http://journal.unoeste.br/index.php/cv
DOI: 10.5747/cv.2021.v13.n3.v337
ISSN on-line 1984-6436

Colloquium Vitae

Submetido: 12/02/2021 Aceito: 25/02/2022

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE MÚLTIPLOS ANEURISMAS EM ARTERIAS CORONÁRIAS: RELATO DE CASO

Sylvia Sousa Genaro, Eduarda Caroline Moreira Vieira, Charlene Troiani do Nascimento, Fábio Rossetto Leão, Talita Tiemi Hoshino Bueno, Emanuely Camargo Barbosa

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP. E-mail: sylviagenaro@gmail.com

RESUMO

O estudo relata o caso de paciente portador de múltiplos aneurismas e ectasias das artérias coronárias que teve como primeira manifestação síndrome coronariana aguda. Trata-se de paciente masculino com 42 anos, que deu entrada com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supra do segmento ST. A cineangiocoronariografia evidenciou lesão triarterial com dilatações aneurismáticas e ectásicas das coronárias. Foi optado por cirurgia de revascularização do miocárdio, porém o mesmo se negou a realizar o tratamento cirúrgico. Recebeu alta com tratamento clínico otimizado com seguimento ambulatorial pós-internação. Meses após o diagnóstico, o paciente foi a óbito já estando em seguimento em outro serviço. O aneurisma de artéria coronária é uma entidade rara. O manejo ideal ainda não está bem estabelecido, existindo dúvidas e divergências sobre o tratamento cirúrgico e o intervencionista e quando indicá-los.

Palavras-chave: coronariopatia; aneurisma coronário; síndrome coronariana aguda; angiografia coronária; aterosclerose.

CORONARY SYNDROME ACUTE AS FIRST MANIFESTATION OF MULTIPLE ANEURISMS OF CORONARY ARTERIES: CASE REPORT.

ABSTRACT

The study reports the case of a patient with multiple aneurysms and ectasias of the coronary arteries whose first manifestation was acute coronary syndrome. This is a 42-year-old male patient who was diagnosed with acute myocardial infarction without ST segment elevation. Cineangiocoronariography showed a three-vessel lesion with aneurysmatic and ectatic coronary dilations. Myocardial revascularization surgery was chosen, but he refused to undergo surgical treatment. He was discharged with optimized clinical treatment with outpatient follow-up. Months after diagnosis, the patient died and was being followed up in another service. Coronary artery aneurysm is a rare entity. The ideal management is still not well established, with doubts and disagreements about surgical and interventional treatment and when to indicate them.

Keywords: coronary disease; coronary aneurysm; acute coronary syndrome; coronary angiography; atherosclerosis.

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana aneurismática é definida como uma dilatação no lúmen da artéria coronária excedendo em 1,5 vezes o diâmetro dos segmentos adjacentes. Já os aneurismas arteriais coronarianos (AACs) gigantes, apesar de ainda não ter uma definição exata, podem ser assim nomeados quando o vaso tem diâmetro superior a 8 mm.[1] A maioria dos pacientes portadores desta comorbidades são assintomáticos, entretanto, podem ocorrer algumas manifestações como angina *pectoris*, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca grave até morte súbita.[2]

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

A doença aterosclerótica é a principal causa dos AACs nos adultos, sendo responsável por 50% dos casos. Além disso, outras possíveis etiologias incluem doença de Kawasaki, malformações congênitas, infecções e traumas.[3-4] Os aneurismas discretos estão mais relacionados a doença arterial coronariana grave quando comparados a ectasia, sendo que quando causados pela aterosclerose são predominantemente múltiplos, ou seja, acometendo mais de um vaso.[4]

O AAC é uma condição clínica rara com incidência de 0,3 a 5%, encontrada eventualmente através da angiografia coronariana, sendo ainda mais raro o aneurisma gigante da artéria coronária com incidência de 0,02% dentre todos os casos envolvendo a doença aterosclerótica, ocorrendo predominantemente no sexo masculino,[5] sendo assim, este artigo relata o caso de um paciente de 42 anos, que deu entrada no serviço de emergência apresentando um quadro sugestivo de infarto agudo do miocárdio com posterior identificação de múltiplos aneurismas e ectasia das artérias coronarianas.

Pela raridade do caso, este estudo se faz necessário para alertar os profissionais emergencistas que a síndrome coronariana aguda pode ser uma manifestação de doença aneurismática de coronária e que mesmo sendo rara e na maioria das vezes assintomática, pode levar a morte.

METODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Pesquisa e do Hospital onde o estudo foi realizado, seguindo as orientações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) baseadas na Declaração de Helsinque. Submetido na Plataforma Brasil com aprovação sob numero CAAE: 22532719.3.0000.5515.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 42 anos, pardo, empresário, natural do Oeste Paulista, com histórico de infarto agudo do miocárdio há 5 anos tratado conservadoramente, sem investigação complementar segundo o mesmo. Deu entrada no serviço de Emergência com quadro de precordialgia em aperto com irradiação para a mandíbula com 6 horas de evolução, associado a náusea e dois episódios de vômitos. Como antecedente patológico relatava ser hipertenso, diabético, dislipidêmico em uso irregular das medicações. Na admissão, pressão arterial 170/90mmHg, frequência cardíaca de 98bpm, saturação periférica 96% em ar ambiente, eupneico. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Foi realizado medidas para síndrome coronariana aguda com dupla antiagregação plaquetária e anticoagulação plena. Durante a evolução clínica, houve ascensão, pico e queda dos marcadores de necrose miocárdica (CK-MB 71, 204, 123, 41U/L – Valores de referência: 0-16U/L; com Troponina de 21,300ng/mL – Valores de referência: 0,012-0,120 ng/mL), fechando o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supra do segmento ST. No segundo dia de internação o paciente foi submetido a angiografia coronária com evidência de lesão triarterial com dilatações aneurismáticas e ectásicas das coronárias. Artéria coronária direita dominante, com grande aneurisma proximal, artéria ventricular posterior com ectasias e lesão de 90% em terço médio (Figura 1A). Artéria descendente anterior com grande aneurisma em terço médio e 2ª diagonal ocluída (Figura 1B). Artéria circunflexa com aneurisma gigante em terço proximal (Figura 1C) e imagem sugestiva de trombo intra aneurisma e ventriculografia com hipocontratilidade difusa. O Eletrocardiograma realizado na admissão apresentava fibrilação atrial com bloqueio de ramo direito (Figura 2). Após discussão do caso com a equipe do *Heart Team* foi optado por cirurgia de revascularização do miocárdio, tendo em vista que além dos aneurismas de coronárias o paciente apresentava lesões ateroscleróticas com estenose importante que também necessitavam de revascularização, porém o mesmo se negou a realizar o tratamento cirúrgico. Recebeu alta com tratamento clínico otimizado para coronariopatia com seguimento em ambulatório de Cardiologia do nosso serviço, tendo realizado retorno após internação. Meses após o diagnóstico, o paciente apresentou óbito já estando em seguimento em outro serviço.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

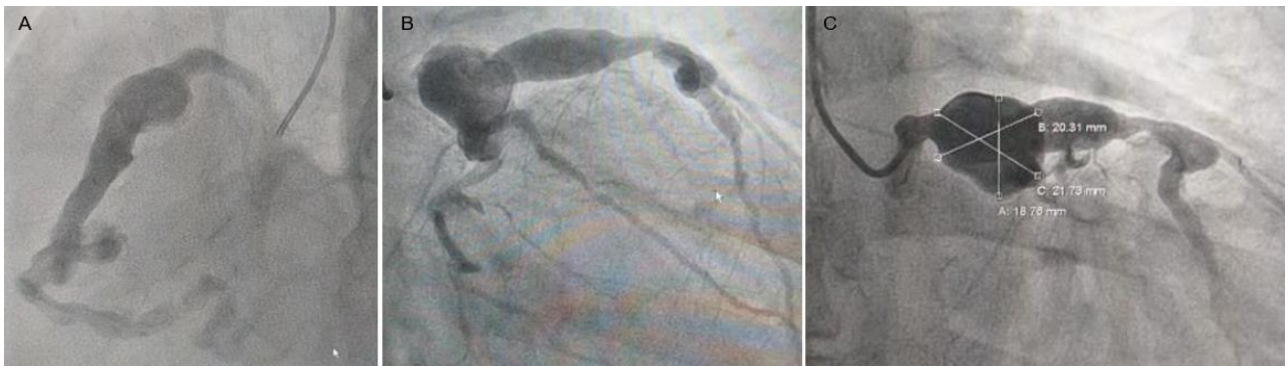


Figura 1. Imagens da angiografia coronária. Em A, evidencia artéria coronária direita irrigando a parede posterior do ventrículo esquerdo; artéria ectasiada e com grande aneurisma proximal; Em B, demonstra artéria descendente anterior com grande aneurisma no terço proximal e 2ª diagonal ocluída; Em C, a artéria coronária circunflexa com grande aneurisma proximal.
Fonte: prontuário médico do paciente

