



## CASO CLÍNICO

# Dissecção aórtica aguda do tipo A em doente com paraganglioma



Andreia dos Santos Borrego<sup>a,\*</sup>, Pedro Carrilho Ferreira<sup>a,b</sup>, Fausto J. Pinto<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>b</sup> Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

<sup>c</sup> Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

Recebido a 11 de maio de 2016; aceite a 16 de agosto de 2016

Disponível na Internet a 16 de outubro de 2017

### PALAVRAS-CHAVE

Dissecção aórtica;  
Paraganglioma;  
Hipertensão arterial;  
Catecolaminas;  
Tratamento cirúrgico;  
 $\alpha$  e  $\beta$ -bloqueantes

### KEYWORDS

Aortic dissection;  
Paraganglioma;  
Hypertension;  
Catecholamines

**Resumo** A dissecção aórtica aguda é a síndrome aórtica aguda mais frequente, ocorrendo predominantemente no sexo masculino e em idosos, estando associada a uma elevada mortalidade. Existem vários fatores de risco, destacando a hipertensão arterial. O diagnóstico é feito com base na clínica, exames laboratoriais e imagiológicos. A terapêutica habitual baseia-se na abordagem cirúrgica, existindo em alguns casos a alternativa do tratamento endovascular. O paraganglioma é um tumor neuroendócrino raro. A maioria produz catecolaminas e manifesta-se frequentemente por crises hipertensivas, palpitações, cefaleias e hipersudorese. O diagnóstico deste tumor passa pelo doseamento de catecolaminas urinárias e séricas, e pela realização de TC toracoabdominopélvica, ressonância magnética ou cintigrafia com <sup>123</sup>MIBG. O tratamento cirúrgico é o único tratamento potencialmente curativo. Neste artigo, descreve-se um caso clínico de uma doente com uma dissecção aórtica do tipo A, associada a um paraganglioma. Esta associação é extremamente rara e a abordagem de ambas as patologias constitui um desafio. © 2017 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

### Acute type A aortic dissection in a patient with paraganglioma

**Abstract** Acute aortic dissection is the most common acute aortic syndrome. It is more prevalent in males and in the elderly, and has a high mortality. Hypertension is the main risk factor. Diagnosis is based on clinical features, laboratory tests and imaging exams. Treatment is usually surgical, although in some cases an endovascular approach is an alternative.

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [andreias.b@hotmail.com](mailto:andreias.b@hotmail.com) (A. dos Santos Borrego).

Surgery;  
Alpha and  
beta-blockers

Paraganglioma is an uncommon neuroendocrine tumor. Most produce catecholamines, and so usually manifest with hypertensive crisis, palpitations, headache and sweating. This tumor is diagnosed by measurement of plasma or urinary catecholamines and by computed tomography, magnetic resonance imaging and <sup>123</sup>I-metaiodobenzylguanidine (MIBG) scintigraphy. Surgery is the only potentially curative treatment.

© 2017 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introdução

A dissecação aórtica aguda e o paraganglioma são ambas patologias raras. A dissecação aórtica aguda define-se como uma laceração da camada íntima, ocorrendo a passagem de sangue do lúmen aórtico para a camada média formando um falso lúmen<sup>1</sup>. O paraganglioma é um tumor com origem nas células cromafins, de localização extra-adrenal, produtores ou não de catecolaminas<sup>2</sup>. O paraganglioma é uma das causas secundárias de hipertensão arterial (HTA), fator de risco para a ocorrência de dissecação aórtica.

Expomos de seguida um caso clínico de uma doente com um paraganglioma e dissecação aórtica tipo A, salientando a importância desta associação rara.

