

COMENTÁRIO EDITORIAL



Dissecção de aorta: exemplo de modelo de desenvolvimento histórico do manejo que faz diferença nos resultados do tratamento

Renato A. K. Kalil*

INTRODUÇÃO

Neste artigo, que inaugura a série de marcos históricos da Cardiologia pelo JACC, está apresentada a experiência de um dos centros de referência no tratamento da dissecção aguda da aorta, a Universidade de Stanford. (1)

A evolução do tratamento e o progresso nos resultados tiveram importantes contribuições deste e de outros centros internacionais. Nas últimas duas décadas, teve papel importante também, entre outros eventos, o Simpósio Bianual de Aorta de Nova Iorque, onde os dados tem sido consolidados e discutidos, contribuindo decisivamente para a padronização da cirurgia da dissecção aguda da aorta e redução da mortalidade.

SUMÁRIO DO ARTIGO

A primeira contribuição de Stanford foi a classificação das dissecções agudas em Tipos A e B, juntando no Tipo A os Tipos I e II da prévia classificação de DeBakey (1). Teve o objetivo prático de indicar a conduta imediata. Naquelas dissecções que envolvem a aorta ascendente (Tipo A), a intervenção deve ser imediata, enquanto nas demais, sem envolvimento dela (Tipo B), somente se deveria intervir no caso de haver complicações maiores ou de risco.

Além da classificação, os autores destacam alguns conhecimentos adquiridos e que contribuíram para melhoria dos resultados, como citamos a seguir.

No primeiro atendimento, “a melhor conscientização dos médicos”, ou seja, o alerta para o diagnóstico pre-

coce e o encaminhamento rápido, ao lado da disponibilidade mais recente de exames de imagem precisos, como o ecocardiograma e a tomografia computadorizada, ambos realizados, ou à beira do leito ou expeditamente em poucos minutos, possibilitam o encaminhamento seguro do tratamento. Esta habilidade evita a dispersão de outras investigações, que agravariam o prognóstico pelo retardo. Podemos acrescentar aqui o melhor tratamento clínico inicial, com a manutenção de hipotensão controlada, alívio da dor, monitorização completa dos parâmetros vitais e observação das comorbidades, como de extrema importância no manejo pré-intervenção.

Já na tática cirúrgica e técnicas operatórias, os autores citam a evolução para ressecção mais agressiva da parte envolvida do arco aórtico, seja com reparo de hemiarco ou com substituição completa do mesmo, como fatores associados a menos complicações pós-operatórias e reintervenções. Citam a recuperação da “raiz” da aorta, com troca valvar ou com preservação da valva aórtica, de acordo com a condição geral do caso, da patologia da lesão encontrada e da preferência do cirurgião, como fator decisivo para melhor desempenho pós-operatório. Estas técnicas, que são de domínio dos cirurgiões treinados e da sua prática rotineira, se empregadas na dissecção podem contribuir para maior sobrevida imediata e tardia.

Ainda na tática cirúrgica, a escolha do sítio de canulação (2) para estabelecer a circulação extracorpórea tem grande influência no resultado. A canulação da artéria femoral cedeu espaço, na rotina, para o acesso da artéria axilar ou subclávia, eventualmente da artéria carótida ou mesmo a canulação direta da aorta ascen-

* Professor Titular de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); Professor Emérito do Programa de Pós-Graduação em Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

dente e indução de hipotermia profunda e parada circulatória. Proteção cerebral durante a parada circulatória hipotérmica é hoje melhor entendida, obtendo-se bons resultados em níveis menos intensos de hipotermia, como a 24 – 28°C, podendo associar perfusão de baixo fluxo anterógrada ou retrógrada.

Entre as medidas em que o centro de Stanford progrediu e recomenda está o que chamou de “system of care”, algo a se tentar espelhar em outros países, que compreende estabelecer um centro terciário de referência para receber os pacientes da região com suspeita de dissecação aguda da aorta, para seu tratamento imediato. No caso de Stanford, o paciente é levado diretamente à sala de cirurgia ou à sala híbrida, onde é feita a indução anestésica e a confirmação diagnóstica por ecocardiograma transesofágico, procedendo-se de imediato à correção cirúrgica. A sala híbrida permite a complementação diagnóstica por imagens e complementação terapêutica por tratamento endovascular (3) da aorta descendente e outros ramos arteriais. Protocolo complexo, mas viável como exemplo para outros centros.

