

SEPARATA CIENTÍFICA

6ª SEPARATA - EDIÇÃO N. 17- AGOSTO 2020

TEMAS EM REVISÃO

Fibrilhação auricular: uma abordagem pré-hospitalar "descomplicada"

Teresa Faria da Mota, Rui Candeias, Jorge Mimoso, Ilídio de Jesus

Abordagem das hemoptises em ambiente pré-hospitalar

Ana Fernandes, Tânia Marques

HOT TOPIC

Abordagem inicial da vítima de traumatismo craniano em Hospitais com recursos limitados

Rui Pedro Cunha

RUBRICA PEDIÁTRICA

Choque séptico em Pediatria: identificação precoce e abordagem inicial

Sofia Baptista

CASO CLÍNICO

AVC isquémico como forma de apresentação de dissecção aórtica

Noelia Carrillo-Alfonso; Catarina Monteiro



Contactos:

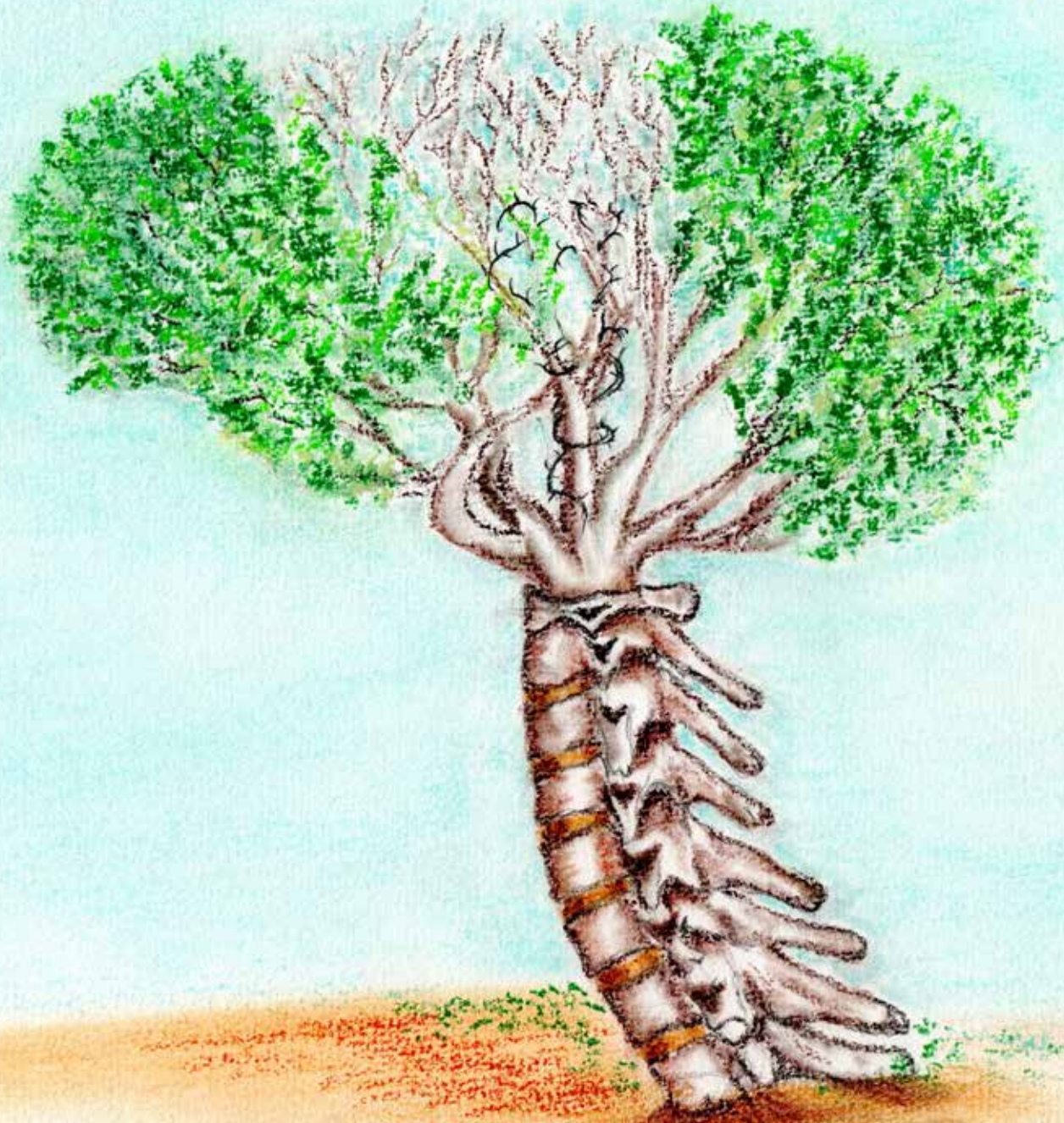
www.chalgarve.min-saude.pt/lifesaving

issuu.com/lifesaving

lifesavingonline.com

facebook.com/revistalifesaving

facebook.com/vmerdfaro



18

CASO CLÍNICO 1

AVC ISQUÉMICO COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DISSECÇÃO AÓRTICA

Noelia Carrillo-Alfonso ^{1,2}; Catarina Monteiro ^{1,2}

¹ Serviço de Anestesiologia, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

² Médica VMER Faro e Albufeira

RESUMO

A Dissecção Aórtica é uma patologia rara associada a uma alta taxa de mortalidade. Pode apresentar-se como uma miríade de manifestações clínicas dependendo dos ramos aórticos envolvidos. Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino com Dissecção da Aorta Ascendente e Descendente, envolvendo também a Artéria Carotídea direita na sua porção extra-craniana. Desta dissecção resultou um Acidente Vascular Cerebral Isquémico acompanhado de dor dorso-lombar com sinais de hiperactividade simpática exuberantes. Reforça-se com este caso a importância de manter altos níveis de suspeição para