## Caso clínico

Doente de sexo feminino, 49 anos, raça negra, natural de África, residente em Portugal há 12 anos e com antecedentes pessoais de HTA e hipertireoidismo. Iniciou no dia 20 de maio de 2010 um quadro de cefaleias, tendo-se auto-medicado com nebivolol e bioflavonoides. Posteriormente, iniciou um quadro de dor retrosternal sem fatores de alívio, pelo que se dirigiu ao serviço de urgência de outra instituição. Já no hospital, a doente refere dois episódios de vômitos e dois episódios de hemoptises. À observação, apresentava-se vigil, colaborante e orientada no tempo e no espaço, hipertensa (200/140 mmHg) e com frequência cardíaca (FC) de 87 bpm. O restante exame objetivo não apresentava alterações significativas.

Laboratorialmente, destacou-se anemia microcítica hipocrômica, leucocitose (leucócitos 16 200 U/L), trombocitopenia (plaquetas 141/L), aumento dos D-dímeros (8,01 ug/mL), LDH (1032 U/L), AST (60 U/L) e PCR (2,4 mg/dL) e troponina I negativa (0,016 ng/mL).

O eletrocardiograma (ECG) (Figura 1) não mostrou alterações significativas a radiografia do tórax (Figura 2) revelou reforço do retículo pulmonar, e alargamento da silhueta cardíaca e do mediastino.

Tendo em conta estes achados, foi realizada angio tomografia computadorizada (TC) toracoabdominal urgente que documentou dissecação aneurismática da aorta, estendendo-se desde a raiz até à íliaca primitiva direita; densificação da gordura do mediastino, sem imagens sugestivas de hemorragia recente; formação nodular sólida heterogénea com cerca de 45 mm de diâmetro em topografia latero-aórtica direita, a nível da emergência do tronco celiaco e em íntimo contacto com a veia cava inferior, que desvia anteriormente a

artéria hepática e desvia e comprime lateralmente a veia cava inferior; dilatação do segmento proximal da veia cava inferior com lúmen heterogéneo até à convergência das veias renais, em provável relação com trombose.

A doente foi posteriormente transferida para o serviço de cirurgia cardiorádica da nossa instituição, tendo sido submetida a cirurgia urgente de substituição da aorta ascendente, com implantação de prótese vascular tubular Uni-Graft 26 mm. No pós-operatório, apresentou crises hipertensivas paroxísticas, pelo que iniciou perfusão de labetalol e, posteriormente,  $\alpha$  e  $\beta$ -bloqueante oral. Para esclarecimento da situação clínica, realizou vários exames complementares de diagnóstico, nomeadamente:

- *Análises laboratoriais*, nas quais se destacou um aumento dos valores de noradrenalina (365,7 ug/24 h), normetanefrinas (4268,5 ug/24 h) e ácido vanilmandélico (19,9 mg/24 h) na urina de 24 h, e valores normais de dopamina (178,1 ug/24 h), metanefrina (264,2 ug/24 h), ácido 5-hidroxiindolacético (3,3 mg/24 h) e ácido homovanílico (4,72 mg/24 h).
- *Cintigrafia com metaiodobenzilguanidina (MIBG)*, que mostrou fixação do radiofármaco de grande intensidade no andar superior do abdómen, em situação mediana/paramediana direita, em localização correspondente à formação nodular identificada por TC.
- *TC toracoabdominopélvica*, que revelou dissecação da aorta a jusante da prótese, que se estende para a aorta abdominal até à artéria íliaca primitiva direita, sem envolvimento dos troncos supra-aórticos e com perfusão simultânea do verdadeiro e falso lúmen; formação nodular sólida hiper-captante e ligeiramente heterogénea, bem circunscrita e com 4,5 cm de maior diâmetro em topografia interaorto-cava e ao nível da emergência do tronco celiaco (Figura 3).
- Registo de Holter e monitorização ambulatória da pressão arterial, que não mostraram alterações relevantes.
- *Ecocardiograma transtorácico*, que evidenciou ventrículo esquerdo com hipertrofia concêntrica e função sistólica global conservada; prótese tubular na aorta ascendente; regurgitação aórtica ligeira.

