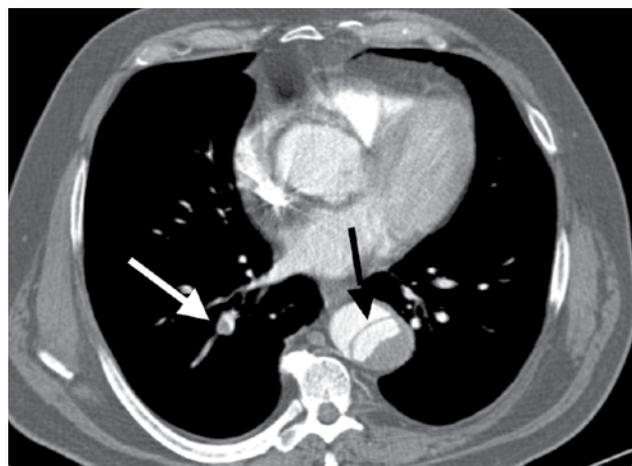


O desafio da dor torácica

The challenge of chest pain

Filipa Rebelo, Ana Batista, Elisabete Pinelo, Paulo Subtil

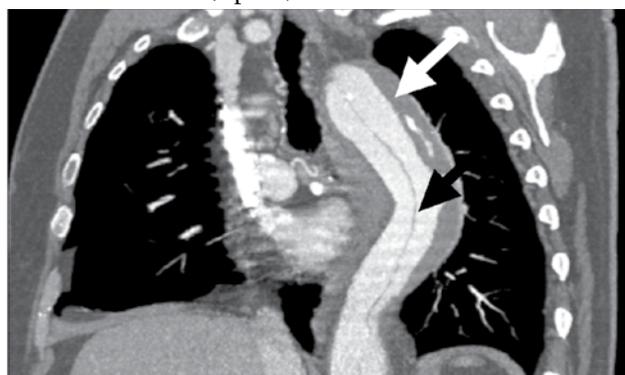
Os autores apresentam e discutem o caso de um doente de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, insuficiência venosa periférica, e diagnóstico recente de “tromboflebite” do membro inferior direito em tratamento com enoxaparina há 2 semanas, que recorre ao Serviço de Urgência por dor torácica retro-esternal e irradiação dorsal, de início súbito, desencadeada com esforço e alívio parcial com o repouso, com cerca de 24 horas de evolução. Objectivamente, encontrava-se polipneico, com Sat.O₂ de 95%, TA 145/104 mmHg, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, e varizes exuberantes nos membros inferiores. O electrocardiograma apenas evidenciava critérios de hipertrofia ventricular esquerda, e na gasimetria arterial evidenciava-se hipoxemia com hipocapnia. O perfil analítico cardíaco foi negativo e os D-Dímeros de 11,4 ng/mL (N: <0,5). Dada a suspeita de embolia pulmonar realizou angio-TAC que mostrou sinais de trombo-embolismo pulmonar,



Trombo-embolismo nas artérias segmentares (seta em branco), Flap íntima-media (seta preta).

FIG. 1

com lesões endoluminais compatíveis com trombos nas artérias segmentares de ambos os lobos inferiores (seta branca, Fig. 1) e **dissecção da aorta**, posterior à artéria subclávia (tipo B) com extensão até à saída das



Falso lúmen (seta em branco). Verdadeiro lúmen da aorta (seta em preto).

FIG. 2

artérias renais (Fig. 2), que condicionou a transferência do doente para serviço de cirurgia cardio-torácica de outro hospital, onde foi submetido a colocação de endo-prótese aórtica.

A dissecção da aorta é uma entidade clínica com elevada mortalidade, e o diagnóstico precoce depende de uma forte suspeição. Existe uma relação bem estabelecida com a hipertensão arterial, e a dor torácica aparece em mais de 90% dos doentes, confundindo-se em 30% dos casos com a síndrome coronária aguda ou trombo-embolismo pulmonar.^{1,2}

O diagnóstico confirma-se por imagem, com a presença do *flap* íntima-media (seta preta Fig.1) e do falso lúmen (seta branca Fig.2).

Este caso tem como singularidade a presença concomitante de duas entidades clínicas, a dissecção da aorta e o trombo-embolismo, sendo o quadro súbito explicado pela dissecção da aorta. ■

Bibliografia

1. Erbel R, Alfonso F, Boileau C et al, Diagnosis and management of aortic dissection. *Eur Heart J* 2001; 22:1642.
2. Prieto D, Antunes, Manuel J, Dissecção Aguda da Aorta, *Rev Port Cardiol* 2005; 24(4): 583-604.

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro – Hospital de São Pedro, Vila Real

Recebido para publicação a 08.06.11

Aceite para publicação a 18.09.11