

## **Dissecção aguda de aorta - aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico**

### **Acute aortic dissection - epidemiological, pathophysiological aspects and therapeutic management**

DOI:10.34117/bjdv9n3-224

Recebimento dos originais: 24/02/2023

Aceitação para publicação: 29/03/2023

#### **Fernanda Marinho de Souza**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

Endereço: Rua Silveira Martins, Nº 2555, Salvador - BA, CEP: 41150-000

E-mail: fernandamarinhorp@hotmail.com

#### **João Vitor Gontijo Araujo**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna (UIT)

Endereço: Rodovia MG 431, Km 45, S/N, Itaúna - MG, CEP: 35680-142

E-mail: jvava1002@gmail.com

#### **Ana Clara Boareto Costa**

Graduada em Medicina pela Instituição Universidade Vale do Rio Doce

Instituição: Unidade Básica de Saúde de Braúnas

Endereço: Rua Maria Izabel Moreira Pinto, 51, Braúnas - MG, CEP: 35169-000

E-mail: anaclaraboareto1@hotmail.com

#### **Bianca Pires Camargos**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Uberaba (UNIUBE)

Endereço: Rua Nenê Sabino, 1801

E-mail: biancacamargos10@gmail.com

#### **Millena Kellen Sousa Carvalho**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina do Vale do Aço (UNIVAÇO)

Endereço: R. João Patrício Araújo, 179, Veneza, Ipatinga - MG, CEP: 35164-251

E-mail: millena0527@gmail.com

#### **Gabriel Pires Calzavara**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG,

CEP: 30130-100

E-mail: gabrielpcalza@gmail.com

**Luísa Gabriela Martins de Oliveira**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Endereço: R. Diogo de Vasconcelos, 122, Pilar, Ouro Preto - MG, CEP: 35402-163

E-mail: luisagmo@hotmail.com

**Jescejeime de Andrade Júnior**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe

Instituição: Prefeitura Municipal de Canindé de São Francisco - SE

Endereço: Rua Galdino Pereira Leite 160, 224, Canindé de São Francisco - SE,

CEP: 49820-000

E-mail: jescejr@icloud.com

**Vitória Novaes Portella**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG,

CEP: 30130-100

E-mail: portellavitoria@gmail.com

**RESUMO**

A dissecação aguda de aorta (DAA) é uma emergência cardíaca de risco de morte elevado, pois tem taxa de mortalidade de 90% anual se não identificada e tratada precocemente. Estima-se que 2,6 a 3,5 casos por 100.000 pessoas sejam diagnosticados ao ano, principalmente em pessoas acima de 75 anos, sendo responsável por 7% das mortes súbitas extra-hospitalares. A identificação e tratamento adequado da doença são importantes para a redução da mortalidade, por isso é essencial discutir esse assunto. A DAA é causada pela degeneração da camada média vascular, resultante de pressão elevada, que leva à fraqueza da parede. Nesse sentido, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) não tratada contribui para o acúmulo de metaloproteinases e citocinas pró-inflamatórias no endotélio, aumentando a probabilidade do quadro; dessa forma, a melhor maneira de prevenir a dissecação é controlar a pressão arterial. Ademais, a dissecação aórtica é uma emergência clínica caracterizada por dor torácica intensa, lacrimante, migratória e de início agudo; os sintomas podem variar dependendo da idade, comorbidades e tipo de dissecação. Para detectar e prever o risco da dissecação aórtica, biomarcadores, como proteínas do músculo liso e metaloproteínas da matriz extracelular, são utilizados. Além disso, exames de imagem, como a tomografia computadorizada (TC), a ressonância nuclear magnética (RNM) e o ecocardiograma transesofágico (ETE), são fundamentais para confirmar o diagnóstico e determinar a parte da aorta afetada, a extensão da dilatação e o tratamento adequado para cada paciente. O tratamento é sempre direcionado ao alívio da dor e controle da hipertensão; a DAA do tipo A de Stanford é uma urgência médica com risco de vida que precisa de cirurgia para prevenir morte, ruptura e regurgitação aórtica. Para o tipo B, a terapia medicamentosa é a opção usual, mas as diretrizes europeias sugerem tratamento endovascular da aorta torácica em casos complicados.