Na sequência dos exames realizados, foi referenciada à cirurgia geral, tendo sido submetida a laparoscopia para excisão da lesão, sob anestesia geral. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências e com manutenção dos valores tensionais dentro da normalidade.

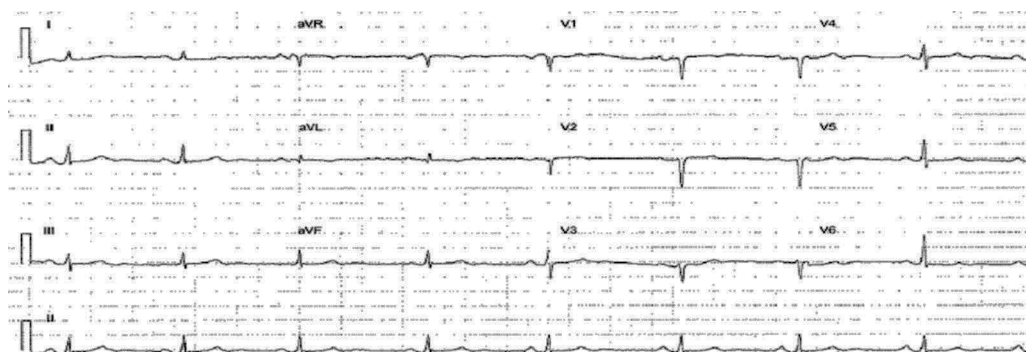


Figura 1 ECG.

## Discussão

A doença cardiovascular é a principal causa de morte em todo o mundo<sup>1</sup>. As síndromes aórticas agudas, como a dissecção da aorta, úlcera aterosclerótica penetrante e o hematoma intramural, são situações emergentes que envolvem a aorta com características clínicas e tratamento semelhantes<sup>1,3-5</sup>. A dissecção aórtica aguda consiste numa laceração da camada íntima, com passagem de sangue do lúmen aórtico para a camada média e formação de um falso lúmen, podendo progredir no sentido anterógrado ou retrógrado, e envolver ramos colaterais. A presença de sangue entre a camada íntima e média causa uma resposta inflamatória, que pode evoluir para dilatação e rutura<sup>1,3-5</sup>.

A dissecção aórtica classifica-se como aguda quando apresenta uma evolução até 14 dias, como subaguda entre 14-90 dias e crónica quando se estabeleceu há mais de 90 dias<sup>4</sup>. Também podemos classificá-la com base no envolvimento (tipo A) ou não (tipo B) da aorta ascendente através do sistema de Stanford, que veio substituir o sistema de DeBakey<sup>5,6</sup>.

Segundo o *Oxford Vascular Study*, a incidência da dissecção aórtica aguda é de 6/100 000 pessoas por ano, com uma maior frequência de dissecção do tipo A em relação ao tipo B<sup>7</sup>. A incidência é maior no sexo masculino do que no sexo feminino (1,5:1) e aumenta com a idade<sup>7</sup>.

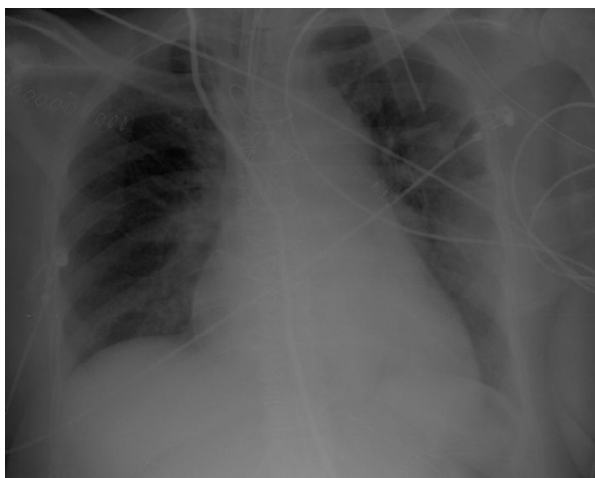


Figura 2 Radiografia do tórax.

