



## Imagem em medicina

# Dor epigástrica como apresentação de dissecação aórtica

## *Epigastric pain as a presentation of aortic dissection*

**Juan Carlos Perdomo Puentes**

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal



Juan Carlos Perdomo Puentes

juampuentes@gmail.com

**Editado por:**

Marcelo Moraes Valença

A dissecação aórtica (DA) é uma condição grave e degenerativa que afeta a camada média da aorta, caracterizada por uma separação na camada íntima. Isso permite o fluxo de sangue para dentro de um falso canal formado pelas camadas interna e externa da média (1). A classificação da DA divide-se em dois tipos principais: tipo A, que envolve a aorta ascendente, e tipo B, que não a inclui (2).

Relatamos o caso de um paciente de 54 anos com histórico de hipertensão arterial e tabagismo (117/UMA). O paciente foi admitido no serviço de urgência com dor epigástrica aguda, acompanhada de sudorese intensa, e de início abrupto após esforço físico. No exame físico, o paciente encontrava-se consciente, com pressão arterial de 180/78 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm, saturação de oxigênio de 85% e sinais de cianose. Na auscultação cardíaca, os sons estavam hipofonéticos. O exame abdominal revelou defesa epigástrica, enquanto os pulsos arteriais estavam palpáveis e simétricos.

O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal sem supra de ST-T nas derivações de V1 a V4. A Angio-TC torácica e abdominal revelou a presença de um "flap" na íntima, estendendo-se da origem da artéria subclávia esquerda até a bifurcação aórtica, alcançando também a artéria ilíaca comum direita. Esses achados são compatíveis com DA tipo B (figura 1).



Figura 1. Angio-TC torácica e abdominal revelou a presença de um "flap" na íntima, estendendo-se da origem da artéria subclávia esquerda até a bifurcação aórtica, alcançando também a artéria íliaca comum direita.

Observou-se que o verdadeiro lúmen estava permeável em toda a extensão da aorta, enquanto o falso lúmen apresentava fluxo lento e era apenas parcialmente permeável abaixo da transição toraco-abdominal (figura 2).

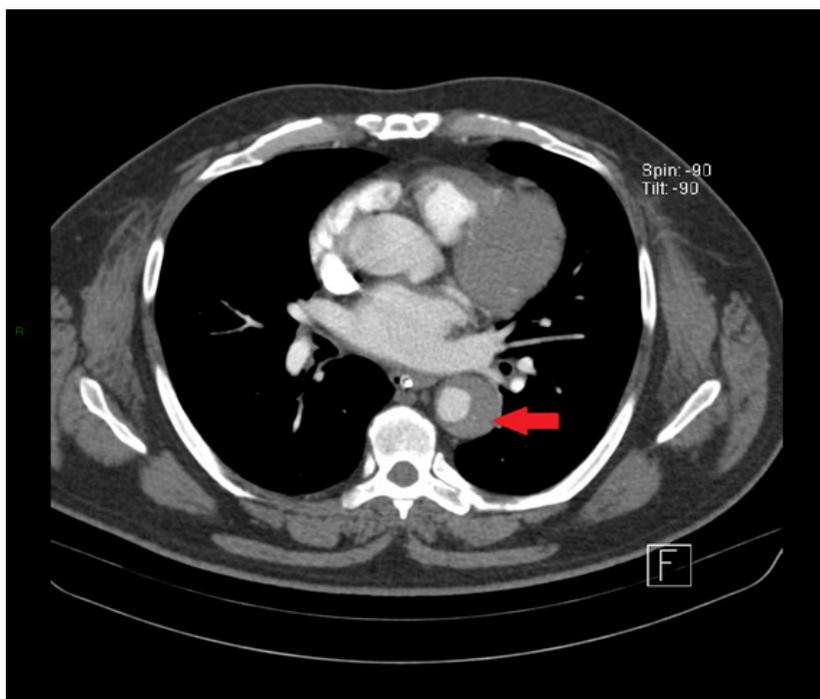


Figura 2. Verdadeiro lúmen permeável em toda a extensão da aorta, enquanto o falso lúmen apresenta fluxo lento e parcialmente permeável abaixo da transição toraco-abdominal.

O ecocardiograma transtorácico confirmou o falso lúmen trombosado e o verdadeiro lúmen com pequeno calibre, reforçando o diagnóstico. O tratamento inicial incluiu o uso de Labetalol para controle da pressão arterial, Dinitrato de Isossorbida para alívio da isquemia e Morfina para analgesia.

A DA é uma doença rara, mas potencialmente fatal, cuja abordagem terapêutica depende do tipo e da extensão da dissecação. A literatura demonstra que a mortalidade em cinco anos entre pacientes tratados com terapêutica endovascular versus terapia exclusivamente médica não apresenta diferença estatisticamente significativa (11,1% vs. 19,3%) (3). Esses dados reforçam a importância de individualizar o tratamento, considerando fatores como a estabilidade hemodinâmica e a presença de complicações.

A dor epigástrica, frequentemente relacionada a distúrbios gastrointestinais, destacou-se neste caso como uma manifestação inicial de uma dissecação aórtica tipo B, uma condição cardiovascular grave e potencialmente fatal. Essa apresentação atípica ressalta a importância de um alto índice de suspeita clínica, especialmente diante de sintomas inespecíficos em pacientes com fatores de risco cardiovascular.

A associação entre a dor epigástrica aguda, o histórico do doente e os achados da A Angio-TC torácica e abdominal foi determinante para o diagnóstico precoce e a implementação imediata do tratamento adequado. Este caso reforça a necessidade de uma abordagem diagnóstica abrangente e criteriosa em casos de dor abdominal, sobretudo em pacientes com hipertensão arterial, tabagismo ou outras condições predisponentes. Embora menos frequente que a dissecação aórtica tipo A, a tipo B carrega riscos significativos de complicações e mortalidade se não diagnosticada e tratada em tempo hábil. Este caso demonstra a relevância de incluir a dissecação aórtica no diagnóstico diferencial de dor torácica ou abdominal, mesmo na ausência de sinais clássicos, como dor migratória ou síncope.

Em suma, a dor epigástrica pode ser um indicativo crucial de dissecação aórtica quando avaliada em conjunto com fatores de risco e exames complementares. A colaboração entre cardiologistas, radiologistas e cirurgiões vasculares é essencial para um diagnóstico precoce e uma intervenção eficaz, contribuindo para a redução da morbimortalidade associada a essa condição.

## Referências

1. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, Bersin RM, Carr VF, Casey DE, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease. *Circulation* 2010;121. Doi:10.1161/CIR.0b013e3181d4739e.
2. Goldfinger JZ, Halperin JL, Marin ML, Stewart AS, Eagle KA, Fuster V. Thoracic Aortic Aneurysm and Dissection. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:1725–39. Doi:10.1016/j.jacc.2014.08.025.
3. Nienaber CA, Kische S, Rousseau H, Eggebrecht H, Rehders TC, Kundt G, et al. Endovascular Repair of Type B Aortic Dissection. *Circ Cardiovasc Interv* 2013;6:407–16. Doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.113.000463.

---

Juan Carlos Perdomo Puentes  
<https://orcid.org/0000-0001-7829-1782>

**Financiamento:** Esta publicação não recebeu nenhuma bolsa específica de qualquer agência de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

**Conflito de Interesses:** O autor declara não haver conflito de interesses.