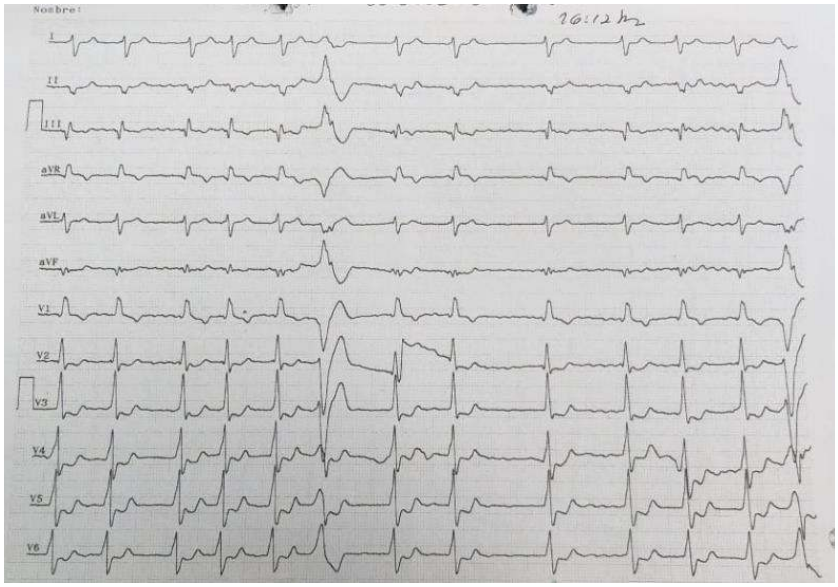


Figura 2. Eletrocardiograma de 12 derivações em repouso da admissão apresentando fibrilação atrial e bloqueio de ramo direito. Fonte: prontuário médico do paciente.

DISCUSSÃO

O aneurisma de artéria coronária tem como definição a dilatação de uma porção do vaso com diâmetro maior que 1,5 vezes a amplitude normal dos segmentos vizinhos. Podem ser classificados como saculares ou fusiformes, sendo os aneurismas arteriais coronarianos ateroscleróticos geralmente fusiformes, enquanto os aneurismas gigantes, aqueles com aumento de 4 vezes o espaço normal dos demais vasos, saculares.[6] A causa mais comum nos adultos é a aterosclerose.[7]

Pacientes portadores de aneurismas e doença arterial coronariana (DAC), concomitantemente, são mais predispostos, sexo masculino, com infarto do miocárdio prévio e doença aterosclerótica de três vasos. Não há estudos que afirmam a relação de fatores de risco, como hiperlipidemia, hipertensão, diabetes, infarto do miocárdio e tabagismo na incidência da doença aneurismática, no entanto, as características histopatológicas dos aneurismas coronarianos corroboram para uma associação fisiopatológica entre elas[7]. Além disso, é comum a formação de trombos no interior dos aneurismas, representando mais um potencial fator de risco para embolização distal levando a posterior isquemia miocárdica.[8]

Dessa forma, demonstrado através do caso clínico, o paciente do sexo masculino, além do histórico pessoal de infarto do miocárdio também apresentava dislipidemia, diabetes e hipertensão negligenciados pelo mesmo que fazia uso irregular da medicação. Ao dar entrada no serviço, apresentava sintomas de infarto agudo do miocárdio confirmado através da ascensão

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

dos marcadores de necrose miocárdica, reforçando certa associação entre os fatores de risco e as consequências nas artérias coronárias.

Para diagnóstico e confirmação dos achados coronarianos, a angiografia coronariana é considerada padrão-ouro, pois oferece dados significativos como tamanho, forma, localização e quantidade de aneurismas, além do grau da estenose coronariana.[9] A artéria coronária mais acometida é a coronária direita abrangendo de 40 a 61% dos casos, seguida da artéria descendente anterior responsável por 15 a 32%, enquanto a artéria circunflexa está envolvida de 15 a 23% e por fim, o tronco da artéria coronária esquerda em apenas 0,1 a 3,5% dos eventos.[4] O paciente em questão foi submetido a angiografia coronária que demonstrou lesão triarterial com dilatações aneurismáticas e ectásicas, onde a artéria coronária direita dominante apresentou grande aneurisma proximal, artéria ventricular posterior com ectasias e lesão de 90% em terço médio. Enquanto a artéria descendente anterior exibiu grande aneurisma em terço médio e duas diagonais ocluídas e artéria circunflexa com aneurisma gigante em terço proximal e imagem sugestiva de trombo intra aneurisma.

