

DISSECÇÃO AÓRTICA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Aortic Dissection: diagnosis and treatment

RIBEIRO, Raul Aguiar *
 BENATTI, Cristiane Scaff **
 FERNANDES, Fabio ****
 FERNANDEZ, Celso Lopez ***
 MARINELLI, Cesar Milton ***
 MARUYAMA, Ricardo Ono ***
 RIBEIRO, Gustavo Aguiar ***
 TAKATU, Marcos Eduardo ***

RIBEIRO, R.A. et al. Dissecção Aórtica: Diagnóstico e Tratamento. *Arq. med. ABC*, 14(2): 59-63, 1991.

Resumo: Poucas doenças são mais dramáticas no seu início, mais fulminantes no seu curso ou mais rapidamente fatais que a dissecção aórtica aguda. No entanto, se o diagnóstico correto for precoce e a terapêutica adequada instituída imediatamente, as chances de sobrevivência são cada vez maiores.

Unitermos: Aneurisma dissecante, diagnóstico e tratamento.

1. INTRODUÇÃO

A dissecção aórtica, embora conhecida há mais de 200 anos (41), tem sido desmistificada nas últimas quatro décadas, passando de simples curiosidade de necropsia para uma das doenças que mais desafiam a Medicina nos dias atuais.

A dissecção é a mais comum entidade clínica catastrófica aguda que acomete a aorta, sendo uma vez e meia mais frequente que o aneurisma verdadeiro da aorta abdominal roto, e pelo menos quatro vezes mais comum que o aneurisma verdadeiro torácico roto. (51).

Poucas doenças exigem tão pronto reconhecimento pelo médico e tão meticulosa terapia quanto a dissecção aguda da aorta (DAA).

Na últimas três décadas, progressos no tratamento clínico e cirúrgico mudaram o prognóstico dos pacientes; não obstante, para o tratamento ser eficaz, requer-se diagnóstico precoce e preciso (11).

2. CLASSIFICAÇÃO

Arbitrariamente, convencionou-se chamar de dissecção aguda quando o diagnóstico é feito até 14 dias do início dos sintomas, e dissecção crônica após a segunda semana. Essa classificação enfatiza o fato do prognóstico ser melhor quando o paciente sobrevive à fase aguda da doença, motivo pelo qual é aceita universalmente (17, 33, 39, 45).

O primeiro sistema de classificação da dissecção aórtica, e o mais difundido, foi proposto por De Backey, Cooley e Creech em 1955 (16), e era baseado em critérios anatomo-cirúrgicos.

Os autores definiram três tipos de dissecção aórtica, de acordo com o local da rotura primária da íntima e a extensão da dissecção. Nos tipos I e II, a rotura primária da íntima localizava-se na aorta ascendente, sendo que no tipo II, a dissecção ficava confinada à aorta ascendente e, no tipo I, propagava-se através da aorta, podendo atingir a croça, a descendente e a abdominal. No tipo III, a rotura primária estava localizada na aorta descendente, geralmente no istmo aórtico, logo após a origem da artéria subclávia esquerda, podendo a dissecção propagar-se proximal ou distalmente.

Em 1970, Daily et al (13) da Universidade Stanford, propuseram um sistema de classificação baseado em critérios clínicos, denominando tipo A a dissecção em que há comprometimento da aorta ascendente, podendo o arco e a aorta descendente estarem ou não comprometidos, e de tipo B quando a aorta ascendente não está comprometida.

Esse sistema de classificação é muito mais racional, pois do ponto de vista das complicações e do tratamento, o que importa é o fato da aorta ascendente estar ou não comprometida pelo processo de dissecção.

3. QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

3.1. Dados Epidemiológicos

3.1.1. Sexo: A dissecção aórtica é mais comum entre homens que entre mulheres. Dados de literatura mostram prevalência de 2:1, até 6:1 (1,39,47).

3.1.2. Idade: A incidência da DA é maior na sexta e sétima décadas de vida, sendo que o tipo A, ocorre predominantemente em pacientes mais jovens, geralmente associados a fatores congênitos predisponentes, e o tipo B, em pacientes mais idosos (10,15,29,47,48,49).