**Palavras-chave:** dissecação de aorta, emergência, dor precordial, hipertensão arterial.

## ABSTRACT

Acute aortic dissection (AAD) is a cardiac emergency with a high risk of death, as it has a 90% annual mortality rate if not identified and treated early. It is estimated that 2.6 to 3.5 cases per 100,000 people are diagnosed per year, mainly in people over 75 years old, accounting for 7% of sudden out-of-hospital deaths. Identification and proper treatment of the disease are important for reducing mortality, so it is essential to discuss this issue. AAD is caused by degeneration of the vascular media resulting from elevated pressure, which leads to wall weakness. In this sense, untreated systemic arterial hypertension (SAH) contributes to the accumulation of metalloproteinases and pro-inflammatory cytokines in the endothelium, increasing the likelihood of the condition; therefore, the best way to prevent dissection is to control blood pressure. Furthermore, aortic dissection is a clinical emergency characterized by intense, watery, migratory chest pain of acute onset; symptoms may vary depending on age, comorbidities, and type of dissection. To detect and predict the risk of aortic dissection, biomarkers such as smooth muscle proteins and extracellular matrix metalloproteins are used. In addition, imaging tests such as computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI) and transesophageal echocardiography (TEE) are essential to confirm the diagnosis and determine the affected part of the aorta, the extent of dilation and the appropriate treatment for each patient. Treatment is always aimed at relieving pain and controlling hypertension; Stanford type A AAD is a life-threatening medical emergency that needs surgery to prevent death, rupture, and aortic regurgitation. For type B, drug therapy is the usual option, but European guidelines suggest endovascular treatment of the thoracic aorta in complicated cases.

**Keywords:** aortic dissection, emergency, precordial pain, arterial hypertension.

## 1 INTRODUÇÃO

A DAA é uma importante e complexa emergência cardíaca, sendo considerada um dos diagnósticos diferenciais de dor torácica. É definida como uma ruptura da camada íntima do vaso, culminando na separação das camadas da parede da aorta com consequente formação de uma falsa luz, levando a manifestação de uma série de sintomas, dentre eles a dor torácica do tipo lancinante. É um quadro raro e de grande letalidade, com uma taxa de mortalidade significativa naqueles pacientes que não são devidamente tratados após início dos sintomas. Pela sua elevada morbimortalidade, deve ser prontamente identificada, a fim de abordar o melhor manejo terapêutico para sua resolução (BALIYAN et al., 2018; WEI et al., 2022).

Dentre a diversidade de sintomatologia que o quadro pode suscitar, tem-se o aparecimento de dor torácica, síncope e até isquemia de órgãos abdominais e membros, os quais também podem estar presentes em outras patologias como infarto agudo do miocárdio (IAM), tromboembolismo pulmonar (TEP) e insuficiência cardíaca (ICC), dificultando o diagnóstico. Ainda em relação à doença, torna-se de extrema necessidade

conhecer e compreender suas diferentes classificações, sendo a de Stanford a mais utilizada nas salas de emergência, a qual divide a dissecação em tipo A e tipo B. Tal conhecimento se faz necessário para posterior abordagem terapêutica, já que essa pode incluir tanto tratamento clínico quanto tratamento cirúrgico (BALIYAN et al., 2018; WEI et al., 2022).

Ademais, o diagnóstico deve se basear na anamnese, exame físico minucioso com seus achados e exames de imagem, sendo a classificação da dissecação o principal objetivo destes. O mais utilizado atualmente é a TC, que tem como vantagens a maior acessibilidade e rapidez, todavia podemos utilizar outros exames conforme disponibilidade no serviço e apresentação clínica do paciente, como o ETE e a RNM. Por último, parte-se para o tratamento que pode ser: clínico e tem por objetivo reduzir a propagação da dissecação por meio da redução da pressão arterial e controle da frequência cardíaca; ou cirúrgico que tem por objetivo diminuir as complicações fatais (BALIYAN et al., 2018; EVANGELISTA et al., 2019; SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020).