etiologias raras de Acidentes Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Aortic Dissection is a rare condition with a high mortality rate. It can present with a myriad of clinical manifestations depending on the involvement of aortic branches. We describe the case of a male patient with Ascending and Descending Aorta Dissection, also involving the Right Carotid Artery in its extra-cranial portion. This dissection resulted in an ischemic stroke accompanied by dorsal-lumbar pain with signs of exuberant sympathetic hyperactivity. This case reinforces the importance of maintaining high levels of suspicion for rare causes of cerebrovascular accidents.

CASO CLÍNICO

Activação P1 da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) Albufeira por indivíduo do sexo masculino, com cerca de 60 anos, nacionalidade alemã com dor retroesternal irradiada para o pescoço.

À chegada da equipa da VMER, doente do sexo masculino, 68 anos, antecedentes prévios de hepatocarcinoma submetido a intervenção cirúrgica em 2019, Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico sem sequelas em 2013 e Hipertensão Arterial (HTA) controlada, a realizar Lercanidipina e Aspirina 100 mg como medicação habitual. Sem dor torácica à apresentação, referindo dor dorso-lombar intensa de início súbito na última hora. Na inspeção: doente deitado no chão, agitado, pálido, suado, nauseado e com rubor marcado da hemiface esquerda com palidez da hemiface direita. Avaliação inicial sem alterações, sem ruídos adventícios à auscultação, tempo de reperfusão capilar no membro superior esquerdo (MSE) <2 segundos, neurologicamente com Glasgow Coma Scale 14/15, disartria, desvio da comissura labial esquerda e hemiplegia esquerda.