IMPLICAÇÕES PARA PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

A adoção das medidas citadas de diagnóstico e tratamento resultaram em redução significativa da mortalidade em 30 dias e em 1 ano p.o., bem como na redução do número de reintervenções sobre a aorta.

Os centros do Brasil e dos países de língua portuguesa tem acompanhado esses progressos e viram, da mesma forma, a queda no risco cirúrgico e a melhor sobrevida tardia, pela aplicação dos princípios advindos dessas experiências (4, 5).

Muitos centros de referência em cirurgia cardiovascular adotam estas condutas ou variantes delas, de acordo com as condições locais. Por outro lado, exceto pelo direcionamento imediato a uma sala híbrida e complementação diagnóstica nessa própria sala, as demais medidas são de conhecimento e possível aplicação, sendo realmente praticadas nos hospitais que dispõem de equipes de cirurgia cardiovascular. As técnicas e táticas cirúrgicas são familiares aos grupos cirúrgicos e os médicos-residentes terminam seu treinamento tendo contato com muitos casos de dissecação aórtica.

Entretanto, muitas vezes essas habilidades estão isoladas e subutilizadas na prática diária. A adoção de um sistema de atendimento que envolva os setores de emergência, diagnóstico por imagem, intensivistas, anesthesiologistas, cirurgiões e toda a equipe de saúde, alertas para a possibilidade de diagnóstico célere e tratamento, certamente pode contribuir para salvar muitos desses pacientes em nossos países.

CONCLUSÕES

Este artigo-marco resume os principais progressos no diagnóstico e manejo da dissecação aguda da aorta tipo A na Universidade de Stanford. A agilidade e precisão associadas a progressos nas habilidades táticas e técnicas, ao lado da integração das equipes em todo um sistema de cuidados, contribuiu para a redução da mortalidade imediata, das complicações a médio prazo e para a maior sobrevida tardia. A experiência deste centro, como as de outros líderes na área de cirurgia da aorta, contribui para o melhor entendimento dessa grave afecção e a disseminação do conhecimento em nível internacional tem influenciado no treinamento e na melhoria dos resultados em outros países.

REFERÊNCIAS

1. Zhu Y, Lingala B, Baiocchi M, Tao JJ, Toro Arana V, Khoo JW, Williams KM, Traboulsi AA, Hammond HC, Lee AM, Hiesinger W, Boyd J, Oyer PE, Stinson EB, Reitz BA, Mitchell RS, Miller DC, Fischbein MP, Woo YJ. Type A **Aortic Dissection**-Experience Over 5 Decades: **JACC** Historical Breakthroughs in Perspective. **J Am Coll Cardiol**. 2020 ;76:1703-1713.
2. Daily P, Trueblood HW, Stinson EB, Wuerflein RD, Shumway NE. Management of acute aortic dissections. **Ann Thorac Surg** 1970; 10: 237-47
3. Fabri, HA; Cunha CRS, Carizzi, DMP. Abordagem supraclavicular da artéria subclávia direita para estabelecimento de circulação extracorpórea nas doenças da aorta **Braz J Cardiovasc Surg** 2002; 17: 201-7
4. Dias RR, Duncan JA, Vianna DS, Faria LB, Fernandes F, Ramirez FJ, Mady C, Jatene FB. Surgical treatment of complex aneurysms and thoracic aortic dissections with the Frozen Elephant Trunk technique. **Braz J Cardiovasc Surg** 2015; 30: 205 - 10
5. Pereira AH. Hematoma intramural e úlcera penetrante da aorta: incertezas e controvérsias. **Jornal Vascular Brasileiro** 2019;18 elocation e20180119. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.180119>
6. Prieto D, Antunes MJ. Acute aortic dissection. **Rev Port Cardiol**. 2005 Apr;24(4):583-604.