## 2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à dissecação aguda de aorta, sobretudo aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico.

## 3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2018 e 2023. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *aortic dissection, acute e management*. Foram encontrados 87 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 16 artigos pertinentes à discussão.

## 4 EPIDEMIOLOGIA

A DAA representa uma emergência médica, com 90% de taxa de mortalidade anual e 40% se identificada precocemente, com aumento de 1% a cada hora que passa quando não há o manejo adequado da doença. Além disso, a incidência dessa patologia é difícil de ser definida, devido à mortalidade pré-hospitalar e falta de diagnóstico

adequado, o que associa-se a sinais e sintomas pouco específicos. No entanto, estima-se cerca de 2,6 a 3,5 casos por 100.000 pessoas ao ano, sendo que 67% dos casos são dissecções do tipo A - Classificação de Stanford - e 33%, do tipo B. Outrossim, a DAA acomete, principalmente, pessoas idosas acima de 75 anos de idade e estima-se que seja a causa de cerca de 7% das mortes súbitas extra-hospitalares (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020; BOSSONE; CARBONE; EAGLE, 2022; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022; ZHOU et al, 2022).

Ademais, homens são mais afetados do que mulheres, apresentando uma incidência de 9,1 casos a cada 100.000 homens, enquanto que, no sexo feminino, há uma incidência de 5.4 a cada 100.000 mulheres. Além disso, outras diferenças estatísticas em relação ao sexo são: mulheres são diagnosticadas 6 a 7 anos mais velhas do que homens; apresentam maior taxa de mortalidade e dão entrada hospitalar mais tardiamente e com pior estado clínico. Na dissecção do tipo A, as mulheres apresentam mais comprometimento de artérias coronárias e derrame pleural, mas menos sintomas neurológicos e de comprometimento de perfusão. Por outro lado, no tipo B não há diferença de gênero na mortalidade intra hospitalar (BOSSONE; CARBONE; EAGLE, 2022; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022).

## 5 FISIOPATOLOGIA

A parede aórtica é constituída por 3 camadas: a adventícia (camada externa), a média e a íntima (camada mais interna). A principal alteração patológica que contribui para o desenvolvimento da DAA é a degeneração da camada média por um aumento de pressão, criando um lúmen falso na parede do vaso. Esse processo é estimulado especialmente por fragmentação das fibras elásticas levando à fraqueza estrutural da parede do vaso, além de acúmulo de proteoglicanos na matriz extracelular (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020; VILACOSTA et al., 2021; ZHOU et al., 2022).

Ademais, a HAS é o principal fator associado à doença, estimando-se que 75-80% dos pacientes apresentem histórico de hipertensão quando diagnosticados com DAA. O papel da tensão da parede do vaso na fisiopatologia é reforçado pela intensa associação entre as comorbidades. Além disso, a HAS pode levar à degeneração aterosclerótica da aorta, contribuir para acúmulo de metaloproteinases da matriz e produção de citocinas pró-inflamatórias, levando à fragilidade da parede. Dados indicam ainda que a HAS não controlada está correlacionada a uma maior incidência de dissecção aguda aórtica e um melhor controle da pressão arterial provavelmente reduziria a chance de desenvolver o

quadro (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022; ZHOU et al., 2022).

Outrossim, a valva aórtica bicúspide é a malformação congênita mais comum na população adulta e representa um fator predisponente para o desenvolvimento de DAA, além de estar associada à clínica mais precoce e agressiva da doença. Outros fatores de risco constituem as doenças do tecido conjuntivo com padrão de herança autossômica dominante, como a Síndrome de Marfan, Síndrome de Loeys-Dietz e Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV. Além disso, vários estudos também identificaram associação significativa da doença aórtica ao tabagismo e dislipidemia (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022; ZHOU et al., 2022).