Também se verificou um maior número de casos durante os meses de inverno<sup>5</sup>. O prognóstico é pior nas mulheres por terem apresentações atípicas, o que leva a um atraso no diagnóstico<sup>4</sup>.

Esta patologia está associada a uma elevada morbidade e mortalidade. Nos doentes não tratados, a taxa de mortalidade excede os 75% em duas semanas<sup>3</sup>. No *Oxford Vascular Study*, as taxas de mortalidade para a dissecção aórtica aguda tipo A (73,0% aos 30 dias; 76,8% ao fim de cinco anos) foram maiores em comparação com a dissecção aórtica aguda tipo B (13,3% aos 30 dias; 33,3% ao fim de cinco anos)<sup>7</sup>.

O principal fator de risco para dissecção aórtica é a HTA, estando presente em 65-75% dos casos, a grande maioria não controlada<sup>4,6</sup>. Existem ainda outros fatores de risco, nomeadamente: a idade avançada (maior risco

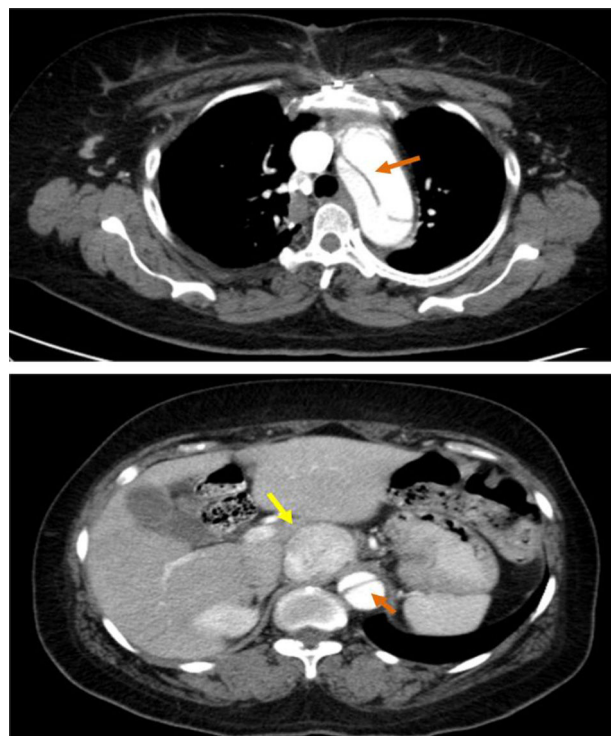


Figura 3 TC toracoabdominopélvica: seta laranja – dissecção aórtica; seta amarela – massa hipercaptante compatível com paraganglioma.

na 6.<sup>a</sup>-7.<sup>a</sup> décadas de vida); sexo masculino; aterosclerose; tabagismo (presente em 61,5% dos casos)<sup>7</sup>; consumo de drogas endovenosas (cocaína, anfetaminas); realização da manobra de Valsava; cirurgia cardíaca prévia; traumatismo torácico agudo direto; gravidez, principalmente no terceiro trimestre, ou puerpério (por alterações do tecido conjuntivo de origem hormonal); doenças congênitas, tais como síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV, síndrome de Loeys-Dietz, síndrome de Turner, síndrome de Noonan, coarctação da aorta, válvula aórtica bicúspide ou doença renal poliquística; história familiar de doença aórtica; processos inflamatórios como a arterite de Takayasu, doença de Behçet, artrite reumatoide e arterite das células gigantes; e doenças neuroendócrinas ou autoimunes, nomeadamente feocromocitoma, lúpus eritematoso sistêmico e espondilite anquilosante<sup>1,3-6</sup>.

