

RELATO DE CASO

Case Report: Stanford Type B Descending Aortic Dissection

A propósito de un caso: disección de la aorta descendente Stanford tipo B

A propósito de um caso: dissecação da aorta descendente Stanford tipo B

Karen Stefanía Salinas Alvarado¹✉; Ariana Estefania Torres Valverde²✉

¹Cardiologista e especialista em imagem cardíaca, CARDIOCENTER, Loja, Equador.

²Cardiologista clínica, Clínica Latino.

Citação sugerida: Salinas Alvarado KS, Torres Valverde AE. A propósito de um caso: dissecação da aorta descendente Stanford tipo B. Rev Méd Loja. 2026;1(2):52-56. doi:10.67370/bpwgp359

Recebido: 20-07-2026

Aceito: 04-10-2026

Publicado: 22-10-2026

Editor: Dr. Miguel David Alvarez

Autor de correspondente: Karen Stefanía Salinas Alvarado✉

ABSTRACT

Stanford type B aortic dissection may cause mild symptoms despite extensive anatomical involvement. We report the case of a 70-year-old man with longstanding hypertension, a history of ischemic heart disease, hypothyroidism, and ventricular ectopy who reported mild lumbar pain during a cardiology assessment. Computed tomography angiography of the chest and abdomen revealed aneurysmal dilatation of the descending thoracic aorta measuring 8.05×7.69 cm, a proximal intimal flap, mural thrombus, possible involvement of the celiac artery origin, and extension of the dissection to both common femoral arteries. Following stabilization with intravenous antihypertensive therapy, beta-blockers, and analgesia, thoracic endovascular aortic repair was performed to cover the proximal entry tear. Clinical improvement, reduced pain and ventricular ectopy, and adequate blood pressure control were described. This case highlights the importance of considering aortic disease in patients with lumbar pain and cardiovascular risk factors, and of integrating anatomy, symptoms, and clinical status when selecting treatment.

Keywords: Aortic dissection; aortic aneurysm, thoracic; computed tomography angiography; endovascular procedures; case reports.

RESUMEN

La disección aórtica tipo B puede presentar manifestaciones poco intensas pese a un compromiso anatómico extenso. Se presenta el caso de un hombre de 70 años con hipertensión arterial de larga evolución, antecedentes de cardiopatía isquémica, hipotiroidismo y extrasistolia ventricular, quien refirió dolor lumbar leve durante una valoración cardiológica. La angiotomografía de tórax y abdomen mostró dilatación aneurismática de la aorta torácica descendente de $8,05 \times 7,69$ cm, con colgajo intimal proximal, trombo mural, posible compromiso del origen del tronco celiaco y extensión de la disección hasta las arterias femorales comunes bilaterales. Tras estabilización con antihipertensivos intravenosos, betabloqueadores y analgesia, se realizó reparación endovascular mediante implante de una endoprótesis torácica para cubrir la puerta de entrada proximal. Se describió mejoría clínica, disminución del dolor y de las extrasístoles, y adecuado control de la presión arterial. El caso destaca la importancia de considerar enfermedad aórtica ante dolor lumbar en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y de integrar la anatomía, los síntomas y el estado clínico en la elección del tratamiento.

Palabras clave: Disección aórtica; aneurisma de la aorta torácica; angiografía por tomografía computarizada; procedimientos endovasculares; informes de casos.

RESUMO

A dissecação aórtica tipo B pode apresentar manifestações pouco intensas apesar de um comprometimento anatômico extenso. Apresenta-se o caso de um homem de 70 anos com hipertensão arterial de longa evolução, antecedentes de cardiopatia isquêmica, hipotireoidismo e extrassístolia ventricular, que referiu dor lombar leve durante uma avaliação cardiológica. A angiotomografia de tórax e abdome mostrou dilatação aneurismática da aorta torácica descendente de $8,05 \times 7,69$ cm, com flap intimal proximal, trombo mural, possível comprometimento da origem do tronco celiaco e extensão da dissecação até as artérias femorais comuns bilaterais. Após estabilização com anti-hipertensivos intravenosos, betabloqueadores e analgesia, realizou-se reparo endovascular mediante implante de uma endoprótese torácica para cobrir a porta de entrada proximal. Descreveram-se melhora clínica, diminuição da dor e das extrassístoles e controle adequado da pressão arterial. O caso destaca a importância de considerar doença aórtica diante de dor lombar em pacientes com fatores de risco cardiovascular e de integrar a anatomia, os sintomas e o estado clínico na escolha do tratamento.

