

João Vitor Dal Ponte Zatt<sup>1</sup>, Ignacio Salonia Goldmann<sup>1</sup>, Bernardo Rivera Fernandes Severo<sup>1</sup>, Giovanni Reveilleau Dallapicola<sup>1</sup>, Eduarda Rodrigues Bonamigo<sup>1</sup>, Stefano Almeida Thofehm<sup>1</sup>, Felipe Lacerda Abrahao<sup>1</sup>, Rogerio de Souza Abrahao<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Cardiologia - Rio Grande do Sul - Brasil

<sup>2</sup> Universidade Luterana do Brasil, Canoas - RS.

## INTRODUÇÃO

A dissecção aguda de aorta (DAA) é considerada a patologia de maior mortalidade entre as síndromes aórticas agudas com início súbito de dor torácica, com predomínio em homens entre 45 a 70 anos de idade. Considerando que a DAA representa uma urgência cardiovascular de alta prevalência, faz-se necessário o diagnóstico rápido e preciso para que seja realizada de forma imediata a intervenção. A DAA consiste na súbita ruptura da camada média da artéria, dissecando uma da outra, criando um espaço denominado de falsa luz.

Por suspeita de DAA foram solicitados Rx de tórax AP, AngioTC de Aorta Torácica e Abdominal, que confirmaram a suspeita da equipe. Foi realizada a aortoplastia ascendente e transversa (Tipo 1) com tubo de Dacron + TVAo com implante de bioprótese (n25), paciente apresentou sangramento de 5000ml necessitando transfusão de hemácias, crioprecipitado, plaqueta e plasma. Após o procedimento verificou-se evolução com despertar difícil e impossibilidade de extubação. Paciente foi mantido internado por mais 5 semanas, até que recebeu alta.

## RELATO DE CASO

Paciente I.A.R, 70 anos, do sexo masculino, procedente de Porto Alegre-RS. Apresentava hipertensão arterial sistêmica não tratada e "bloqueio de ramo cardíaco" em ECG prévio. Encaminhado por queixa de dor torácica que o despertou ao dormir, por volta das 2h15, do tipo em aperto, retroesternal, com irradiação para mandíbula, associada a náuseas. Recebeu AAS e Morfina, em torno das 04h00, estava assintomático. Foram solicitados exames por suspeita de síndrome coronariana aguda. Durante a reavaliação, o paciente apresentou quadro de alteração do nível de consciência transitória, associada a perda de esfíncteres, despertando 10 minutos após com sensação de morte iminente e apresentava forte agitação psicomotora. Apresentou taquicardia de QRS alargado, com frequência cardíaca de 180 bpm, refratária à adenosina. Foi realizada a sedação do paciente para melhor avaliação e por possível necessidade de CVE. Ao exame físico, apresentava sopro cardíaco diastólico e pulsos radiais assimétricos, não apresentando necessidade de CVE.

## DISCUSSÃO

Se tratando de um caso DAA do Tipo 1, a primeira escolha de intervenção é o tratamento cirúrgico. Em casos de DAA o uso de enxertos de pericárdio bovino, por se tratar de um tecido mais flexível e macio, pode ser favorecido como opção de escolha, tendo em vista que facilita as anastomoses em uma aorta fina e friável. Todavia, neste caso, por haver DAA tipo 1, a técnica com a utilização do tubo de Dacron se mostrou a melhor opção de escolha, tendo como vantagem a abordagem por esternotomia, não manipulando a região dissecada, diminuindo o risco de complicações intra-operatórias e sendo possível a realização de forma simultânea do implante de bioprótese. Sendo assim, a técnica extra-anatômica com tubo de Dacron, mesmo em alguns casos de DAA, dependendo da região anatômica afetada, demonstra ser uma técnica segura, menos invasiva, com baixa morbimortalidade e bons resultados a longo prazo.

## REFERÊNCIAS

Acute aortic dissection: pathogenesis, risk factors and diagnosis; Gawinecka Joann, Schönraht Felix, von Eckardstein Arnold. Swiss Med Wkly. 2017;147:w14489. DOI: 10.4414. Acute Aortic Dissection Clinician Update. Alan C. Braverman, MD. 2010 American Heart Association, Inc. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.958975. International Registry of Acute Aortic Dissection Investigators. Contemporary results of surgery in acute type A aortic dissection: The International Registry of Acute Aortic Dissection experience. Trimarchi S, Nienaber CA, Rampoldi V, Myrmet T, Suzuki T, Mehta RH, et al.; J Thorac Cardiovasc Surg. 2005;129(1):112–22. 10.1016/j.jtcvs.2004.09.005.