

DISSECÇÃO DE AORTA COM DIAGNÓSTICO TARDIO (14 DIAS): DESAFIOS ANESTÉSICOS – RELATO DE CASO

LATE DIAGNOSIS OF AORTIC DISSECTION (14 DAYS): ANESTHETIC CHALLENGES – CASE REPORT

ESTEVAM BORGES LOPES¹, FELIPE MENDES FARIA¹, MATHEUS SILVA DE OLIVEIRA¹, GABRIEL PEIXOTO DO NASCIMENTO¹, CARLOS BERALDO VIEIRA¹, GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO¹, GIULLIANO GARDENGHI²

1. Centro de Ensino e Treinamento da Clínica de Anestesia (CET - CLIANEST), Goiânia/GO, Brasil.

2. Hospital ENCORE, Aparecida de Goiânia/GO, Brasil.

RESUMO

Introdução: A dissecção aguda da aorta tipo A (DAA-A) é uma emergência cardiovascular de elevada letalidade, cuja mortalidade pode ultrapassar 50% nas primeiras 24 horas sem tratamento. O diagnóstico precoce é determinante para o prognóstico, mas apresentações clínicas atípicas frequentemente retardam a suspeita e a confirmação. **Relato de caso:** Paciente masculino, 80 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, dislipidemia, hepatite C crônica e epilepsia, foi admitido inicialmente em hospital regional com sintomas inespecíficos de náuseas, vômitos e dor abdominal. Durante a internação evoluiu com convulsões e broncoaspiração, recebendo antibioticoterapia empírica. Após 14 dias do início dos sintomas, angiotomografia evidenciou flap em aorta ascendente, compatível com dissecção tipo A, sendo transferido a centro de referência. Submetido a correção cirúrgica, sob anestesia venosa total alvo-controlada, com monitorização multimodal e reposição maciça de hemocomponentes devido à coagulopatia associada. Evoluiu inicialmente estável, com extubação precoce e desmame progressivo de aminas. No sexto dia pós-operatório, apresentou choque séptico por *Pseudomonas aeruginosa*, com falência orgânica progressiva e óbito. **Discussão:** A apresentação atípica da DAA-A, com manifestações gastrointestinais e neurológicas, retardou o diagnóstico. A sobrevivência além de sete dias sem intervenção é incomum e provavelmente relacionada à formação de coágulo que tamponou a falsa luz. O manejo anestésico exigiu indução lenta e titulada, manutenção estável com TIVA-TCI, uso criterioso de vasopressores e correção intensiva da coagulopatia, refletindo a complexidade destes casos. Apesar da correção cirúrgica bem-sucedida, o desfecho foi desfavorável devido a complicação infecciosa tardia, corroborando a alta morbimortalidade descrita na literatura em pacientes idosos com tempo prolongado de circulação extracorpórea. **Conclusão:** Este relato reforça a importância da suspeição clínica precoce em quadros atípicos, do papel fundamental do anestesiológico no manejo hemodinâmico e hemostático, e da necessidade de estratégias individualizadas para otimizar a sobrevivência em dissecções de aorta com diagnóstico tardio.

Palavra chave: Dissecção da aorta, Anestesia, Tamponamento cardíaco, Coagulação sanguínea, Choque séptico.

ABSTRACT

Introduction: Acute type A aortic dissection (ATAAD) is a highly lethal cardiovascular emergency, with mortality exceeding 50% within the first 24 hours if untreated. Early diagnosis is critical for prognosis, yet atypical clinical presentations frequently delay both suspicion and confirmation. **Case report:** An 80-year-old male with a history of systemic arterial hypertension, hypothyroidism, dyslipidemia, chronic hepatitis C, and epilepsy was initially admitted to a regional hospital with nonspecific symptoms of nausea, vomiting, and abdominal pain. During hospitalization, he developed seizures and aspiration, receiving empirical antibiotic therapy. Fourteen days after symptom onset, chest CT angiography revealed an intimal flap in the ascending aorta, consistent with type A dissection, and he was transferred to a referral center. He underwent surgical repair under target-controlled total intravenous anesthesia (TIVA-TCI), with multimodal monitoring and massive transfusion due to associated coagulopathy. Initially, he remained stable, with early extubation and progressive weaning from vasopressors. On postoperative day six, however, he developed septic shock caused by *Pseudomonas aeruginosa*, followed by progressive multiorgan failure and death.