Palavras-chave: Dissecação aórtica; aneurisma da aorta torácica; angiografia por tomografia computadorizada; procedimentos endovasculares; relatos de casos.

INTRODUÇÃO

A dissecação aórtica consiste na separação das camadas da parede aórtica, habitualmente por uma ruptura intimal que permite a formação de uma falsa luz. Sua extensão pode comprometer ramos arteriais e produzir isquemia de órgãos. Na classificação de Stanford, o tipo B não acomete a aorta ascendente. A definição anatômica e a avaliação das complicações orientam o manejo.^(1,2)

A hipertensão arterial, a idade avançada, o sexo masculino e as aortopatias hereditárias estão entre os fatores associados à dissecação torácica.⁽³⁾ O diagnóstico pode ser difícil quando os sintomas são leves ou inespecíficos. A avaliação clínica e a obtenção oportuna de imagens são essenciais para reconhecer a lesão e planejar seu tratamento.⁽⁴⁾ Apresenta-se um caso de dissecação tipo B com acentuada dilatação da aorta torácica descendente, detectada em um paciente que referiu dor lombar leve e tratado mediante reparo endovascular.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Homem de 70 anos com antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, hipotireoidismo e extrassístolia ventricular de alta carga. Descreveu-se um período de aproximadamente dez anos sem tratamento cardiovascular, com registros de pressão arterial superiores a 200/110 mmHg, e uso posterior de valsartana/hidroclorotiazida. Durante uma consulta de controle cardiológico, referiu dor lombar de intensidade leve. Ao exame, apresentou bulhas cardíacas arrítmicas e sopro sistólico grau II/VI em foco mitral. O abdome era flácido, depressível e indolor, com abundante adiposidade abdominal.

Os exames laboratoriais mostraram hematócrito de 42,6%, hemoglobina de 15 g/dL, glicose de 98 mg/dL, ureia de 32,4 mg/dL e creatinina de 1 mg/dL. O perfil lipídico mostrou colesterol total de 300 mg/dL, triglicerídeos de 350 mg/dL, colesterol HDL de 20 mg/dL e colesterol LDL de 130 mg/dL.

A monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas, realizada sob tratamento anti-hipertensivo, registrou média de 128/83 mmHg, com valores diurnos de 128/84 mmHg e noturnos de 128/80 mmHg. O Holter cardíaco mostrou extrassístolia ventricular com carga de 22%. A angiotomografia coronariana informou escore de cálcio de 364 unidades Agatston e estenose de 50–60% no segmento proximal da artéria descendente anterior; os demais segmentos apresentavam lesões leves.

A angiotomografia de tórax e abdome identificou dilatação aneurismática da aorta torácica descendente de $8,05 \times 7,69$ cm, com flap de dissecação em sua porção proximal e trombo mural na

parede anterior (Figura 1). Relatou-se possível comprometimento da origem do tronco celíaco e extensão da dissecação até ambas as artérias femorais comuns, compatível com dissecação de Stanford tipo B (Figura 2). O possível comprometimento do tronco celíaco foi considerado um achado anatômico; não se documentou confirmação de má perfusão visceral na descrição clínica.

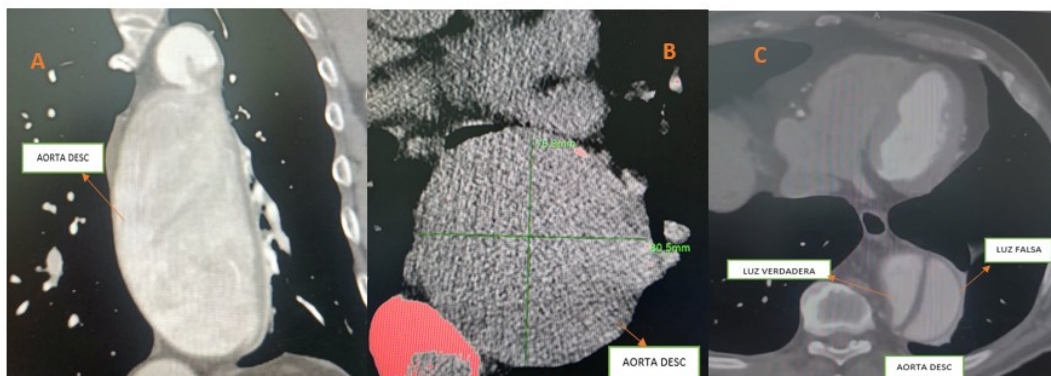


Figura 1. Angiotomografia da aorta torácica antes do tratamento. A: reconstrução longitudinal da aorta torácica descendente com acentuada dilatação aneurismática. B: medida dos diâmetros aórticos, de aproximadamente 80,5 × 76,9 mm. C: identificação da luz verdadeira, da falsa luz e do flap intimal. Fonte: arquivo de imagens do Centro de Cardiologia CARDIOCENTER.