Habitualmente, os doentes apresentam um quadro de dor súbita, muito intensa, tipo «facada», pulsátil e migratória que pode irradiar para o pescoço ou mandíbula, localizada na região torácica anterior em 80% dos casos, na região dorsal em 40% dos casos e na região abdominal em 25% dos casos<sup>4</sup>. Esta dor é muitas vezes confundida com uma síndrome coronária aguda, mas não alivia com a administração de nitratos ou de analgésicos não opioides<sup>6</sup>. Contudo, a apresentação clínica é muito variável, desde hipertensão ou hipotensão arterial, sopro de regurgitação aórtica, diminuição de pulsos, síncope por tamponamento cardíaco ou envolvimento dos vasos supra-aórticos, até achados menos frequentes como ausência de sintomas em 4-5% dos casos, dor abdominal, défices neurológicos, síndrome de Horner, paralisia das cordas vocais, insuficiência cardíaca, derrame pleural, insuficiência renal<sup>1-4,8</sup>.

O diagnóstico da dissecação aórtica aguda é feito com base na história clínica, no exame objetivo e em exames complementares de diagnóstico.

O ECG apresenta, na grande maioria, alterações inespecíficas, enquanto a radiografia do tórax é anormal em 80% dos casos, apresentando alargamento do mediastino<sup>3,9</sup>.

O diagnóstico é confirmado através dos meios imagiológicos, nomeadamente, a TC, a ressonância magnética (RM), a ecocardiografia e, menos frequentemente, a aortografia<sup>1,6</sup>. A TC com contraste endovenoso é a técnica imagiológica mais usada, com uma sensibilidade de 95% e uma especificidade entre 85-100%<sup>1,4</sup>.

Relativamente à terapêutica, os doentes devem iniciar tratamento médico com o objetivo de controlar FC, a pressão arterial e os sintomas, e manter uma perfusão adequada dos órgãos. Os agentes de primeira linha são  $\beta$ -bloqueantes e, em caso de intolerância ou contraindicação, podemos recorrer aos antagonistas dos canais de cálcio não-dihidropiridínicos. Quando não se consegue atingir um controlo da pressão arterial com os  $\beta$ -bloqueantes, recorre-se aos vasodilatadores, tais como o nitroprussiato de sódio e nitroglicerina; no entanto, só devem ser administrados após o controlo da FC. É importante, ainda, controlar a dor com opiáceos e a ansiedade com benzodiazepinas<sup>1,3,6</sup>.

Nos casos de dissecação aórtica aguda do tipo A, o tratamento de eleição é cirúrgico, reduzindo a mortalidade no primeiro mês de 90 para 30%<sup>4</sup>.

Na dissecação aórtica do tipo B não complicada, o doente pode ser estabilizado com segurança apenas com o

tratamento médico. Nos casos complicados, o tratamento de eleição é a reparação endovascular da aorta torácica (TEVAR)<sup>3,4</sup>.

O seguimento destes doentes com dissecação aórtica é fundamental e passa pelo controlo rigoroso da pressão arterial e realização de exames imagiológicos sete dias após a dissecação, e, posteriormente, às seis semanas, aos três meses, seis meses e 12 meses após a alta hospitalar. Após o primeiro ano, a monitorização é feita de 12 em 12 meses<sup>1,6</sup>.

O paraganglioma é um tumor neuroendócrino, com origem nas células cromafins dos gânglios simpáticos e parasimpáticos produtores de catecolaminas, e distingue-se dos feocromocitomas pela sua localização extra-adrenal. Cerca de 70% destes tumores localizam-se na cabeça e pescoço, 20% na região abdominopélvica e 10% no tórax, envolvendo o mediastino posterior, os gânglios simpáticos para-aórticos ou o coração, mais frequentemente a aurícula esquerda. Os paragangliomas são classificados como funcionantes ou não funcionantes com base no potencial de secreção de catecolaminas. Os tumores dos gânglios parassimpáticos encontram-se quase exclusivamente no pescoço e base do crânio, a nível do corpo carotídeo, e geralmente são tumores não funcionantes. Os tumores com origem nos gânglios simpáticos encontram-se a qualquer nível do tronco simpático, mas com predomínio intra-abdominal e, na grande maioria, são produtores de catecolaminas<sup>2,10-14</sup>.