3.1.3. Raça: Hirst et al não encontraram predileção da dissecção aórtica para determinada raça. Wheat et al (56) encontraram incidência maior na raça negra, e atribuíram ao

* Chefe do Serviço de Cardiologia do Instituto de Moléstias Cardiovasculares (IMC) de São José do Rio Preto.

** Acadêmica do 3º ano da Faculdade de Medicina da USP.

*** Acadêmicos do 5º ano da Faculdade de Medicina do ABC.

**** Acadêmico do 5º ano da Faculdade de Medicina da USP.

fato da hipertensão arterial sistêmica incidir mais em negros.

3.1.4. Hipertensão Arterial Sistêmica: Diagnosticada clinicamente, seja pelo exame clínico à admissão, seja por sinais eletrocardiográficos, ocorre globalmente em mais de 2/3 dos casos. A hipertensão arterial sistêmica está presente em mais da metade dos pacientes com dissecção aórtica tipo A e em quase todos os pacientes tipo B (14,15,21,31,36,49,52).

3.2. Sintomas e Sinais

O sintoma mais comum é a dor (6,15,18,19,27,48,49), presente em 90% dos casos. A dor é súbita e de intensidade insuportável, principalmente no início. A dor é descrita pelos pacientes como "rasgando" ou "dilacerando", qualidade esta que é particularmente apropriada para se suspeitar de dissecção aguda da aorta. (38)

Outra característica da dor é a sua tendência em migrar do local da origem seguindo o trajeto da dissecção, o que ocorre em 3/4 dos casos (6,48,49). A localização da dor pode sugerir o local da dissecção (15); assim, a dor referida na face anterior do tórax é a mais freqüente nas dissecções do tipo A, e a dor referida especificamente na região inter-escapular é patognomônica do tipo B. (49)

Manifestações vagas podem ocorrer, como: sudorese, náuseas e vômitos (31,48).

Do ponto de vista do exame físico, a dissecção aguda da aorta pode apresentar-se sob a forma de síndromes variadas, relacionadas com o tipo de complicação causada pela progressão do hematoma e que incluem: síncope, choque periférico, infarto cerebral isquêmico, insuficiência cardíaca aguda, hipertensão pulmonar, paraplegia flácida, insuficiência arterial periférica (3,21).

3.3. Laboratório Clínico

O laboratório clínico não é de valia no diagnóstico de DAA (29,31,48). Podem ocorrer anemia e leucocitose discretas. Elevação dos níveis de bilirrubinas e desidrogenase láctica ocorre eventualmente, devido à hemólise dentro da falsa luz (2).

3.4. Eletrocardiograma

O eletrocardiograma é útil, pode-se dizer, no sentido negativo, isto é, deixando de mostrar sinais sugestivos de infarto agudo do miocárdio (6,37).

3.5. Radiografia Simples de Tórax

A radiografia simples de tórax deve ser obtida, sempre que possível, em posição ântero-posterior, perfil, oblíqua anterior esquerda; sendo que em mais de 90% dos pacientes é anormal (28,49,50).

Os sinais radiográficos relacionados à aorta são: contorno aórtico irregular (20); saliência localizada no contorno da aorta proximal, sugerindo o local de início da dissecção (20); separação maior que 10 mm entre uma eventual calcificação da íntima e o bordo externo do botão aórtico, considerado como

sinal altamente sugestivo de dissecção aórtica (4,5,20); disparidade de calibre entre aorta ascendente e aorta descendente (5,20,32).

Outros sinais radiográficos não relacionados à silhueta aórtica são: alargamento do mediastino superior por dilatação da aorta ou sangramento do mediastino (20,30,53); alterações do espaço pleural por extravasamento de sangue, mais comum à esquerda (20,30,53); silhueta cardíaca anormal, determinada por: cardiomegalia (37), efusão pericárdica (30,37), deslocamento da traquéia, esôfago e da linha para-espinhal esquerda (22,32).

3.6. Ecocardiograma

A ecodopplercardiografia e a ultrassonografia duplex scan da aorta torácica e abdominal vêm sendo utilizadas desde 1968 para o diagnóstico da DA (26). Os achados ecocardiográficos descritos por vários autores (9,25,40,42,43) estão na tabela I. O derrame pericárdico e a regurgitação aórtica, quando presentes, podem significar complicação grave e devem ser cuidadosamente avaliados.