Figura 2. Angiotomografia toracoabdominal antes do tratamento. A e B: reconstruções longitudinais que mostram a dilatação aórtica e as luzes verdadeira e falsa. C: reconstrução coronal com extensão da dissecação para o território ilíaco. A extensão até as artérias femorais comuns bilaterais foi descrita no laudo da angiotomografia. Fonte: arquivo de imagens do Centro de Cardiologia CARDIOCENTER.

Foram administrados anti-hipertensivos intravenosos, betabloqueadores e analgesia para a estabilização inicial. Diante da dissecação tipo B associada a uma dilatação aórtica de grande tamanho, realizou-se o implante de uma endoprótese na aorta torácica descendente para cobrir a porta de entrada proximal da dissecação. A angiotomografia posterior mostrou a endoprótese no segmento tratado (Figura 3).

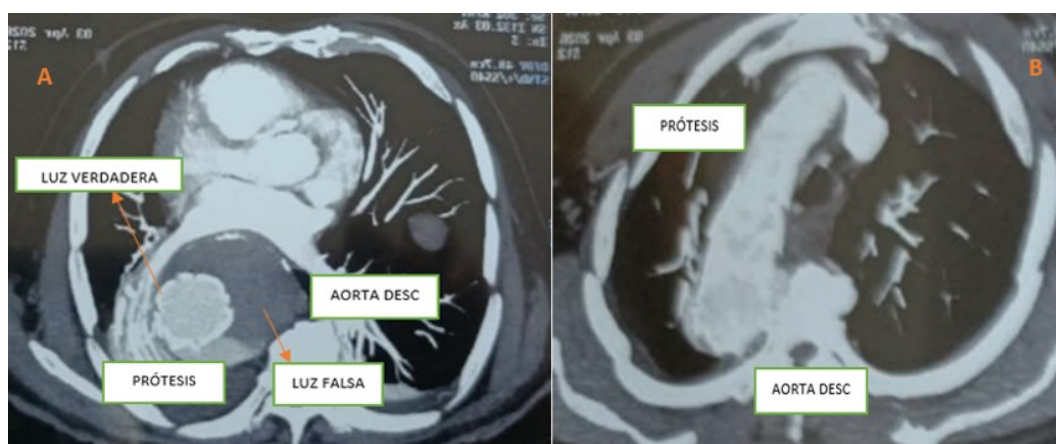


Figura 3. Angiotomografia de tórax após o tratamento endovascular. A: corte transversal com a endoprótese na aorta descendente e delimitação das luzes verdadeira e falsa. B: reconstrução oblíqua do segmento torácico tratado. Fonte: arquivo de imagens do Centro de Cardiologia CARDIOCENTER.

Após a intervenção, descreveu-se tratamento com bisoprolol 2,5 mg/dia, rosuvastatina/ezetimiba 20/10 mg/dia, valsartana/hidroclorotiazida 160/12,5 mg/dia, clopidogrel 75 mg/dia e pregabalina 75 mg/dia, além de tramadol/paracetamol em caso de dor intensa. Relataram-se melhora clínica, diminuição da dor e das extrassístoles e controle adequado da pressão arterial. A capacidade funcional foi descrita como classe II da New York Heart Association. Não se especificou o intervalo de seguimento nem foram fornecidas medidas aórticas seriadas posteriores ao procedimento.

DISCUSSÃO

O principal interesse deste caso reside na discordância entre a intensidade leve da dor lombar e a magnitude do comprometimento aórtico. A hipertensão de longa evolução constitui um antecedente relevante, embora um relato individual não permita estabelecer causalidade. Estudos populacionais associaram a hipertensão ao risco de dissecação aórtica.⁽⁵⁾ A dislipidemia e a doença coronariana coexistentes reforçam a necessidade de abordar o risco cardiovascular global, sem que esses achados permitam atribuir um mecanismo único à lesão.