Este é um tumor raro, com uma incidência de 1/300 000 pessoas por ano<sup>15,16</sup> e uma prevalência de 2-8 milhões de doentes por ano. A idade média de diagnóstico é 40 anos e cerca de 0,1-0,6% têm HTA<sup>16,17</sup>.

A apresentação clínica é muito variável. Destacam-se a HTA (90%), cefaleias (80%), hipersudorese (71%), palpitações (64%), palidez (42%), taquicardia e ansiedade. A tríade clássica de palpitações, cefaleias e hipersudorese associadas a HTA tem uma especificidade superior a 90%. A febre, náuseas e rubor são menos frequentes. Os paragangliomas não funcionantes apresentam-se com manifestações clínicas devidas ao efeito de massa, nomeadamente massa cervical (29%), acufenos (23%), hipoacusia (21%) e disфонia (15%)<sup>12</sup>. O exame objetivo, para além da HTA, geralmente é normal<sup>11</sup>.

Em 75% dos doentes as crises hipertensivas paroxísticas ocorrem semanalmente, e podem ser precipitadas por anestesia, manipulação do tumor (durante cirurgia, palpação ou biópsia), realização de esforços, ingestão de certos alimentos e uso de medicamentos (nomeadamente corticosteroides, histaminas, metoclopramida, fenotiazida ou antidepressivos tricíclicos)<sup>11</sup>. Em 5-30% dos casos são assintomáticos, sendo importante a realização de monitorização ambulatória da pressão arterial para excluir HTA. Os doentes com tumores produtores de dopamina podem ser normotensos ou apresentarem hipotensão ortostática<sup>10,11,13,16</sup>. Os paragangliomas podem ainda originar complicações potencialmente fatais, como insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio, disritmias ou acidente vascular cerebral<sup>17</sup>.

Para o diagnóstico de paraganglioma, inicialmente, é necessário realizar o doseamento de catecolaminas séricas e urinárias, ácido vanilmandélico urinário, e metanefrinas (produto O-metilado) séricas e urinárias. A metanefrina sérica apresenta uma sensibilidade superior em relação

aos outros testes (97 *versus* 74%), mas a especificidade é idêntica<sup>2,13,18</sup>.

Na presença de testes bioquímicos suspeitos, devem realizar-se exames imagiológicos para confirmar o diagnóstico e localizar o tumor. A TC toracoabdominopélvica com ou sem contraste é o exame de primeira linha para a localização do tumor, com uma sensibilidade entre 88-100%. A RM está indicada para doentes com doença metastática, deteção de paraganglioma da cabeça e pescoço, doentes com alergia ao contraste e para evitar a exposição à radiação. A ecografia não é recomendada pela sua baixa sensibilidade<sup>2,13</sup>.

Para aumentar a especificidade do diagnóstico, podemos recorrer a técnicas funcionais, nomeadamente à cintigrafia com <sup>123</sup>MIBG (<sup>123</sup>MIBG), com uma sensibilidade e especificidade para o paraganglioma de 56-75% e 84-100%, respetivamente<sup>2</sup>. É útil na doença extra-adrenal, tumores com dimensões superiores a 5 cm, doença multifocal e em casos de malignidade<sup>13</sup>. Em doentes com doença metastática é preferível realizar uma tomografia por emissão de positrões (PET) com 18F-fluorodesoxiglucose, comparativamente à cintigrafia com <sup>123</sup>MIBG<sup>2</sup>, no entanto este exame não deve ser realizado para o diagnóstico inicial<sup>13</sup>. Outros compostos que poderão ser úteis para o diagnóstico são a 18F-fluorodopamina, a 18F-fluorodopa e a 11C-hidroxi-fedrina<sup>13</sup>.