Na avaliação de sinais vitais, dificuldade na avaliação de oximetria no



Figura 1 - Dissecção Aórtica da Aorta Ascendente e Descendente

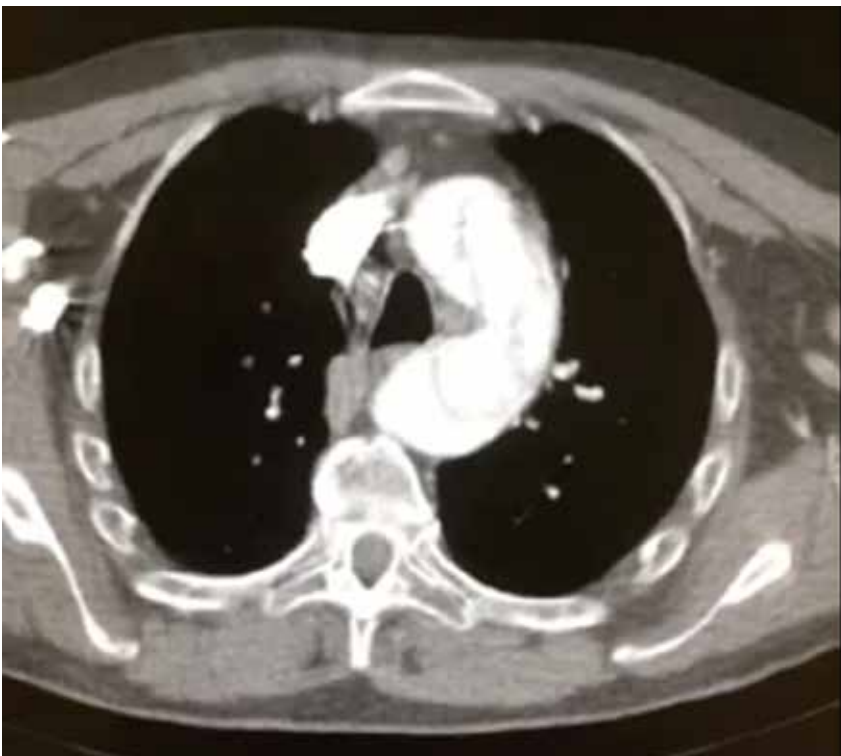


Figura 2 - Dissecção Aórtica a nível do Arco Aórtico

membro superior direito (MSD), com medição de SatO₂ 98% no MSE em ar ambiente, frequência cardíaca 58 bpm e tensão arterial 205/82 mmHg no MSE. Electrocardiograma em ritmo sinusal e sem critérios de isquémia aguda. Transmitido ao Centro de Orientação do Doente Urgente (CODU) hipótese diagnóstica de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico com ativação de Via Verde AVC. Administrado Ondansetron 4 mg e Fentanil 0,05 mg EV para controlo de náuseas e analgesia, respetivamente.

Pela manutenção da dor dorso-lombar intensa com sinais de hiperatividade simpática e discrepância entre a palidez da hemiface direita e ruborização da hemiface esquerda, coloca-se a hipótese de alterações na vascularização arterial destes territórios por dissecção aórtica. Na avaliação secundária realça-se assimetria dos pulsos radiais, com diminuição à direita, tensão arterial de 153/63 mmHg medido no MSE e 126/86 mmHg medida no membro superior direito, com pulsos femorais palpáveis e simétricos. Após administração de analgesia eficaz com fentanil 0,75 mg é realizada nova passagem de dados para o CODU a informar da hipótese diagnóstica de AVC isquémico por Dissecção da Aorta Ascendente.

Transporte realizado minimizando movimentos abruptos e variações bruscas de velocidade, tendo decorrido sem intercorrências. À chegada à sala de emergência presença de Médico responsável da Sala de Emergência e Via Verde AVC. Exame neurológico pormenorizado revela sonolência mas despertável à estimulação verbal, disartria, com parésia facial central esquerda major, anisocoria esquerda, olhar preferen-

cial à direita, hemiplegia e hemihipostesia esquerda, reflexo cutâneo-plantar em extensão à esquerda, marcha e Romberg não testados. Com score *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) de 15/42. Realização de TAC-CE com administração de contraste dirigido aos vasos do pescoço, que identifica “presença de Dissecção da aorta Tipo A da classificação de Stanford, estendendo-se desde da raiz da aorta até ao nível da aorta abdominal acima da emergência das artérias renais. Não visualizável progressão da dissecção para os vasos supra-aórticos ou principais ramos abdominais, contudo sem opacificação da artéria carótida comum direita. Opacificação tanto do verdadeiro como do falso lúmen”.