A classificação temporal exige conhecer o início dos sintomas: a diretriz europeia distingue as fases hiperaguda, aguda, subaguda e crônica, esta última após 90 dias.⁽²⁾ Neste paciente, a duração da dor não foi especificada, de modo que não é possível atribuir uma fase temporal com segurança. Tampouco se deve equiparar o possível comprometimento anatômico do tronco celíaco a uma má perfusão confirmada.

A estabilização inicial busca reduzir o estresse sobre a parede aórtica mediante analgesia e controle da pressão arterial e da frequência cardíaca. Na síndrome aórtica aguda, a diretriz ACC/AHA recomenda pressão sistólica inferior a 120 mmHg, ou a mínima que preserve a perfusão orgânica, e frequência cardíaca de 60–80 batimentos por minuto.⁽¹⁾ Essas metas descrevem recomendações gerais; não se dispõe de registros do caso que permitam verificar seu cumprimento durante a estabilização.

A escolha entre tratamento clínico, reparo endovascular e cirurgia aberta depende da fase, da anatomia, das complicações e do risco individual.^(1,2) O diâmetro máximo de 8,05 cm constitui um achado relevante para a decisão de intervir. O reparo endovascular busca cobrir a porta de entrada proximal e favorecer a remodelação aórtica. Sua evidência deve ser interpretada segundo a apresentação clínica e a seleção de pacientes; as sínteses que incluem dissecações complicadas e não complicadas não justificam assumir um benefício uniforme em todos os cenários.⁽⁶⁾

Neste caso, descreveu-se evolução clínica favorável após o tratamento, mas a presença da endoprótese nas imagens não demonstra, por si só, trombose completa da falsa luz, ausência de endoleak ou remodelação duradoura. O controle por imagem após uma dissecação permite vigiar a aorta residual e detectar complicações.^(1,2) As limitações do relato incluem a falta de uma cronologia precisa, de detalhes técnicos completos do procedimento e de um período de seguimento definido. Por isso, seus resultados devem restringir-se à evolução clínica descrita e não ser extrapolados para a eficácia a longo prazo.

CONCLUSÃO

A presença de dor lombar leve não exclui uma dissecação aórtica extensa em um paciente com fatores de risco cardiovascular. A angiotomografia permitiu identificar uma dissecação tipo B com acentuada dilatação da aorta descendente e orientar o tratamento endovascular após a estabilização inicial. A melhora clínica descrita deve ser complementada por vigilância clínica e por imagem para avaliar a evolução da aorta tratada e da dissecação residual.

REFERÊNCIAS

1. Isselbacher EM, Preventza O, Black JH 3rd, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;146(24):e334-e482. doi:10.1161/CIR.0000000000001106.
2. Mazzolai L, Teixeira-Tura G, Lanzi S, Boc V, Bossone E, Brodmann M, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3538-3700. doi:10.1093/eurheartj/ehae179.
3. Zhou Z, Cecchi AC, Prakash SK, Milewicz DM. Risk Factors for Thoracic Aortic Dissection. *Genes (Basel)*. 2022;13(10):1814. doi:10.3390/genes13101814.
4. Umaña JP, Camacho J. Disección aórtica aguda: diagnóstico y manejo inicial. *Rev Med Clin Las Condes*. 2022;33(3):218-226. doi:10.1016/j.rmcl.2022.05.002.
5. Landenhed M, Engström G, Gottsäter A, Caulfield MP, Hedblad B, Newton-Cheh C, et al. Risk profiles for aortic dissection and ruptured or surgically treated aneurysms: a prospective cohort study. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(1):e001513. doi:10.1161/JAHA.114.001513.
6. Howard C, Sheridan J, Picca L, Reza S, Smith T, Ponnappalli A, et al. TEVAR for complicated and uncomplicated type B aortic dissection—Systematic review and meta-analysis. *J Card Surg*. 2021;36(10):3820-3830. doi:10.1111/jocs.15827.

CONFLITO DE INTERESSES

A autora correspondente declara não ter conflitos de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Conceitualização: Karen Salinas, Ariana Torres.

Investigação: Karen Salinas, Ariana Torres.

Metodologia: Karen Salinas, Ariana Torres.

Administração do projeto: Karen Salinas, Ariana Torres.

Redação do rascunho original: Karen Salinas, Ariana Torres.

Redação, revisão e edição: Karen Salinas, Ariana Torres.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E CONSENTIMENTO INFORMADO

Obteve-se o consentimento informado do paciente para a publicação do caso clínico e das imagens que o acompanham.