Os critérios propostos inicialmente para o módulo M foram sendo modificados pela introdução de novas técnicas, até atingirmos o mapeamento do fluxo a cores e a incidência transesofágica (7,8).

3.7. Tomografia Computadorizada

Os sinais tomográficos sugestivos de DA são: identificação de flap íntimal, velocidade de fluxo diferente na luz verdadeira e na falsa luz, demonstração nítida das duas luzes, aumento do calibre da aorta, descolamento da calcificação da túnica íntima (34).

Como sinais indiretos temos: a detecção do sangue na pleura, mediastino, pericárdio, retroperitônio e em cavidade retroperitoneal (24).

3.8. Ressonância Magnética

A ressonância magnética parece ser o mais sensível método de diagnóstico não invasivo para identificar a rotura inicial, a extensão da dissecção e o envolvimento dos ramos aórticos, como também sobre o grau de regurgitação aórtica e dinâmica do ventrículo esquerdo (23).

3.9. Aortografia

A aortografia é o método diagnóstico definitivo para DAA (48,49). O grau de certeza do aortografia no diagnóstico da dissecção aórtica varia de 95 a 99% (48,49).

A primeira injeção de contraste é feita com o catéter posicionado na raiz da aorta, com a finalidade de se localizar a rotura da íntima e avaliar o estado da valva aórtica e dos óstios coronarianos. Os sinais diretos são: flap da íntima (local de rotura primária da íntima), dupla luz (4,5,50,55). Os sinais indiretos são: compressão da luz verdadeira pela falsa luz distendida (5,50), luz falsa em fundo cego (56), anormalidades dos ramos aórticos (4,5,50), imagem do nicho ulceroso representado por material de contraste (54).

4. ESCOLHA DO MÉTODO DIAGNÓSTICO

Existem sete itens de informações que devem ser pesquisados nos exames complementares de diagnóstico quando se suspeita de DAA. A tabela II (2) enumera esses itens, relacionando cada um com a sensibilidade dos outros métodos complementares de diagnósticos.

5. TRATAMENTO

A terapêutica da dissecção aguda da aorta é direcionada no sentido de se evitar a progressão da dissecção, uma vez que as complicações fatais não são devido à rotura da íntima em si, mas ao curso subsequente tomado pelo hematoma dissecante (2).

Os pontos fundamentais do tratamento inicial são: 1. eliminação da dor; 2. redução da pressão arterial sistêmica e 3. redução da força de contração e da velocidade de ejeção do ventrículo esquerdo (44,46,57).

1. *eliminação da dor*: o alívio da dor dificilmente é obtido apenas com o uso de analgésicos, mesmo potentes, como a morfina e a meperidina; todavia, estas drogas devem ser usadas no sentido de minorar o desconforto do paciente (2).

2. *Redução da pressão arterial sistêmica*: a pressão arterial sistólica deve ser reduzida a 100 ou 120 mmHg, ou níveis mais baixos, desde que compatíveis com a perfusão de órgãos vitais (2,57). Atualmente a droga mais eficaz para a redução da pressão arterial sistêmica é o nitroprussiato de sódio. O nitroprussiato deve ser usado até que outras drogas anti-hipertensivas possam ser administradas por via oral. Deve-se diluir 50 mg em 250 ml de soro glicosado a 5% e iniciar a infusão com 25 microgramas por minuto até obter pressão arterial sistólica de 100 a 120 mmHg (2).

3. *Redução da força de contração e da velocidade de ejeção do ventrículo esquerdo -dP/dT*: deve-se administrar agente betabloqueador, pois a instituição da terapêutica anti-hipertensiva, freqüentemente leva à taquicardia reflexa, com aumento do débito cardíaco, o que potencialmente pode agravar e acclerar a dissecção. A escolha de preferência é o propranolol intravenoso como agente inotrópico negativo (2). Utiliza-se 1 mg injetado lentamente em 1 minuto, e repetido a cada 5 minutos (2). Posterior à dose de ataque, a ação betabloqueadora pode ser mantida com doses subsequentes de propranolol a cada duas, quatro e seis horas. Tão logo quanto possível, a administração da droga deve ser passada para a via oral (2).