Discussion: The atypical presentation of ATAAD, with gastrointestinal and neurological manifestations, delayed diagnosis. Survival beyond seven days without surgical intervention is uncommon and was likely related to clot formation sealing the false lumen. Anesthetic management required slow, titrated induction, stable maintenance with TIVA-TCI, judicious use of vasopressors, and aggressive correction of coagulopathy, underscoring the complexity of such cases. Despite technically successful surgical repair, the outcome was unfavorable due to late infectious complications, consistent with the high morbidity and mortality reported in elderly patients undergoing prolonged cardiopulmonary bypass. **Conclusion:** This case highlights the importance of early clinical suspicion in atypical presentations, the pivotal role of the anesthesiologist in hemodynamic and hemostatic management, and the need for individualized strategies to optimize survival in cases of type A aortic dissection with delayed diagnosis.

Keywords: Aortic dissection, Anesthesia, Cardiac tamponade, Blood coagulation, Shock septic.

INTRODUÇÃO

A dissecção aguda da aorta tipo A (DAA-A) é uma emergência cardiovascular de rápida progressão e elevada letalidade. Caracteriza-se por uma laceração na camada íntima da aorta, geralmente na porção ascendente, que permite a entrada do sangue na túnica média e a formação de um falso lúmen.¹ Sua incidência varia de 5 a 30 casos por milhão de habitantes ao ano, com mortalidade estimada em 1 a 2% por hora nas primeiras 48 horas se não tratada, podendo atingir 50% nas primeiras 24 horas.^{2,3} A classificação de Stanford é o método mais utilizado para estratificação anatômica, sendo o tipo A definido como aquele que envolve a aorta ascendente, independentemente da extensão distal.⁴

Clinicamente, a DAA-A se manifesta tipicamente com dor torácica súbita, intensa, de caráter lancinante ou em facada, podendo irradiar para dorso, abdome ou membros, dependendo da extensão da dissecção. Muitos pacientes apresentam histórico de hipertensão arterial sistêmica, fator de risco presente em até 80% dos casos. A apresentação pode ser variada e inespecífica, envolvendo desde déficit neurológico súbito, isquemia de membros inferiores, síncope, até sinais de tamponamento cardíaco ou choque. Dada a sobreposição de sintomas com outras emergências cardiovasculares, os principais diagnósticos diferenciais incluem a síndrome coronariana aguda (SCA), embolia pulmonar, acidente vascular cerebral e ruptura de aneurisma. A acurácia diagnóstica depende da suspeição clínica e da utilização precoce de exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada com contraste, considerada padrão-ouro para confirmação da dissecção e definição da extensão do acometimento aórtico.⁵ O diagnóstico precoce é fundamental e pode ser guiado por marcadores laboratoriais como dímero-D, troponina e NT-proBNP, além de imagem por tomografia computadorizada com contraste ou ecocardiografia transesofágica.⁶

Casos de diagnóstico tardio, como o do presente relato, são raros e associados a evolução clínica atípica ou falhas na investigação inicial. A sobrevida além de sete dias sem intervenção é incomum, e a cronificação

parcial pode levar a complicações como ruptura aórtica, insuficiência valvar aórtica, tamponamento cardíaco e síndromes de mal perfusão visceral ou cerebral.^{7,8} O manejo anestésico na DAA-A é complexo, exigindo controle rigoroso da pressão arterial, proteção neurológica e estratégias específicas durante a circulação extracorpórea e parada circulatória, como hipotermia e monitorização da perfusão cerebral.⁹ A presença de coagulopatia de consumo, decorrente do próprio processo de dissecção, é agravada pela circulação extracorpórea, que demanda reposição criteriosa de fatores de coagulação e fibrinogênio.⁵ Adicionalmente, pacientes com dissecção em curso podem apresentar disfunções orgânicas progressivas (renal, respiratória, neurológica), o que torna o planejamento anestésico ainda mais desafiador, especialmente diante de um diagnóstico tardio.^{2,6} Neste contexto, relatamos o caso de um paciente com DAA-A diagnosticada 14 dias após o início dos sintomas, com evolução clínica atípica e um manejo anestésico complexo, destacando as estratégias utilizadas e os desafios enfrentados.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 80 anos, 1,63 m de estatura e 63 kg, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, dislipidemia, hepatite C crônica e epilepsia. Fazia uso contínuo de olmesartana/hidroclorotiazida 40/12,5 mg, anlodipino 5 mg, metoprolol 25 mg, levotiroxina 50 mcg, rosuvastatina 10 mg e levetiracetam XR 500 mg. Não apresentava alergias medicamentosas conhecidas.

