

Carlos Roberto Cardoso

Ponte de safena da aorta para veia coronária realizada acidentalmente: aspectos do diagnóstico. Relato de caso

É relatado um caso no qual foi realizado o diagnóstico clínico com confirmação cineangiográfica de uma anastomose da aorta para veia coronária, realizada acidentalmente.

A despeito do grande número de cirurgias de revascularização miocárdica, a colocação de anastomose em veia coronária e não em artéria é uma complicação rara e pouco referida¹⁻⁶. Porém, com as técnicas de cardioplegia tal complicação teria maior possibilidade de ocorrer.

O relato do presente caso nos parece oportuno pela raridade e para alertar sobre a possibilidade de realização do diagnóstico.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 55 anos de idade, portadora de hipertensão arterial sistêmica e angina de peito, ao exame físico não foram constatadas anormalidades (a tensão arterial estava controlada por medicamentos). O eletrocardiograma mostrava sinais de hipertrofia ventricular esquerda e a radiografia de tórax foi considerada normal. Foi submetida a estudo hemodinâmico (tab. I) e cinecoronariografia em 29/9/81. A função ventricular esquerda era normal. As artérias coronárias apresentavam lesões obstrutivas severas em artéria descendente anterior, artéria coronária direita e artéria circunflexa.

Em abril de 1982 foi submetida à cirurgia de revascularização miocárdica, para colocação de três pontes de safena. Nos controles médicos pós-operatórios a paciente ainda referia angina de peito. No 7.º mês após a cirurgia foi auscultado um sopro de alta frequência, com intensidade +/IV, contínuo, audível no 2.º EIE, compatível com sopro de fístula. Foi então feito o diagnóstico da colocação de uma anastomose da aorta em veia coronária, com formação de uma fístula. Indicou-se nova coronariografia, que não foi aceita pela paciente. Um ano após a cirurgia, devido à piora da angina e ao aparecimento de cansaço fácil, a paciente concordou em se submeter a novo estudo hemodinâmico. Nessa ocasião o eletrocardiograma revelava zona eletricamente inativável de face diafragmática, hipertrofia ventricular esquerda e isquemia subepicárdica anterior. A radiografia de tórax revelou um pequeno aumento de volume do coração e a vascularização pulmonar proeminente em comparação com os exames pré-operatórios. Documentou-se sopro com um fonocardiograma (fig. 1). Os dados de cateterismo (tab. I) mostraram um pequeno aumento da pressão diastólica final de ventrículo esquerdo e hipertensão arterial pulmonar leve. A oximetria não evidenciou nitidamente

Tabela I - Dados hemodinâmicos e oximétricos

	1.º cateterismo	2.º cateterismo	
	(28/9/81)	(18/5/83)	
	Pressões	Pressões	Oximetria
Veia cava superior	-	-	73%
Átrio direito	7	a=12 v=15 12	89%
Ventrículo direito	30/7/2	43/12/5	77%
Artéria pulmonar	30/11/19	43/23/31	77%
Circulação pulmonar	14	a=22 v=30 21	-
Ventrículo esquerdo	196/12/6	171/19/5	92%
Aorta	196/96/128	171/86/26	92%

um curto-circuito artério venoso, porém a saturação junto ao selo coronário era relativamente alta (80%). O estudo cineangiográfico confirmou a presença de anastomose da aorta para veia coronária anterior (interventricular) com amplo enchimento do seio coronário (fig. 2 e 3).

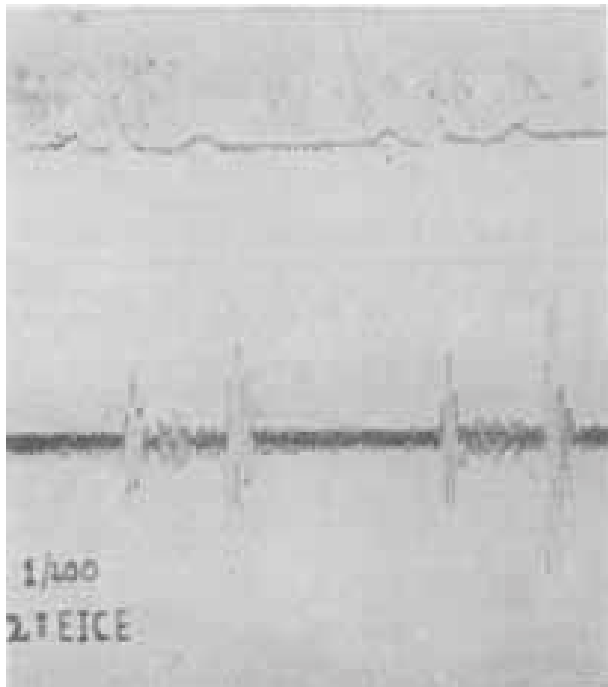


Fig. 1 - Fonocardiograma demonstrando a presença de sopro cardíaco.