O controlo da HTA é conseguido com a administração de bloqueadores  $\alpha$ -adrenérgicos e  $\beta$ -adrenérgicos associados. Devem evitar-se os  $\beta$ -bloqueantes isolados, pelo risco de desencadear uma crise hipertensiva por agravamento da vasoconstrição. Os bloqueadores dos canais de cálcio são usados como segunda linha. Nos casos de HTA resistente ao tratamento convencional, pode ainda administrar-se sulfato de magnésio<sup>11</sup>.

O tratamento cirúrgico é o único tratamento potencialmente curativo<sup>2,13,17,19</sup>. No entanto, a cirurgia estimula a secreção de catecolaminas, causando complicações que podem ser fatais<sup>13</sup>. Assim, para que esta seja segura, é necessário realizar um tratamento pré-operatório que consiste na administração de bloqueador  $\alpha$ -adrenérgico durante 10-14 dias e, após o bloqueio  $\alpha$  adequado,  $\beta$ -bloqueantes 2-5 dias antes da cirurgia. Como esquema alternativo, temos os bloqueadores dos canais de cálcio ou labetalol ( $\alpha$  e  $\beta$ -bloqueante). O tratamento deve ainda incluir dieta rica em sódio e ingestão abundante de líquidos, para evitar hipotensão grave após a remoção do tumor<sup>2,11,13</sup>.

No pós-operatório, as principais complicações são a hipotensão e a hipoglicemia. É importante reduzir lentamente os anti-hipertensores, de forma a estabilizar os valores da pressão arterial<sup>2,17</sup>.

Em casos de doença incurável, como tumores muito grandes e doença metastática, as opções terapêuticas são a quimioterapia e radioterapia. A terapia molecular, com o sunitinib, inibidor da tirosina quinase, constitui uma opção terapêutica futura<sup>19</sup>.

Para avaliar se houve remoção completa do tumor, os testes bioquímicos devem ser repetidos 2-4 semanas após a cirurgia<sup>2</sup>. Estes doentes devem ser acompanhados, indefinidamente, com a medição da pressão arterial e doseamento das catecolaminas urinárias e séricas<sup>2,13,17</sup>.

Uma das complicações graves do feocromocitoma/paraganglioma é a dissecção da aorta<sup>20,21</sup>. Este tumor, ao produzir catecolaminas, induz um aumento da

pressão arterial e, conseqüentemente, aumenta o stress na parede da aorta, o que pode levar à dissecção aórtica aguda.

O caso relatado deste trabalho é bastante relevante pela raridade da associação de ambas as patologias. Existem poucos casos descritos na literatura. O primeiro caso de um doente com aneurisma dissecante da aorta e feocromocitoma foi relatado, em 1975, por Triplett e Atuk<sup>22</sup>. Azizi et al. também descreveram um caso concomitante de dissecção tipo A e feocromocitoma<sup>22</sup>. Existem outros casos de associação de feocromocitoma, aneurisma dissecante da aorta abdominal e dissecção da artéria carótida<sup>21</sup>.

Um dos principais problemas desta associação é o tratamento destas duas patologias. A dissecção aórtica é uma emergência cirúrgica, com uma elevada taxa de mortalidade se não tratada. No entanto, a presença concomitante de feocromocitoma/paraganglioma dificulta a indução anestésica e aumenta o risco cirúrgico. Assim, é importante que haja uma intervenção multidisciplinar nestes casos<sup>22</sup>.

No presente caso clínico, conseguiu-se corrigir a dissecção de uma forma muito rápida, sem conseqüências relacionadas com o paraganglioma, e posteriormente, após o bloqueio  $\alpha$  e  $\beta$ , foi possível remover o tumor na ausência de complicações.