Diagnóstico final de Dissecção da Aorta Ascendente e Descendente, com dissecção Carotídea direita extra-craniana.

Discutido caso clínico com centro de referência de Cirurgia Cardio-Torácica e Cirurgia Vascular. Tendo em consideração o risco cirúrgico elevado com alta taxa de mortalidade associada à intervenção optou-se por tratamento conservador com perfusão de labetolol e opióide, para controlo tensional e de sintomas, respectivamente. A família foi informada do prognóstico reservado e da decisão de não reanimar em caso de paragem cardio-respiratória. O caso clínico evoluiu desfavoravelmente com dissecção da aorta abdominal e das artérias renais, com lesão renal aguda com anúria e discrasia hemorrágica. Óbito verificado 36 horas após o início do quadro.

DISCUSSÃO

A dissecção aórtica é uma patologia rara associada a uma alta taxa de mortalidade. É mais comum nos indivíduos do sexo masculino na sétima década de vida e com antecedentes pessoais de HTA¹. Outros fatores de risco são o tabagismo, a obesidade e as doenças do tecido conjuntivo. Existe concordância entre muitos dos fatores de risco desta patologia e do AVC Isquémico. A dissecção aórtica pode apresentar-se como uma miríade de manifestações clínicas dependendo dos ramos aórticos envolvidos, sendo que o mais comum é o início de dor torácica, abdominal ou interescapular severa e abrupta². A classificação de Stanford distingue dois tipos: Tipo A, mais frequente e severa, envolvendo a aorta ascendente e que requer tratamento cirúrgico emergente para sobrevivência, e a Tipo B, que afeta a aorta descendente.

A Dissecção Aórtica é uma causa infrequente de AVC isquémico, estando descritos raros casos caracterizados por início de sintomatologia neurológica^{1,2,3}. Este caso documenta uma apresentação invulgar desta entidade nosológica, demonstrando a importância de altos níveis de suspeição para a Dissecção Aórtica.

No diagnóstico diferencial de AVC isquémico deverão ser consideradas causas menos prováveis e associadas a uma alta taxa de mortalidade como esta, em que o diagnóstico precoce se torna essencial para melhoria na sobrevida dos doentes. Pese embora neste caso clínico tal não tenha resultado em melhoria de outcome, a descrição deste caso é importante para que esta hipótese diagnóstica seja considerada como diagnóstico diferencial 

BIBLIOGRAFIA

1. S. Muñiz Castrillo; B. Oyangueren Rodeño, E. de Antonio Sanz, M. González Salaices; Ischaemic stroke secondary to aortic dissection: A diagnostic challenge; *Neurologia, Letter to the editor*. DOI: 10.1016/j.nrleng.2016.02.014
2. E. W. Lee, N. Jourabchi, I. S. C. Sauk, 1,3 and D. Lanum; “An Extensive Stanford Type A Aortic Dissection Involving Bilateral Carotid and Iliac Arteries”; *Case Reports in Radiology*; 2013; <https://doi.org/10.1155/2013/607012>
3. Basnet S, Mainali NR, Tharu B, Dhital R, Poudel DR. An extensive chronic aortic dissection presenting with acute embolic stroke. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2017;7(5):314-317. Published 2017 Oct 18. doi:10.1080/20009666.2017.1379854

EDITOR (ES)
Noélia Alfonso /
Revisores Comissão Científica