O quadro clínico teve início 15 dias antes da internação definitiva, quando o paciente procurou atendimento em hospital da região sudoeste de Goiânia com sintomas inespecíficos, incluindo náuseas, vômitos e dor abdominal difusa. Suspeitou-se inicialmente de infecção do trato urinário ou gastrointestinal, sendo instituído tratamento clínico conservador. Durante a internação, evoluiu com crise convulsiva tônico-clônica generalizada, sendo transferido para unidade de terapia intensiva (UTI), onde permaneceu sob vigilância neurológica e suporte clínico.

Cerca de sete dias após a admissão, houve piora global do quadro clínico, com novo episódio convulsivo e evento de broncoaspiração. Diante do quadro infeccioso respiratório associado, foi introduzida antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e clindamicina. Em virtude da persistência de dor torácica e da evolução para dispneia, optou-se por investigação por angiotomografia de tórax, a qual evidenciou flapping em aorta ascendente, fortemente sugestivo de dissecção aguda de aorta tipo A. O diagnóstico foi confirmado por laudo radiológico oficial, sendo o paciente imediatamente transferido para o Hospital do Coração de Goiás, referência em cirurgia cardíaca de alta complexidade.

Na admissão à unidade de terapia intensiva (UTI) da instituição receptora, o paciente apresentava-se em mau estado geral, embora consciente, orientado, em ventilação espontânea por cateter nasal, com sinais vitais alterados: pressão arterial de 182 × 110 mmHg e frequência cardíaca de 110 bpm. Optou-se por realizar estabilização inicial e programar a cirurgia para a manhã do dia seguinte, em regime de urgência controlada.

No centro cirúrgico, o paciente foi recebido em maca com manta térmica ativa e submetido à monitorização padrão com eletrocardiografia contínua, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Acesso venoso periférico calibroso (16G) foi obtido em membro superior esquerdo sob orientação ultrassonográfica. Realizou-se punção arterial radial direita com cateter 18G para monitorização contínua da pressão arterial invasiva. A avaliação das vias aéreas não foi realizada previamente à indução. O acesso venoso central definitivo foi estabelecido pela equipe cirúrgica. Monitorização adicional incluiu sensores de profundidade anestésica, capnografia e termômetro nasal, inseridos após intubação.

Foi realizada antibioticoprofilaxia com cefuroxima 1,5 g, com reforço intraoperatório de 750 mg. A indução anestésica foi conduzida de forma gradual e hemodinamicamente controlada, com administração de sufentanil

30 mcg, midazolam 15 mg e rocurônio 50 mg. A intubação orotraqueal foi realizada com videolaringoscopia (Cormack-Lehane 2A), com introdução de cânula nº 8,0 mm à primeira tentativa, sem intercorrências. A manutenção anestésica foi realizada com propofol em sistema de infusão alvo-controlada (TIVA-TCI), oxigênio a 2 L/min e bolus intermitentes de rocurônio, midazolam e sufentanil conforme necessidade clínica.

Como adjuvantes intraoperatórios, foram administrados hidrocortisona 500 mg, dexametasona 10 mg, gluconato de cálcio (1 ampola), ácido épsilon aminocaproico 4 g, vitamina C (4 ampolas) e metaraminol sob demanda para suporte pressórico.

