

# Síndromes aórticas agudas na Sala de Urgência

## Autores e Afiliação:

Isabella Parente Almeida. Ex-médica residente da clínica médica do Departamento de Clínica Médica da FMRP - USP; Antônio Pazin Filho. Docente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica da FMRP - USP.

## Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

## Objetivos:

Descrever o diagnóstico e tratamento das doenças agudas que comprometem a aorta.

**Data da última alteração:** Segunda-feira, 24 de julho de 2017

**Data de validade da versão:** Domingo, 27 de janeiro de 2019

## Definição / Quadro Clínico:

O termo síndrome aórtica aguda refere-se a doenças que acometem a aorta e implicam em elevada mortalidade, incluindo dissecção, hematoma intramural e úlcera aterosclerótica penetrante.

### CONCEITOS

Dissecção de aorta: ruptura da íntima com formação de falsa luz, separando íntima da adventícia.

Hematoma intramural da aorta: formação de hematoma aórtico intramural sem que haja sinais de ruptura da íntima.

Úlcera aterosclerótica penetrante: erosão de uma placa na camada média da aorta.

OBS: Como o hematoma intramural pode ter evolução mais atípica, com auto-resolução na dependência de sua extensão, muitas vezes o paciente não procura a urgência ou o diagnóstico não é feito por não ser considerado. Já a úlcera penetrante é uma situação tão crítica que

geralmente está associada ao óbito pré-hospitalar, pois implica em choque hipovolêmico grave. Por causa dessas características é que a dissecação de aorta é a mais conhecida.

### Quadro clínico

Os sintomas são variáveis e assemelham-se aos de outras condições clínicas mais comuns, motivo pelo qual é necessário um alto grau de suspeição, mesmo ao se considerar que o infarto agudo do miocárdio seja cerca de 100 vezes mais frequente que a dissecação de aorta.

O principal sintoma é dor torácica aguda, semelhante tanto na dissecação, hematoma ou úlcera penetrante. Pode ser descrita como uma dor “migrando, rasgando ou pulsando”. Importante destacar o papel da dor na diferenciação do infarto agudo do miocárdio.

Geralmente a dor do infarto tem início insidioso, com aumento progressivo atingindo um platô e regredindo da mesma forma quando tratado. Nas síndromes aórticas agudas, a dor já se inicia com a maior intensidade, sem sinais prodrômicos. Repetições da dor, a exemplo do que ocorre no IAM, podem significar progressão da doença.

### Exames Complementares:

Biomarcadores: ainda em fase de estudos, sem utilização na prática clínica; D-dímero geralmente encontra-se elevado (>500mcg/l). NÃO se deve pedir D-dímero por sua baixa sensibilidade e especificidade.

- Radiografia de tórax: revela aumento no contorno da aorta, alargamento do mediastino; pode mostrar calcificação deslocada, opacificação da janela aorticopulmonar, entre outros.
- ECG: deve ser realizado em todos os pacientes para descartar infarto agudo do miocárdio. Alterações inespecíficas no segmento ST e na onda T são os achados mais comuns na SAA. É MANDATÓRIA a obtenção das derivações V3r, V4r, V5 e V6, pela possibilidade de associação de infarto ínfero-posterior.
- TC de tórax com contraste: principal método diagnóstico na SAA pela rapidez e disponibilidade, além de permitir avaliar toda a aorta.
- Ecocardiograma transtorácico: realizado para avaliações de possíveis complicações (por exemplo, derrame pericárdico, insuficiência aórtica) e da função ventricular. Permite avaliar a aorta ascendente e o arco aórtico. Limitações: paciente com janela acústica desfavorável.
- Ecocardiograma transesofágico: utilizado para pacientes hemodinamicamente instáveis; maior sensibilidade do que o ecocardiograma transtorácico, podendo avaliar aorta ascendente e aorta torácica descendente. Esse exame ganha importância para os pacientes instáveis, que não possam ser conduzidos à TC ou RM.
- Ressonância Magnética: pouco utilizado na prática clínica; indicado nos casos onde persiste a dúvida diagnóstica após realização dos exames já citados.

- Aortografia: raramente utilizado.
- Angiografia coronária: usado para determinar com precisão anatomia coronariana quando indicado, no pré-operatório. Pode ser mandatório em situações em que haja a associação entre dissecação e infarto agudo do miocárdio por obstrução do óstio da coronária pelo “flap” da dissecação. Lembrar que esses pacientes não podem receber trombolíticos químicos!

### Tratamento:

- Depende da porção da aorta envolvida e da condição clínica do paciente;
- Tratamento clínico.

Indicado para todos os pacientes.

Consiste no controle da dor, frequência cardíaca e pressão arterial.

Analgesia: geralmente com opióides.

Beta-bloqueador: metoprolol ou esmolol.

Metoprolol – apresentação 1mg/ml (já vem em seringas de 5ml). Vai se infundindo 01 ml por vez, observando-se como o paciente está se comportando (se não há deterioração hemodinâmica ou congestão pulmonar). Repete-se até se obter a frequência cardíaca desejada. A dose máxima é de 15 mg. Lembrar que o metoprolol tem meia-vida curta e que após atingir a frequência desejada, deve-se iniciar um outro beta-bloqueador de ação mais prolongada, como propranolol ou metoprolol, para se evitar o rebote da FC. Nitroprussiato de sódio.

Meta: PAS < 120mmHg e FC < 60 bpm.

OBS: É MANDATÓRIO que se inicie o beta-bloqueador antes do uso de qualquer vasodilatador. Se isso não for feito, há chance de progressão da dissecação.

- Tratamento cirúrgico

Indicado para acometimento da aorta ascendente (Stanford A) ou Stanford B com complicações (dor intratável, isquemia de membros inferiores, acometimento da artéria renal com insuficiência renal, progressão da dissecação, expansão da aorta).

### Referências Bibliográficas:

1. GONÇALVES, et al. Acute aortic syndromes. Endovascular today. 2010 ; 43 – 48.
2. LANSMAN et al. Acute aortic syndrome. J Thorac Cardiovasc Surg. 2010; 140: S92-7.
3. LYEN, S; GEORGE, A; HAMILTON, M. Acute aortic syndrome. RAD Magazine. 2011; 39: 16-17.

4. SHEIKH, A.S; ALI, K; MAZHAR, S. Acute Aortic Syndrome. Circulation. 2013; 128: 1122 – 1127.
5. TSAI, T.T; NIENABER, C.A; EAGLE, K.A. Acute Aortic Syndrome. Circulation. 2005; 112: 3802 - 3813.
6. VILACOSTA, I; SAN ROMÁN, J.A. Acute aortic syndrome. Heart. 2001; 85: 365 – 368.

## Anexos:

Tabela 1: Quadro clínico das síndromes aórticas agudas

<b>Quadro clínico</b>	
Dor torácica aguda súbita e intensa que se inicia em região retroesternal e se estende para região interescapular (mais comum em dissecção tipo A)	Alteração de pulsos periféricos e pressão arterial, sudorese, hipertensão.
Síncope (9%)	Insuficiência cardíaca congestiva (7%)
Acidente vascular cerebral (6%)	Infarto agudo do miocárdio (geralmente de parede inferior)
Tamponamento cardíaco	

Fluxograma 1: Abordagem terapêutica das síndromes aórticas agudas