Quando existir contra-indicação para o uso do propranolol ou o nitroprussiato de sódio for mal tolerado, existem duas drogas que podem ser utilizadas. Uma dessas drogas é o trimetafan, agente bloqueador ganglionar, com potente ação anti-hipertensiva e inotrópica negativa. Deve-se ressaltar os efeitos colaterais e rápida taquifilaxia (57). Outra droga é a reserpina, de 1 a 2 mg intra-muscular a cada 4 ou 6 horas (2).

Uma vez instituída a terapêutica farmacológica e estabilizados os sinais vitais, o paciente com DAA deve ser submetido à aortografia (46,55). O momento ideal para se submeter o paciente à aortografia é um ponto controverso; assim, enquanto autores (18,46,56) realizam o exame precocemente, isto é, logo que o quadro clínico se estabilize outros (55) propõem a aortografia após 4 a 9 dias.

Após o diagnóstico definitivo pela aortografia, o paciente é submetido ao tratamento definitivo.

Na dissecção aguda da aorta tipo A, é consenso entre os autores que o paciente deva ser submetido ao tratamento cirúrgico definitivo pela própria história natural da doença, pois, a cada momento, a progressão de uma dissecção proximal é de consequência potencialmente catastrófica (16,17,33,35,46,53,55).

No tratamento da DAA tipo B, os pacientes tendem a ser mais idosos, geralmente portadores de doenças crônicas, sendo que a quase totalidade é portadora de hipertensão arterial sistêmica não tratada e de longa duração (14,15). Por outro lado, na DAA tipo B, as complicações, quando ocorrem são mais tardias, menos freqüentes e menos graves, de maneira que o tratamento clínico definitivo tem-se mostrado eficaz nesse grupo de pacientes. A literatura mostra mortalidade hospitalar abaixo de 20% nos pacientes tipo B tratados clinicamente (12,14,15,35,44,53,55). Por esses motivos, inúmeros autores consideram o tratamento clínico definitivo como o de escolha para a DAA tipo B, a não ser que ocorram complicações tais que requeiram tratamento cirúrgico imediato.

Os pacientes que sofreram DAA devem receber tratamento farmacológico indefinidamente, no sentido de controlar a pressão arterial e freqüência cardíaca, seja no tratamento clínico, quanto no cirúrgico.

TABELA 1

Sinais ecocardiográficos de dissecção aguda de aorta e percentagem de aparecimento, de acordo com o tipo de dissecção.

Achados	Tipo A (%)	Tipo B (%)
• Visualização do flap íntimo	89	77
• Diâmetro da aorta proximal maior que 42 mm	89	—
• Dupla luz aórtica, sendo espessura da parede anterior maior que 16 mm ou da parede posterior maior que 10 mm	11	23
• Derrame pericárdico	50	—
• Regurgitação aórtica	61	31

TABELA 2

Comparação dos métodos de diagnóstico em relação à sensibilidade

Ítems de informação	AORTO	TC	ECO	RM
1. Diagnóstico da dissecção	+++	+++	+++	+++
2. Extensão da dissecção	+++	++	++	++
3. Local da rotura íntima	+++	+	+	++
4. Regurgitação aórtica	+++	0	+++	+
5. Ramos aórticos envolvidos	+++	+	0	++
6. Trombose do falso canal	+++	++	+	++
7. Derrame pericárdico/pleural	+	+++	+++	+++

0 = mau, + = regular, ++ = bom, +++ = excelente

RIBEIRO, R.A. et al. Aortic Dissection: Diagnosis and Treatment. *Arq. med. ABC*, 14(2): 59-63, 1991.

Abstract: Not many diseases are so dramatic at the beginning, so fulminant during its course and rapidly lethal than the acute aortic dissection. Nevertheless, a precoce diagnosis and a correct therapy make its possibilities of surviving increase.

