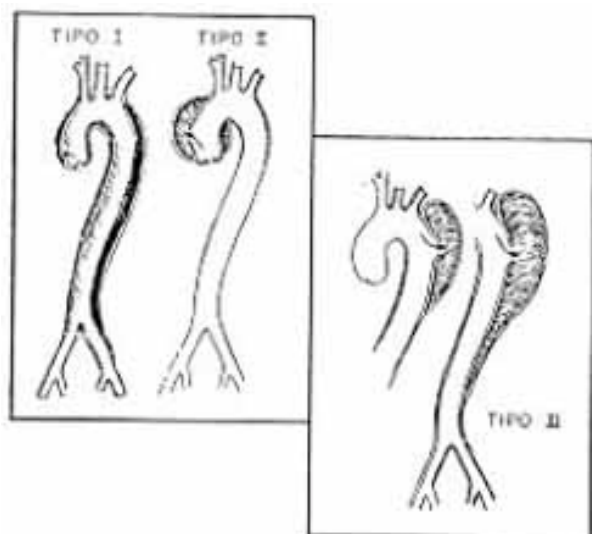


Fig. 1- Classificação dos aneurismas segundo DeBakey ².

A análise do quadro clínico revelou a dor em 42 pacientes (80%), como queixa principal. Dor foi típica em 28 casos (53,8%) caracterizada como de início súbito, forte intensidade, irradiada para o dorso e, posteriormente, em direção aos membros inferiores. Atípica em três casos (5,7%), foi referida como de intensidade variável, fugaz e de localização abdominal. Era sugestiva de insuficiência coronária em 11 casos (21,1%), simulando uma crise de angina de peito.

Outras manifestações clínicas foram: sofrimento isquêmico de membros em três casos (5,7%), aparecimento de sopros no foco aórtico e vasos da base em três casos (5,7%), hemiplegia aguda em um caso (1,9%), hemotórax em um caso (1,9%) e morte súbita por tamponamento cardíaco em um caso (1,9%).

As principais afecções associadas estão referidas na tabela I. Observamos elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica em 32 casos (6,1%) e associação com coronariopatia aterosclerótica em sete pacientes (13%). Entre as complicações, ressaltamos a presença de insuficiência aórtica em 24 casos (46%), comprometimento das artérias carótidas, mesentéricas, renais e coronária direita em oito casos (15%).

Todos os portadores de dissecação do tipo I foram operados. Dos portadores do tipo II, 9 foram tratados cirurgicamente e 8, clinicamente.

Dos casos do tipo III, foram tratados clinicamente os pacientes que não apresentavam complicações.

Todos os pacientes com dissecação dos tipos I e II foram operados com circulação extracorpórea e canulação pela artéria femoral.

No início, usamos a técnica de aortoplastia em 14 casos. Recentemente, adotou-se a reconstrução com tubo de "dacron" em 17 pacientes, por apresentar menor índice de redissecções no pós-operatório.

Os procedimentos associados resumem-se à troca valvar aórtica em 18 pacientes, pontes de safena em cinco

Tabela I - Número de casos conforme a doença associada e a complicação.

Doença associada	N.º de casos	%
Hipertensão arterial sistêmica	32	61,0
Insuficiência coronária aterosclerótica	7	13,4
Síndrome de Marfan	1	1,9
Persistência do canal arterial	1	1,9
Estenose aórtica congênita	1	1,9
Complicações da dissecação		
Insuficiência aórtica -	24	46,0
Insuficiência coronária pela dissecação	3	5,7
Ramos arteriais comprometidos	8	15,3

casos e implante de artéria coronária em cinco casos.

No tipo III, utilizou-se a derivação átrio esquerdo-artéria femoral. Nos quatro pacientes operados, em três foram usados tubos de "dacron" e, no caso restante, foi realizada aortoplastia.

RESULTADOS

Todos os pacientes classificados no tipo I foram operados, com proporção de óbitos de 32%.

Dos pacientes catalogados no tipo II, num total de 17 casos, nove foram operados, com dois óbitos (23%) e oito, tratados clinicamente, com um óbito (12%).

Dos 13 pacientes catalogados no tipo M, nove foram tratados clinicamente, sem óbito e quatro foram operados, com um óbito (25%). A rotura pré-operatória da aorta em cavidade pleural esquerda seguiu da de choque foi a causa desse único óbito.

Entre os 15 casos operados do tipo I que tiveram alta hospitalar, observamos três óbitos (20%) em 26 meses de seguimento médio (3 meses a 5 anos).

No tipo II, entre os sete pacientes manuseados clinicamente, ocorreram dois óbitos (30%), no seguimento tardio (8 a 5 anos). Nenhum óbito foi observado nos sete pacientes tratados cirurgicamente (8 a 41 meses).

No tipo M, nove pacientes foram tratados clinicamente com cinco óbitos (55%). Dos quatro sobre-viventes, um apresentou hematoma retroperitoneal com exclusão do rim esquerdo e outro hemotórax organizado à esquerda (2 a 56 meses, média 23 meses). Os outros três pacientes submetidos a tratamento cirúrgico não apresentaram óbitos tardios (13 a 22 meses, média 18 meses).

A mortalidade total foi de 47% nos pacientes submetidos a tratamento clínico e 37%, a tratamento cirúrgico.

DISCUSSÃO

A nossa posição atual em relação à dissecação aguda da aorta é francamente favorável ao tratamento cirúrgico de início em todos os tipos. Nós acreditamos que as dissecações do tipo I e II se constituem em emergências médico-cirúrgicas. Procedemos ao tratamento clínico intensivo, cateterismo cardíaco e

intervenção cirúrgica em seqüência rápida, sem aguardar por tempo maior que o absolutamente necessário. Qualquer demora pode ser fatal pela rotura da aorta.