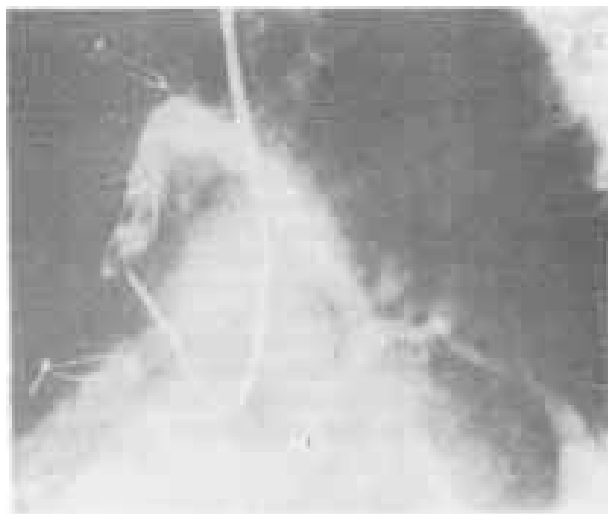


Fig. 2 - Injeção de contraste na ponte de safena (na oblíqua anterior esquerda).

COMENTÁRIOS

No presente caso verificou-se maior repercussão hemodinâmica da fistula do que na maioria dos casos relatados^{1-4,6}. Provavelmente isso se deva a uma avaliação mais tardia após a da cirurgia (7 meses), o que também ocorreu no caso descrito por Julius e col.⁵. É sugerido que no início as fístulas seriam pequenas e não teriam praticamente repercussão hemodinâmica^{1,7}. Em alguns



Fig. 3 - Injeção de contraste na ponte de safena (na oblíqua anterior direita).

casos o diagnóstico foi feito nos primeiros dias após a cirurgia, evidenciando que em algumas ocasiões o diagnóstico pode ser precoce¹.

A característica clínica dessa situação é a presença de sopro contínuo, de alta frequência, audível no 2.º EIE em paciente submetido à ponte de safena artéria descendente anterior.

O fator comum é a presença de doença aterosclerótica severa e o uso de cardioplegia, o que pode ocasionar dificuldade em certos casos, na identificação da veia e da artéria. A colocação da anastomose nos casos descritos sempre foi em veia coronária anterior (interventricular), quando a intenção era colocar em artéria descendente anterior.

É provável que tal complicação seja mais freqüente; sendo assim, o cardiologista e o cirurgião devem atentar para a presença de sopro contínuo no pós-operatório imediato de revascularização miocárdica, porém sem esquecer que, em algumas ocasiões, é possível auscultar sopro mesossistólico precoce em pacientes que receberam ponte de safena para artéria descendente anterior⁸.

A conduta varia em função da repercussão clínica pois, além da fístula, a área irrigada pela artéria descendente anterior deixou de ser revascularizada.

SUMMARY

The author reports a case of a saphenous vein graft of the aorta to the coronary vein, its clinical diagnosis and the confirmation by coronary angiography .

REFERÊNCIAS

1. Vieweg, W.V.R.; Folkerth, T.; Hagan, A. D - Saphenous vein graft from aorta to coronary vein with production or continuous murmur. A complication of coronary artery bypass surgery Chest, 68: 377, 1975.
2. Lawrie, G. M.; Morris, G. C ; Winters, W. L. - Aortocoronary saphenous vein autograft accidentally and surgical correction of the resultant arteriovenous fistula. Ann. Thorac. Surg. 22: 87, 1976.

ponte de safena da aorta para veia coronária

3. Treisman, B.; Sulbaran, T. A.; Cooley, D. A. - Saphenous vein bypass: from the aorta to the interventricular vein. *Ann. Thorac. Surg.* 26: 383, 1978.
4. Starling, M. R.; Groves, B. M.; Frost, D.; Toon, R; Aron, K. V. - Aorto-coronary vein fistula: a complication of coronary artery bypass graft surgery. *Chest*, 79: 64, 1981.
5. Grollman, J. H.; Lund, H. G.; Redington, J. V. -Percutaneous embolic occlusion of an inadvertent surgical aortocoronary vein fistula. *Catheter. Cardiovasc. Diag.* 28: 287, 1982.
6. Ostrega, E.; Miller, H. I.; Iakirevitch, V.; Vidne, B. - Surgically created aorta-coronary vein fistula. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 85: 143, 1983.
7. Vieweg, W. V. R.- Continuous murmur following bypass surgery. *Chest*, 79 4, 1981.
8. Karpman, L. - The murmur of aortocoronary bypass. *Am. Heart J.* 83: 179, 1972.