Key words: Aneurism dissecting, diagnosis, treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANAGNOSTOPOULOS, C.E.; PRABHAKAR, M.J.S.; KITTLE, C.F. Aortic dissecting aneurysms. *Am. J. Cardiol.*, 30:263-73, 1972.
2. ANACLETO, J.C.; SANCHES, R.R.P. Aortic dissection. *Monografia, mimiografia*, 1990.
3. BAERIS,; BOSDBURGH, H.L. The varied clinical syndromes produced by dissecting aneurism. *Am. Heart, J.*, 35: 198-211, 1948.
4. BARON, M.G. Dissecting aneurysm of the aorta. *Circulation*, 43:933-43, 1971.
5. BEACHLEY, M.C.; RANNIGER, K.; ROTH, F.S. Roentgenographic evaluation of dissecting aneurysms of the aorta. *A.J.R.*, 121:167-25, 1974.
6. BECKWITH, J.R.; MULLER, W.H.; WARREN, W.D.; WOOD, J.E. Acute dissecting aneurysm of the aorta. *Arch. In. Med.*, 104:217-25, 1959.
7. BORNER, N.; ERBEL, R.; BRAUN, B.; HELKEL, B.; MEYER, J.; RUMPELT, J. Diagnosis of aortic dissection by transesophageal echocardiography. *Am. J. Cardiol.*, 54:1157-8, 1984.
8. BORST, H.G.; FRANK, G.; SCHARPS, D. Treatment of extensive aortic aneurysms by a new multiple stage approach. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 95:11-3, 1988.
9. BROW, O.R.; POPP, R.L.; KLOSTER, F.E. Echocardiographic criteria for aortic root dissection. *Am. J. Cardiol.*, 36:17-20, 1975.
10. CARLSON, R.G.; LILLEHEI, C.W.; EDWARDS, J.E. Cytic medial necrosis of the ascending aorta in relation to age and hypertension. *A. J. Cardiol.*, 25:411-5, 1970.
11. COOKE, J.P.; SAFFORD, R.E. Progress in the diagnosis and management of aortic dissection. *Mayo Clin. Proc.*, 61:147-53, 1986.
12. CRAWFORD, S.E.; WALKER, H.S.J.; SALER, S.A.; NORMANN, N.A. Graft replacement of aneurysm in descending thoracic aorta: results without bypass or shuntong. *Surgery*, 89:73-85, 1981.
13. DAILY, P.O.; TRUEBLOOD, H.W.; STINSON, E.B.; WUERFLEIN, R.D.; SHUMWAY, N.E. Management of acute aortic dissections. *Ann. Thorac. Surg.*, 10:237-47, 1970.
14. DALEN, J.E.; ALPERT, J.S.; COHN, L.H.; BLACK, H.; COLLINS, J.J. Dissection of surgical therapy. *Am. J. Cardiology*, 34:803-8, 1974.
15. DALEN, J.E.; PAPE, L.A.; CHON, L.H.; KOSTER, J.K. COLLINS Jr., J.J. Dissection of the aorta: pathogenesis, diagnosis and treatment. *Prog. Cardiovasc. Dis.*, 23:237-45,
16. BEBAKEY, M.E.; HENLY, W.S.; COOLEY, D.A.; MORRIS, G.C.; GRAWFORD, E.S.; BEALL, A.C. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 49:130-49, 1965.
17. DOW, J.; ROEBUCK, E.J.; COLE, F. Dissecting aneurysm of the aorta. *Br. F. Radiol.*, 39:915-27, 1966.
18. EAGLE, K.A.; DESANCTIS, R.W. Aortic dissection. *Curr. Probl. Cardiol.*, 14:230-78, 1989.
19. EARNEST, F.; MUHN, J.R.; SHEEDY, P.F. Roentgenographic findings in thoracic aortic dissection. *Mayo Clin. Proc.*, 54:43-50, 1979.
20. ERB, B.D.; TULLIS, F. Dissecting aneurysm of the aorta: the clinical features of thirty autopsied cases. *Circulation*, 22:315-25, 1960.
21. FIGIEL, S.J.; FIGIEL, L.S.; RUSH, D.K. Changes in the linear thoracic paraspinal shadow due to para-aortic hemorrhage: a new sign of dissecting aortic aneurysm. *Dis. Ches.*, 49:379-83, 1966.
22. GEISINGER, M.A.; RISIUS, B.; O'DONNELL, J.A.; ZELCH, M.G.; MOODIE, D.S.; GRAOR, R.A.; GEORGE, C.R. Thoracic aortic dissections: magnetic resonance imaging. *Radiology*, 155:407-12, 1985.
23. GODWIN, J.D.; HERFKENS, R.L.; SKIOLDEBRAND, C.G.; FEDERLE, M.P.; LIPTON, M.J. Evaluation of dissections and aneurysms of the thoracic aorta by conventional and dynamic CT Scanning. *Radiology*, 136:125-33, 1980.