Quanto ao tipo III, com base na elevada mortalidade tardia dos pacientes seguidos clinicamente, passamos a considerar o tratamento cirúrgico como prioritário.

A causa principal dessa alta mortalidade e morbidade está na perda da integridade anátomo-funcional da aorta. Após a dissecção ocorrem deficiente oxigenação da parede do vaso, necrose e roturas tardias^{3,16}, com ou sem dilatação progressiva. Barsky e col. demonstraram que 21 dentre 34 pacientes em que se realizou a autópsia (62%) apresentavam necrose da parede da aorta¹⁶. Esses aspectos têm elevada importância, por predisporerem à rotura da aorta.

O objetivo primordial de impedir as complicações precoces e tardias da perda da integridade do vaso foi o motivo pelo qual se consolidou nossa recente opinião de operar todos os pacientes portadores de dissecção aguda da aorta.

A tomografia computadorizada foi realizada como método diagnóstico não-invasivo em alguns pacientes, permitindo excelente definição do local de dissecção e da falsa luz. A realização do estudo angiográfico é fundamental por permitir a análise da circulação coronária, da competência valvar aórtica e dos principais ramos arteriais.

Consideramos o tratamento clínico como coadjuvante do manuseio cirúrgico, pois a conduta de reduzir a pressão arterial e a força contrátil do ventrículo esquerdo tem fundamento lógico⁶⁻⁸ e o utilizamos em todos os pacientes antes e, principalmente, após o ato cirúrgico, para a prevenção de futuras complicações. Isoladamente, entretanto, essas medidas não corrigem o problema fundamental: a fragilidade da parede aórtica após a dissecção.

SUMMARY

We analysed hospital and late mortality of 52 patients with acute dissection of the aorta.

All 22 patients belonging to type I were operated, with seven cases (32%) of hospital mortality and three cases (13.4%) of late mortality, to a total of ten deaths (45.4%).

Seventeen patients belonged to type II, eight of them were clinically handled, with one hospital death (12%) and two late deaths (25%). In the surgical group of nine cases, we had two hospital deaths (23%) and no late deaths.

Twelve patients belonging to type III were clinically handled, with no hospital complications and five late deaths (55%). Of the four survivors, one presented retroperitoneal hematoma and another, an organized

hemothorax. In the surgical group of four patients we had one hospital death (25%) and no late deaths.

We observed the averse evolution of the clinically handled patients, during their post-hospital period, With high mortality and morbidity rates, especially in type III. This fact arises from the loss of the anatomic-functional integrity of the aorta, which can not be recovered through clinical treatment; thus, surgical handling is indicated for all cases of acute dissection, with clinical treatment, as a supported through clinical treatment; thus, surgical handling is indicated for all cases of acute dissection, with clinical treatment, as a supportive method.

REFERÊNCIAS

- Hirst, A. E.; Johns, V. J.; Kime, S. W. - Dissecting aneurysms of the aorta. A review of 505 cases. *Medicine*, 37: 217, 1956.
- DeBakey, M. F.; Henly, W. S.; Cooley, D. A.; Morris, G. C.; Crawford, E. S.; Beall, A. C. - Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 49: 130, 1965.
- Roberts, W. C. - Aortic dissection: Anatomy, consequences and causes. *Am. Heart. J.* 101: 1965, 1981.
- Braunwald, E. - *Heart Disease*. W. 13. Saunders. Philadelphia, 1984. p. 1554.
- Sabiston, D.; Spencer, F. - *Surgery of the Chest*, W. B. Saunders. Philadelphia 1983. p. 961.
- Wheat, M. W.; Palmer, R. F.; Bartley, T. B.; Seelman, R. C. - Treatment of dissecting aneurysms of the aorta without surgery. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 50: 364, 1965.
- Wheat, M. W.; Palmer, R. P. - Dissecting aneurysms of the aorta: Present status of drug surgical therapy. *Prog. Cardiovasc. Dis* 11: 198, 1968.
- Wheat, M. W.; Shumacher, H. B. - Dissecting aneurysms. Problems of management. *Chest*, 70: 650, 1976.
- Wolfe, W. G.; Moran, J. F. - The evolution of medical and surgical management of acute aortic dissection. *Circulation*, 56: 503, 1977.
- Dalen, J.; Pape, L.; Collins, J. - Dissection of the aorta: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 23: 3, 1980.
- Austen, W. G.; De Sanctis, R. W. - Surgical treatment of dissecting aneurysm of the thoracic aorta. *N. Engl. J. Med.* 272: 1314, 1965.
- Reul, G. J.; Cooley, D. A.; Hallman, G. H.; Reddy, S. B.; Kyger, F. R.; Wokasch, D. C. - Dissecting aneurysm of the descending aorta, improved surgical results in 91 patients. *Arch. Surg.* 110: 632, 1975.
- Crawford, E. S.; Palamara, A. E.; Salch, S. A.; Rochm, J. O. F. - Aortic aneurysm: Current status of surgical treatment. *Surg. Clin. North Am.* 59: 597, 1979.
- Miller, D. C.; Stinson, E. B.; Oyer, P. E.; Rossiter, S. J.; Reitz, B. A.; Griepp, R. B.; Shurnway, N. E. - Operative treatment of aortic dissections. Experience with 125 patients over a sixteen-year period. *J. Thorac. Cardiovasc.* 78: 365, 1979.
- DeBakey, M.; Crawford, S.; Morris, G. - Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: Twenty-year follow-up of five-hundred twenty-seven patients treated surgically. *Surgery*, 92: 6, 1972.
- Barsky, S. H.; Rosen, S. - Aortic infarction following dissecting aortic aneurysm. *Circulation*, 68: 876, 1978.