## 6 CLASSIFICAÇÃO

Existem duas classificações principais para a DAA, sendo estas de suma importância para um diagnóstico mais preciso e um tratamento adequado. A classificação de DeBakey divide os tipos de dissecção com base no local de ruptura e tem como vantagem uma maior precisão na identificação do ponto de origem da lesão. O tipo I envolve a aorta ascendente, arco aórtico e aorta descendente, enquanto o tipo II acomete apenas a aorta ascendente e o tipo III apenas a aorta descendente (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020).

Por outro lado, a classificação de Stanford divide a dissecção aórtica em dois tipos, baseada no envolvimento ou não da aorta ascendente. Sua vantagem principal é categorizar, de maneira objetiva, quais casos requerem intervenção cirúrgica e quais podem ser abordados conservadoramente. O tipo A, que requer cirurgia, inclui todos os casos que acometem a aorta ascendente - equivalente ao DeBakey I e II - e o tipo B, que pode ter abordagem conservadora - exceto se complicado -, inclui todos os casos que acometem apenas a aorta descendente - equivalente ao DeBakey III (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020).

Outrossim, a dissecção também pode ser classificada temporalmente como aguda, subaguda e crônica. De acordo com Hirst et al. e DeBakey et al., o período agudo enquadra-se em até 2 semanas do início dos sintomas, enquanto o crônico ocorre a partir de 2 semanas. Essa classificação temporal tem relevância para predizer o prognóstico dos pacientes e, assim, direcionar o plano terapêutico (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020).

## 7 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sintomas da DAA podem variar e depende da idade, comorbidades e tipo de dissecação. A doença é considerada uma emergência médica e caracteriza-se como uma dor torácica intensa, lacrimante, migratória e de início agudo. A DAA pode ter sintomas inespecíficos, de modo que a clínica pode ser semelhante a do IAM e do TEP (DURAN et al., 2019; WEI et al., 2022; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022).

Outrossim, a DAA pode ser dividida entre A e B - segundo os critérios de Stanford - e os sintomas geralmente sinalizam a localização do acometimento. A dissecação do tipo A apresenta-se como uma dor torácica anterior e pode manifestar-se com síncope; esse cenário tem relação com o aumento da mortalidade e indica a necessidade de intervenção instantânea, uma vez que tem como causa o tamponamento cardíaco e ruptura aórtica, que podem ser fatais. Além disso, as complicações cardíacas ocorrem mais comumente nos pacientes com DAA do tipo A e podem incluir regurgitação aórtica e IAM; ademais, pode ocorrer sintomas neurológicos transitórios, como distúrbio da consciência, variando de sonolência a coma, sendo associado a redução do fluxo de sangue que chega ao cérebro (FUKUI, 2018; SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020).

Por outro lado, a DAA do tipo B pode manifestar-se como dor localizada nas costas ou no abdome, sendo descrita como migratória, o que sugere que os sintomas da dissecação seguem a extensão do acometimento. Outrossim, alguns pacientes apresentam características que são consideradas de alto risco, como sinais de ruptura iminente da artéria, isquemia de órgão, hipertensão refratária, hipotensão e choque cardiogênico (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022).

Além do quadro típico, os pacientes podem apresentar outros sinais e sintomas - decorrentes da hipoperfusão tecidual, já que há perda de sangue para o falso lúmen arterial -, como a paraplegia aguda, dor nos membros inferiores, desconforto gastrointestinal e diminuição do débito urinário. Esses sinais e sintomas da DAA podem tornar o diagnóstico difícil (SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020; WEI et al., 2022).