Em relação ao tratamento, não há um consenso ideal quanto a abordagem aos pacientes com AAC. O tratamento clínico conservador é uma opção utilizando medicamentos antiplaquetários ou anticoagulantes, a intervenção cirúrgica é considerada mais apropriada para os pacientes sintomáticos, com aneurismas maiores e associados à DAC, como é o caso do indivíduo relatado.[8] Para este, portanto, o método cirúrgico seria o mais indicado de acordo com a sua condição clínica, porém o mesmo se recusou e optou pelo tratamento conservador, vindo a óbito após alguns meses do início do tratamento.

O aneurisma de artéria coronária é uma entidade rara, pouco descrita na literatura. Apesar de não terem sido encontrados estudos que afirmem a correlação entre os aneurismas coronarianos e as comorbidades do indivíduo, estas devem ser tratadas a fim de evitar alterações como as que por este artigo foram relatadas. Além disso, manejo ideal ainda não está bem estabelecido, existindo dúvidas e divergências sobre o tratamento cirúrgico e o intervencionista e quando indicá-los.

AGRADECIMENTOS E CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

Agradecemos imensamente ao paciente envolvido na descrição do caso pelo aceite e pela contribuição na obtenção dos dados.

REFERENCIAS

1. Usuku, H., Kojima, S., Kuyama, N., Hanatani, S., Araki, S., Tsujita, K., Tsunoda, R., Fukui, T., & Hokimoto, S. (2017). Multiple Giant Coronary Artery Aneurysms. *Internal medicine (Tokyo, Japan)*, *56*(15), 1973–1976. DOI: https://doi.org/10.2169/internalmedicine.56.8357

2. Caffaro CFC *et al*. Múltiplos aneurismas coronarianos em pacientes com síndrome coronariana aguda. Rev Bras Cardiol 2012 [citado em 2022 Maio 20]; 25(5):406-409. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-666575.

3. Shen J, Zhou Y, Fang Z, Hu J. Multiple giant coronary artery aneurysms combined with right coronary artery-pulmonary artery fistula: a case report. BMC Surg. 2019 Jul 5;19(1):80. doi: 10.1186/s12893-019-0547-z. PMID: 31277612; PMCID: PMC6612139. DOI: https://doi.org/10.1186/s12893-019-0547-z

4. Howard, J. M., Viswanath, O., Armas, A., Santana, O., & Rosen, G. P. (2017). Interesting images: Multiple coronary artery aneurysms. *Annals of cardiac anaesthesia*, *20*(3), 331–332. DOI: https://doi.org/10.4103/aca.ACA_22_17

5. Sadeghi MM, Jouzdani SR. Giant left anterior descending coronary artery aneurysm in an adult male patient with ST elevation myocardial infarction. J Surg Case Rep. 2016 Mar 28; 2016 (3):rjw023. DOI: 10.1093/jscr/rjw023. PMID: 27021297; PMCID: PMC4809239. DOI: https://doi.org/10.1093/jscr/rjw023

6. Jeudy J, White CS, Kligerman SJ, Killam JL, Burke AP, Sechrist JW, Shah AB, Hossain R, Frazier AA. Spectrum of Coronary Artery Aneurysms: From the Radiologic Pathology Archives.

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Radiographics. 2018 Jan-Feb;38(1):11-36. DOI: https://doi.org/10.1148/rg.2018170175

7. Abou Sherif S, Ozden Tok O, Taşköylü Ö, Goktekin O, Kilic ID. Coronary Artery Aneurysms: A Review of the Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Front Cardiovasc Med. 2017 May 5;4:24. doi: 10.3389/fcvm.2017.00024. PMID: 28529940; PMCID: PMC5418231. DOI: https://doi.org/10.3389/fcvm.2017.00024

8. Beckmann E, Rustum S, Marquardt S, Merz C, Shrestha M, Martens A, Haverich A, Ismail I. Surgical treatment of coronary artery aneurysms. J Card Surg. 2017 Nov;32(11):674-679. doi: 10.1111/jocs.13227. Epub 2017 Oct 13. PMID: 29027271. DOI: https://doi.org/10.1111/jocs.13227

9. Crawley PD, Mahlow WJ, Huntsinger DR, Afiniwala S, Wortham DC. Giant coronary artery aneurysms: review and update. Tex Heart Inst J. 2014 Dec 1;41(6):603-8. doi: 10.14503/THIJ-13-3896. PMID: 25593524; PMCID: PMC4251331. DOI: https://doi.org/10.14503/THIJ-13-3896

Artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).