Durante o ato cirúrgico, observou-se a presença do pericárdio tamponado (figura 1) e volumoso coágulo na topografia da dissecção (figuras 2 e 3), o qual, segundo a equipe cirúrgica, foi fator determinante para contenção do sangramento e preservação da vida do paciente até sua transferência e correção da dissecção de aorta (figura 4). Procedeu-se à reconstrução da aorta ascendente com uso de circulação extracorpórea (CEC), sendo os tempos de CEC e de pinçamento aórtico de 240 e 149 minutos, respectivamente. O tempo total de cirurgia foi de 8,5 horas.

A diurese intraoperatória totalizou 400 mL, com balanço hídrico positivo de 1662 mL. O balanço sanguíneo estimado foi negativo em 800 mL, sendo realizada reposição com 4 L de solução de Plasma-Lyte®, 7 concentrados

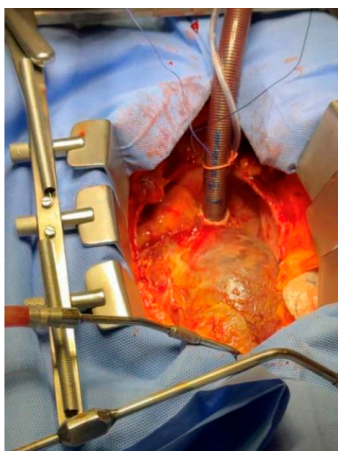


Figura 1. Pericárdio tamponado.

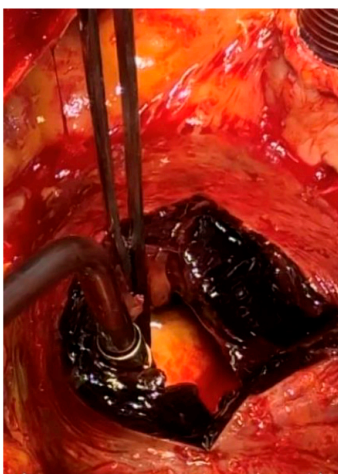


Figura 2. Formação de coágulos próximos a dissecção de aorta.

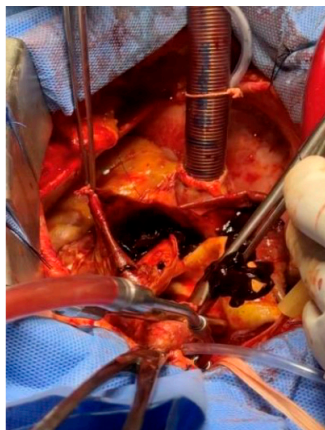


Figura 3. Retirada de coágulos próximos a dissecção de aorta.

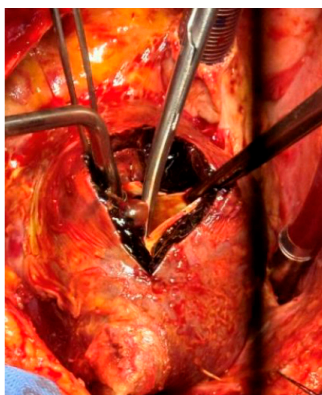


Figura 4. Acesso à aorta dissecada.

de hemácias leucorreduzidas filtradas, 4 unidades de plasma fresco congelado, 9 unidades de crioprecipitado e 1 pool de plaquetas randômicas leucorreduzidas (5 unidades).

Ao término do procedimento, o paciente foi encaminhado intubado à UTI, sob ventilação mecânica assistida e infusão contínua de drogas vasoativas: dobutamina (2,64 mcg/kg/min) e noradrenalina (0,17 mcg/kg/min), com estabilidade hemodinâmica e sedação leve (RASS -1).

O paciente permaneceu intubado por 8,5 horas no pós-operatório imediato, sendo extubado de forma bem-sucedida e gradual, com manutenção das aminas vasoativas e subsequente desmame conforme resposta clínica. Evoluía de forma satisfatória até o sexto dia pós-operatório, quando apresentou quadro de instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência e sinais sugestivos de choque séptico. Foi reintubado e reinstituído suporte clínico intensivo. Culturas subsequentes isolaram *Pseudomonas aeruginosa*, e foi iniciado tratamento antimicrobiano direcionado. Apesar das medidas adotadas, o paciente evoluiu com falência orgânica progressiva e óbito nove dias após a cirurgia.