## Responsabilidades éticas

**Proteção de pessoas e animais.** Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

**Confidencialidade dos dados.** Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

**Direito à privacidade e consentimento escrito.** Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## Bibliografia

1. Bergmark BA, Sobieszczyk P, Gravereaux EC, et al. Acute dissection of the descending aorta: a case report and review of the literature. *Cardiol Ther.* 2013;2:199–213.
2. Lenders JW, Duh QY, Eisenhofer G, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99:1915–42.
3. Bonaca MP, O’Gara PT. Diagnosis and management of acute aortic syndromes: dissection, intramural hematoma, and penetrating aortic ulcer. *Curr Cardiol Rep.* 2014;16:536.
4. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2014;35:2873–926.
5. Nienaber CA, Powell JT. Management of acute aortic syndromes. *Eur Heart J.* 2012;33:26.

6. Prieto D, Antunes MJ. Dissecção Aguda da Aorta. *Rev Port Cardiol*. 2005;24:583-604.
7. Howard DP, Banerjee A, Fairhead JF, et al. Population-based study of incidence and outcome of acute aortic dissection and premorbid risk factor control: 10-year results from the Oxford Vascular Study. *Circulation*. 2013;127:2031-7.
8. Galabada D-P, Nazar AL. Unusual presentation of aortic dissection: post-coital acute paraplegia with renal failure. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2014;25:1059-61.
9. Harris KM, Strauss CE, Eagle KA, et al. Correlates of delayed recognition and treatment of acute type A aortic dissection: the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2011;124:1911-8.
10. Toutounchi S, Pogorzelski R, Siński M, et al. A spontaneous paraganglioma-pheochromocytoma syndrome. *Cent Eur J Urol*. 2013;66:437-9.
11. Mazza A, Armigliato M, Marzola MC, et al. Anti-hypertensive treatment in pheochromocytoma and paraganglioma: current management and therapeutic features. *Endocrine*. 2014;45:469-78.
12. Santos RJ, Domingues R, Pontalvão P, et al. Paraganglioma, caracterização clínica e funcional de 40 casos. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo* 6. 2011:7-14.
13. Castanheira de Oliveira M, da Silva G, Machado R, Lima O, Ramires R, Marcelo F. Paraganglioma Retro-Peritoneal: Um diagnóstico raro mas importante. *Acta Urológica*. 2009;26:47-53.
14. Ramlawi B, David EA, Kim MP, et al. Contemporary surgical management of cardiac paragangliomas. *Ann Thorac Surg*. 2012;93:1972-6.
15. Barski D. Management and follow up of extra-adrenal pheochromocytoma. *Cent European J Urol*. 2014;67:156-61.
16. Pinato DJ, Ramachandran R, Toussi STK, et al. Immunohistochemical markers of the hypoxic response can identify malignancy in pheochromocytomas and paragangliomas and optimize the detection of tumours with VHL germline mutations. *Br J Cancer*. 2013;108:429-37.
17. Martins M, Bugalho MJ. Paragangliomas/Pheochromocytomas: clinically oriented genetic testing. *Int J Endocrinol*. 2014;2014:794187.
18. Eisenhofer G, Tischler AS, de Krijger RR, et al. Diagnostic tests and biomarkers for pheochromocytoma and extra-adrenal paraganglioma: from routine laboratory methods to disease stratification. *Endocr Pathol*. 2012;23:4-14.
19. Deutschbein T, Fassnacht M, Weismann D, et al. Treatment of malignant pheochromocytoma with a combination of cyclophosphamide, vincristine and dacarbazine: own experience and overview of the contemporary literature. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2015;82:84-90.
20. Strobel K, Burger C, Schneider P, et al. MIBG-SPECT/CT-angiography with 3D reconstruction of an extra-adrenal pheochromocytoma with dissection of an aortic aneurysm. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2007;34:150.
21. Goran KP. Pheochromocytomas in aortic dissection patients: have they been missing or missed? *Am J Emerg Med*. 2008;26:626-7.
22. Bowen FW, Civan J, Orlin A, et al. Management of type A aortic dissection and a large pheochromocytoma: a surgical dilemma. *Ann Thorac Surg*. 2006;81:2296-8.