## 8 DIAGNÓSTICO

### 8.1 EXAMES LABORATORIAIS

Biomarcadores desempenham um papel importante tanto na detecção precoce quanto na previsão do risco de dissecação aórtica. Alguns marcadores celulares, como a cadeia pesada de miosina de músculo liso e a calponina, podem ser detectados no soro periférico devido à liberação desses componentes do músculo liso medial que ocorre

durante a dissecação aórtica. Fragmentos de elastina solúveis e metaloproteinases (MMPs), que são proteínas da matriz extracelular, também são detectadas durante lesão aórtica. Por sua vez, os D-dímeros, que são amplamente utilizados como marcadores de trombose, têm um potencial para refletir estados de coagulopatias dinâmicos induzidos por lesão da parede aórtica (OHLE et al., 2018; SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022).

Outrossim, a proteína C-reativa, um biomarcador inflamatório, também aumenta após a dissecação, o que pode refletir a extensão do dano à aorta e a inflamação sistêmica contínua. A interleucina 6, que é produzida pelo fígado após a estimulação com citocinas, foi associada à gravidade da dissecação e ao tempo decorrido desde o início da dissecação. Além disso, o recém-descoberto biomarcador ST2 (supressor de tumorigenicidade 2) também mostrou seu potencial no diagnóstico de dissecação aórtica, mas novos estudos devem ser realizados para a sua adequada implementação (OHLE et al., 2018; SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022).

## 8.2 EXAMES DE IMAGEM

O uso de exames de imagem na DAA é essencial para fechar o diagnóstico, que tem sua suspeita através da clínica mas necessita da confirmação através de exames complementares; ademais, os exames de imagem também auxiliam na investigação de outros diagnósticos diferenciais da doença. Outrossim, também são importantes para definir qual parte da aorta foi lesada, qual o grau de dilatação da aorta e qual a melhor terapêutica para o paciente. Nesse sentido, atualmente, os 3 principais exames utilizados nesse cenário são a TC, a RNM e o ETE, sendo que esses exames apresentam uma especificidade e sensibilidade semelhantes (ADRIAANS et al., 2019; GRIST; RUBIN, 2019).

A TC é o exame de imagem mais utilizado para diagnóstico pois é um método diagnóstico bem disponível - especialmente em hospitais de emergência - e não é examinador dependente; além disso, permite a visualização de toda a aorta assim como possíveis complicações da DAA. Ademais, o exame sem contraste é capaz de nos fornecer parte das informações necessárias para a condução do caso, mas o uso de contraste é rotineiramente indicado para melhorar a qualidade da imagem e consequentemente a especificidade e sensibilidade do exame (ADRIAANS et al., 2019; DURAN et al., 2019).

Além disso, o ETE é preconizado como o melhor exame de imagem para elucidar o diagnóstico da condição supracitada, devido a facilidade de realização do exame -



realizado à beira leito - e o resultado imediato do mesmo. É um exame excelente, pois consegue analisar a altura da dissecação, o grau de dissecação, o diâmetro da aorta. Todavia, essa técnica tem como principais desvantagens o fato de ser uma técnica semi-invasiva - precisando ser realizada com cuidado em pacientes instáveis hemodinamicamente - e o fato de não conseguir visualizar a parte distal da aorta ascendente (ADRIAANS et al., 2019; EVANGELISTA et al., 2019).

Com relação à RNM, esse exame tem um papel adjuvante no diagnóstico da doença, sendo utilizado majoritariamente em casos de pacientes alérgicos ao contraste da TC e para seguimento de pacientes já tratados da condição, a fim de identificar complicações. A RNM de rápida aquisição pode ser realizada em um contexto de urgência pois consegue reduzir significativamente o tempo de exame do paciente; contudo, o fato de ser um exame mais demorado e menos disponível que os demais continua sendo sua principal desvantagem (DURAN et al., 2019; EVANGELISTA et al., 2019).