24. GRANATO, J.E.; DEE, P.; GIBSON, R.S. Utility of two-dimensional echocardiography in suspected ascending aortic dissection. *Am. J. Cardiol.*, 56:123-9, 1985.
25. GRAMIAK, R.; SHAH, P.M. Echocardiography of the aortic root. *Invest. Radiol.*, 3:356-66, 1968.
26. HARRIS, M. Dissecting aneurysm of the aorta due to giant cell arteritis. *Br. Heart J.*, 30:840-4, 1968.
27. HEMLEÝ, S.D.; KANICK, V.; KITTREDGE, R.D.; FINBY, N. Dissection aneurysm of the thoracic aorta: their angiographic demonstration. *Am. J. Roentgenol.*, 91:1263-82, 1964.
28. HIRST Jr., A.E.; JOHNS Jr., V.J.; KIME, S.W. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine*, 37:217-79, 1958.
29. HOLESCH, D. Dissecting aneurysm of the aorta. *Br. J. Radiol.*, 33:302-10, 1960.
30. HUME, D.M.; PORTER, R.R. Acute dissecting aortic aneurysm. *Surg.*, 53:122-54, 1963.
31. ITZCHAK, Y.; ROSENTHAL, T.; ADAR, R.; RUBISNTEIN, Z.J.; LIEBERMAN, Y.; DEUTSCH, V. Dissecting aneurysm of the thoracic aorta: reappraisal of radiologic diagnosis. *A.J.R.*, 125:559-70, 1975.
32. KIDD, J.N.; REUL, G.J.; COOLEY, D.A.; SANDIFORD, F.M.; KIGER, R.; WUKASCH, D.C. Surgical treatment of aneurysms of the ascending aorta. *Circulation*, 54(3):118-22, 1976.
33. IARDÉ, D.; BELLOIR, C.; VASILE, N.; FRIJA, J.; FERRANE, J. Computed tomography of aortic dessection. *Radiology*, 136:147-51, 1980.
34. LEÃO, L.E.V.; OTA, L.H.; CAMPOS Fe., O.; BLECHER, S.; SUCCI, J.E.; ANDRADE, J.C.S.; GODOY, M.F.; BUFFOLO, E.; BURIHAN, E.; GALLUCI, C. Dissecções aórticas agudas: Revisão da experiência e padronização da conduta. *Arq. Bras. Cardiol.*, (Supl. I)+326-33, 1979.
35. LEONARD, J.C.; HASLETON, P.S. Dissection aortic aneurysm: a clinicopathological study. *Quart. J. Med.*, 48:55-76.
36. LEVISON, D.C.; EDMANDES, D.T.; GRIFFITH, G.C. Dissecting aneurysm of the aorta: its clinical, electrocardiography and laboratory and features: report of 58 autopsied cases. *Circulation*, 1:360-87, 1950.
37. LINDSAY, J. Aortic dissection. In: LINDSAY, J.; HURST, J.W. *The aorta*. New York, Grune & Stratton, 1979. p.239-62.
38. LINDSAY, J.; HURST, J.W. Clinical feaures and prognosis in dissecting aneurysm of the aorta. A reappraisal. *Circulation*, 35:880-8, 1967.
39. MATHEW, T.; NANDA, N.C. Two-dimensional and doppler achocardiographic evaluation of aortic aneurysm and dissection. *Am. J. Cardiol.*, 54:379-85, 1984.
40. MORGANDI, G.B. apud HIRST, A.E.; JOHNS, V.J.; KIME Jr., S.W. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine*, 37:217-79, 1958.
41. NANDA, N.C. Aortic valve. In: NANDA, N.C. *Atlas of color doppler echocardiography*. Philadelphia, Lea e Febiger, 1989. p.115-6.
42. NICHOLSON, W.J.; COOBS, B.W. Echocardiographic oscillating flap in aortic root dissecting aneurysm. *Chest*, 70:305-7, 1976.
43. PALMER, R.F.; WHEAT, M.W. Treatmet of dissecting aneurysm of the aorta. *Ann. Thorac. Surg.*, 4:38-52, 1967.
44. REUL Jr., G.J.; COOLEY, D.A.; HALLMAN, G.L.; REDDY, S.B.; KYGER, E.R.; WUKASCH, D.C. Dissecting aneurysm of the aorta: improved surgical results in 91 patients. *Arch. Surg.*, 110:632-40, 1975.
45. SAMPAIO, F.A.F.; VILA, J.H.; MELO, R.F.A.; BITTENCOURT, D.; SOUZA, M.C.; GALIANO, N.; MACRUZ, R.; ZERBINI, E.J. Dissecção aguda da aorta. Seguimento imediato e tardio de pacientes submetidos a tratamento clínico e cirúrgico. *Arq. Bras. Cardiol.*, 45:385-7, 1985.
46. SHENNAN, T. apud HIRST, A.E.; JOHNS, V.J.; KIME Jr., S.W. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine*, 37:217-79, 1958.