DISCUSSÃO

A DAA-A configura-se como uma emergência cardiovascular com alta letalidade, cuja sobrevida está intrinse-

camente ligada à rapidez do diagnóstico e da intervenção cirúrgica. A apresentação clínica tardia, observada no caso em questão após 14 dias do início dos sintomas, é um achado raro e atípico. A literatura descreve uma taxa de mortalidade precoce para pacientes não operados que pode atingir 50% nas primeiras 24 horas e ultrapassar 80% em duas semanas, reforçando a excepcionalidade da sobrevivência do paciente neste período.⁹

A manifestação inicial do paciente, que incluiu sintomas gastrointestinais e neurológicos (eventos convulsivos), desviou a atenção diagnóstica de causas cardiovasculares. Este ponto corrobora a vasta literatura que aponta para a apresentação clínica atípica da DAA-A, especialmente em idosos e pacientes com comorbidades, podendo incluir isquemia mesentérica, déficit neurológico focal ou ausência da dor torácica clássica.^{1,9} Nestes cenários, a angiotomografia de tórax e abdômen emerge como ferramenta diagnóstica imprescindível. A incorporação de biomarcadores como o dímero-D e as troponinas, embora úteis na triagem inicial, não substituem a confirmação por imagem.²

A estabilidade hemodinâmica do paciente, mantida por um período prolongado até a intervenção cirúrgica, sugere a formação de um coágulo na falsa luz, atuando como um “tampão” natural que limitou temporariamente a progressão da dissecção. No entanto, tal estabilidade é instável e não elimina a necessidade de correção cirúrgica imediata, dada a iminência de ruptura.⁷

Do ponto de vista anestésico, a abordagem de pacientes com DAA-A representa um desafio significativo. O manejo perioperatório requer cautela extrema para evitar alterações abruptas da pressão arterial que possam agravar a lesão aórtica. A técnica de indução anestésica lenta e titulada, com uso de agentes hipnóticos, opioides potentes e bloqueadores neuromusculares, demonstrou ser eficaz na preservação da estabilidade hemodinâmica no presente caso. A manutenção anestésica por TIVA-TCI com suporte vasopressor demonstrou-se adequada para o controle hemodinâmico e proteção de órgãos-alvo.⁴

A monitorização invasiva e multimodal, incluindo oximetria cerebral, capnografia e monitorização da profundidade anestésica, foi crucial para guiar o manejo hemodinâmico e garantir a perfusão tecidual adequada, especialmente na fase pré- CEC. O uso criterioso de vasopressores, como metaraminol, foi fundamental para manter a pressão arterial em níveis que assegurassem a perfusão de órgãos nobres, como o cérebro e os rins.⁸

A coagulopatia de consumo, um fenômeno fisiopatológico comum na DAA-A, agrava-se com a CEC, exigindo manejo hemostático rigoroso. A exposição do subendotélio aórtico e a ativação plaquetária induzem distúrbios de coagulação que demandam reposição volêmica e de hemocomponentes guiada por parâmetros laboratoriais e clínicos.⁵ No presente caso, a necessidade de transfusão maciça de concentrados de hemácias, plasma, crioprecipitado e plaquetas, além da administração de ácido aminocaproico, sublinha a gravidade do distúrbio hemostático associado.

Apesar da recuperação inicial adequada e da extubação precoce, o paciente evoluiu com choque séptico por *Pseudomonas aeruginosa* no sexto dia pós-operatório, resultando em falência de múltiplos órgãos e óbito. Este desfecho está alinhado com a literatura, que aponta o choque séptico tardio como uma das principais causas de mortalidade intra-hospitalar após correção cirúrgica da DAA-A.² Fatores como idade avançada e o tempo prolongado de CEC podem ter contribuído para a morbimortalidade no pós-operatório.

CONCLUSÃO

O presente caso destaca a importância da alta suspeição clínica para o diagnóstico de DAA-A em quadros atípicos e tardios. O relato reforça o papel estratégico do anestesiológico em todas as fases do cuidado perioperatório, enfatizando a necessidade de planejamento individualizado, monitorização rigorosa e uma abordagem dinâmica para mitigar riscos e otimizar a sobrevivência do paciente em uma condição tão desafiadora.