## 9 TRATAMENTO

### 9.1 FARMACOLÓGICO

O tratamento da DAA, independente do tipo, seja A ou B, envolve sempre o controle da dor e da hipertensão arterial. Nesse sentido, os betabloqueadores (BB) têm sido a droga de escolha, uma vez que reduzem a pressão arterial e a frequência cardíaca para níveis ótimos, além de reduzirem o risco de isquemia miocárdica. O valor alvo de pressão sistólica na maioria dos pacientes permanece entre 100 e 120 mmHg - embora o valor exato possa variar entre as diversas diretrizes -, enquanto a frequência cardíaca em torno de 50-60 batimentos por minuto manteria o paciente estável. Em casos graves - naqueles em que existe contraindicação ao uso dos BB ou naqueles em que não seja possível alcançar as metas anteriormente citadas -, os vasodilatadores podem ser úteis (FUKUI, 2018; MILEWICZ; RAMIREZ, 2019).

De acordo com Sayed et al., o nitroprussiato também pode ser administrado, entretanto deve-se ter cuidado para que os BB sejam infundidos antes dele para evitar uma liberação reflexa de catecolaminas devido à vasodilatação e, portanto, precipitar aumento das forças de ejeção do ventrículo esquerdo e propagação da dissecação. No que diz respeito ao controle analgésico, os opiáceos são recomendados para aliviar a dor do paciente e, conseqüentemente, reduzir a estimulação simpática, servindo assim para controle dos parâmetros hemodinâmicos (MILEWICZ; RAMIREZ, 2019; SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020).

Outrossim, também deve ser observado que, embora haja alguma evidência para apoiar as metas de frequência cardíaca acima mencionadas, a base de evidências para as metas de pressão arterial é amplamente pobre. Vale ressaltar ainda que, as dissecações do tipo B não complicadas poderiam ser tratadas apenas com manejo medicamentoso/conservador, havendo ainda poucos estudos robustos para comparar a eficácia do tratamento farmacológico com o reparo endovascular em cenários como esse (MILEWICZ; RAMIREZ, 2019; SAYED; MUNIR; BAHBAH, 2020).

## 9.2 CIRÚRGICO

A DAA tipo A é uma condição de risco de vida que necessita de tratamento cirúrgico de emergência. O objetivo é prevenir a morte, a ruptura aórtica e a regurgitação, bem como garantir boa perfusão de órgãos. A técnica de tratamento mais comum é a substituição da aorta ascendente e do hemiarco, juntamente com a suspensão da válvula aórtica. Em casos de distúrbios concomitantes do tecido conjuntivo, recomenda-se a substituição da raiz aórtica por um enxerto de válvula biológica ou mecânica. Em pacientes selecionados com boa anatomia valvar, as operações de raiz aórtica que poupam intervenções nas valvas cardíacas podem ser uma alternativa viável (KHAYAT et al., 2018; MILEWICZ; RAMIREZ, 2019; AHMED et al., 2021; WEI et al., 2022; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022).

Outrossim, apesar de a cirurgia aberta ainda ser o melhor tratamento para a DAA tipo A, há pacientes idosos ou com muitas doenças associadas, para os quais a cirurgia pode ser considerada extremamente arriscada ou ineficaz. Nesse sentido, o tratamento endovascular tem sido preconizado em um número limitado de pessoas que se enquadram nas circunstâncias supracitadas. Ademais, em relação à dissecação do tipo B, comumente a terapia medicamentosa otimizada é a escolha adequada para o manejo do paciente. Todavia, as diretrizes europeias recomendam que, para dissecação aórtica tipo B complicada, o tratamento recomendado é a reparação endovascular da aorta torácica. Vale a pena mencionar que os casos de dissecação aórtica tipo B não complicada também podem se beneficiar do tratamento cirúrgico, pois supostamente poderiam prevenir complicações tardias da aorta; contudo, estes benefícios não foram comprovados na literatura ainda (KHAYAT et al., 2018; AHMED et al., 2021; WEI et al., 2022; YUAN; MITSIS; NIENABER, 2022).