47. SLATER, E.E. Aortic dissection: presentation and diagnosis. In: DOROGHAZI, R.M.; SLATER, E.E. *Aortic dissection*. New York, McGraw Hill, 1983. p.61-70.
48. SLATER, E.E.; DESANCTICS, R.W. The clinical recognition of dissecting aortic aneurysm. *Am. J. Me.*, 60:625-33, 1976.
49. SMITH, D.C.; JANG, G.C. Radiological diagnosis of aortic dissection. In: DOROGHAZI, R.M.; SLATER, E.E. *Aortic dissection*. New York, McGraw Hill, 1983. p.71-132.
50. SORENSON, H.R.; OLSEN, H. Ruptured and dissecting aneurysm of the aorta: incidence and prospects of surgery. *Acta. Chir, Scand.*, 128:644-50, 1964.
51. SPITTELL Jr., J.A. Hypertension and arterial aneurysm. *J. Am. Cardiol.*, 1:533-40, 1983.
52. STRONG, W.W.; MOGGIO, R.A.; STANSEL Jr., H.C. Acute aortic dissection: twelve-year medical and surgical experience. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 68:815-21, 1974.
53. TISNADO, J.; CHO, S.R.; BEACHLEY, M.C.; VINES, F.S. Ulcerlike projections: A precursor angiographic sign to thoracic aortic dissection. *A.J.R.*, 135:719-22, 1980.
54. VECHT, J.; BERTERMAN, E.M.M.; BROMLEY, L.L.; EASTCOTTH, G.H. Acute Dissecting of the aorta: longterm review and management. *Lancet*: 109-11, Jan, 1980.
55. WHEAT Jr., M.W. Acute dissecting aneurysm of the aorta diagnosis and treatment. *Am. Heart J.*, 99:373-87, 1980.
56. WHEAT Jr., M.W. Intensive drug therapy. In: DOROGHAZI, M.; SLATER, E. *Aortic dissection*. New York, McGraw Hill, 1983. p. 165-91.
57. WHEAT Jr., M.W.; PALMEER, R.F. Dissection aneurysm of the aorta: present status of drug vs surgical therapy. *Prog. Cardiovasc. Dis.*, 11:198-210, 1968.

Recebido em 26/08/91

Aprovado para publicação em 25/10/91

LABORATÓRIO VALZACCHI DE ANÁLISES CLÍNICAS

- Exames de Sangue
- Especializados
- Anatomia Patológica
- Colposcopia
- Colpocitologia Oncótica
- Ultrassonografia

Segunda a sexta — 7:30 as 18:00

Sábados — 7:30 as 11:00

Av. Goiás, 808 — S. Caetano do Sul — Centro — Fone 744.3850

"Exames realizados com as mais modernas técnicas científicas e informatização"

MOLÉSTIAS INFECCIOSAS

DR. HÉLIO VASCONCELOS LOPES

MOLÉSTIAS INFECCIOSAS

RUA CUBATÃO, 1209 — SP
FONES: 570-9113 — 570-2803

DR. SÉRGIO MÉDICE PAOLINI
CIRURGIÃO DENTISTA

Consultório:

Rua Jurubatuba, 845 — S/ 15

Telefone: 448-1179

PABX 414-2600 — R. 11 S. Bernardo do Campo