REFERÊNCIAS

1. Grasty MA, Lawrence K. Advances and Innovation in Acute Type A Aortic Dissection. *J Clin Med*. 2024 Dec 20;13(24):7794.
2. Askari B, Rahimi B, Masudi S, Mohammadian S, Askari K, Hajizadeh R. Factors associated with in-hospital mortality and morbidity of patients with dissection of aorta type A, undergoing repair surgery. *Turk J Vasc Surg*. 2024;33(1):26–32.
3. Harky A, Mason S, Othman A, Shaw M, Nawaytou O, Harrington D, Kuduvalli M, Field M. Outcomes of acute type A aortic dissection repair: Daytime versus nighttime. *JTCVS Open*. 2021 May 5;7:12–20.
4. Gukop P, Chandrasekaran V. Principles for Management of Intraoperative Acute Type A Aortic Dissection. *AORTA (Stamford)*. 2015 Dec 1;3(6):191–194.
5. Liu Y, Han L, Li J, Gong M, Zhang H, Guan X. Consumption coagulopathy in acute aortic dissection: principles of management. *J Cardiothorac Surg*. 2017 Jun 12;12(1):50.
6. Song R, Xu N, Luo L, Zhang T, Duan H. Diagnostic Value of Aortic Dissection Risk Score, Coagulation Function, and Laboratory Indexes in Acute Aortic Dissection. *Biomed Res Int*. 2022 Apr 19;2022:7447230.
7. Cabasa A, Pochettino A. Surgical management and outcomes of type A dissection—the Mayo Clinic experience. *Ann Cardiothorac Surg*. 2016 Jul;5(4):296–309.
8. Cai H, Shao Y, Li ZH, Liu XY, Zhao XZ, Li CY, Ran HY, Zhou RQ, Shi HM, Shuangling S, Duan CZ, Wu QC, Zhang C. Prognostic prediction of long-term survival in patients with type A aortic dissection undergoing surgical repair: development of a novel prognostic index. *BMC Cardiovasc Disord*. 2025 Feb 13;25(1):99.
9. Nappi F, Gambardella I, Singh SSA, Salsano A, Santini F, Spadaccio C, Biancari F, Dominguez J, Fiore A. Survival following acute type A aortic dissection: a multicenter study. *J Thorac Dis*. 2023 Dec 30;15(12):6604–6622.

ENDEREÇO CORRESPONDÊNCIA

GIULLIANO GARDENGHI

CET – CLIANEST, R. T-32, 279 - St. Bueno, Goiânia - GO, Brasil.

E-mail: coordenacao.cientifica@ceafi.edu.br

EDITORIA E REVISÃO

Editores chefes

Waldemar Naves do Amaral - <http://lattes.cnpq.br/4092560599116579> - <https://orcid.org/0000-0002-0824-1138>

Nílzio Antônio da Silva - <http://lattes.cnpq.br/1780564621664455> - <https://orcid.org/0000-0002-6133-0498>

Autores

ESTEVAM BORGES LOPES - <http://lattes.cnpq.br/5104171664385663> - <https://orcid.org/0009-0009-5137-5922>

FELIPE MENDES FARIA - <http://lattes.cnpq.br/7891778400395141> - <https://orcid.org/0000-0003-1498-906X>

MATHEUS SILVA DE OLIVEIRA - <http://lattes.cnpq.br/9334250949525813> - <https://orcid.org/0000-0002-9936-1556>

GABRIEL PEIXOTO DO NASCIMENTO - <http://lattes.cnpq.br/1553201526937403> - <https://orcid.org/0000-0002-6607-7110>

CARLOS BERALDO VIEIRA - <http://lattes.cnpq.br/8487587257688669> - <https://orcid.org/0009-0004-5164-1550>

GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO - <http://lattes.cnpq.br/4765163399934337> - <https://orcid.org/0000-0003-2113-8757>

GIULLIANO GARDENGHI - <http://lattes.cnpq.br/1292197954351954> - <https://orcid.org/0000-0002-8763-561X>

Revisão Bibliotecária - Izabella Goulart

Revisão Ortográfica: Dario Alvares

Tradução: Soledad Montalbetti

Recebido: 19/11/25. Aceito: 03/12/25. Publicado em: 15/01/26.