## 10 CONCLUSÃO

Em suma, a DAA é uma condição médica emergente frequentemente mal diagnosticada e com alto risco de vida, que requer intervenção imediata. Para esse fim, ferramentas nas modalidades de imagem desempenham um papel importante na definição do manejo, sendo a combinação de TC e ETE, a melhor estratégia de imagem para diagnosticar, classificar e avaliar adequadamente a DAA atualmente. Quanto ao tratamento, a indicação deve variar com o tipo de dissecação, com o reparo cirúrgico aberto permanecendo de escolha naqueles com dissecação tipo A não complicado e o reparo endovascular como uma alternativa promissora em casos específicos, que promete melhorar os resultados dos pacientes por ser uma técnica menos invasiva, mostrando-se mais eficaz. Ademais, a utilização de BB e nitroprussiato desempenham um papel significativo nos resultados. Assim, é imperativo o acompanhamento minucioso antes que as intervenções possam ser amplamente introduzidas para melhorar o prognóstico e a sobrevida em longo prazo após o procedimento.

**REFERÊNCIAS**

- ADRIAANS, B. P. et al. **Predictive imaging for thoracic aortic dissection and rupture: moving beyond diameters.** *European Radiology*, v. 29, n. 12, p. 6396–6404, 5 jul. 2019.
- AHMED, Y. et al. **Endovascular ascending aortic repair in type A dissection: A systematic review.** *Journal of cardiac surgery*, v. 36, n. 1, p. 268–279, 1 jan. 2021.
- BALIYAN, V. et al. **Acute aortic syndromes and aortic emergencies.** *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, v. 8, n. S1, p. S82–S96, abr. 2018.
- BOSSONE, E.; CARBONE, A.; EAGLE, K. A. **Gender Differences in Acute Aortic Dissection.** *Journal of Personalized Medicine*, v. 12, n. 7, p. 1148, 15 jul. 2022.
- DURAN, E. S. et al. **Computed Tomography Imaging Findings of Acute Aortic Pathologies.** *Cureus*, 30 ago. 2019.
- EVANGELISTA, A. et al. **The current role of echocardiography in acute aortic syndrome.** *Echo Research and Practice*, v. 6, n. 2, p. R53–R63, 6 mar. 2019.
- FUKUI, T. **Management of acute aortic dissection and thoracic aortic rupture.** *Journal of Intensive Care*, v. 6, n. 1, 1 mar. 2018.
- GRIST, T. M.; RUBIN, G. D. **Imaging of Acute Aortic Syndromes.** *Diseases of the Chest, Breast, Heart and Vessels 2019-2022: Diagnostic and Interventional Imaging* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2019
- KHAYAT, M. et al. **Endovascular management of acute aortic dissection.** *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, v. 8, n. Suppl 1, p. S97–S107, 1 abr. 2018.
- MILEWICZ, D. M.; RAMIREZ, F. **Therapies for Thoracic Aortic Aneurysms and Acute Aortic Dissections.** *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, v. 39, n. 2, p. 126–136, fev. 2019.
- OHLE, R. et al. **Clinical Examination for Acute Aortic Dissection: A Systematic Review and Meta-analysis.** *Academic Emergency Medicine*, v. 25, n. 4, p. 397–412, 24 jan. 2018.
- SAYED, A.; MUNIR, M.; BAHBAH, E. I. **Aortic Dissection: A Review of the Pathophysiology, Management & Prospective Advances.** *Current Cardiology Reviews*, v. 16, 14 out. 2020.
- VILACOSTA, I. et al. **Acute Aortic Syndrome Revisited.** *Journal of the American College of Cardiology*, v. 78, n. 21, p. 2106–2125, nov. 2021.
- WEI, L. et al. **Endovascular Repair of the Thoracic Aorta Combined with Drug Therapy in Acute Uncomplicated Type B Aortic Dissection.** *Disease Markers*, v. 2022, p. 3021599, 22 set. 2022.

YUAN, X.; MITSIS, A.; NIENABER, C. A. **Current Understanding of Aortic Dissection.** *Life*, v. 12, n. 10, p. 1606, 14 out. 2022.

ZHOU, Z. et al. **Risk Factors for Thoracic Aortic Dissection.** *Genes*, v. 13, n. 10, p. 1814, 7 out. 2022.