

Revascularização miocárdica na estenose sífilítica da artéria coronária esquerda. Relato de caso

Carlos R. Moraes, Paulo Sérgio Oliveira, Jorge V. Rodrigues, Mozart Escobar

Os autores descrevem o caso de uma jovem de 27 anos de idade, portadora de aortite luética e estenose do óstio da artéria coronária esquerda. A paciente desenvolveu grave quadro de angina do peito, sendo submetida, com sucesso, à cirurgia de revascularização miocárdica. Chamam a atenção para a raridade e o grave prognóstico dessa lesão, bem como para possibilidade de tratamento eficaz pelas pontes de veia safena.

O acometimento do sistema cardiovascular ocorre em, aproximadamente, 10% dos casos de sífilis não tratada. Estudando 100 casos autopsiados de sífilis cardiovascular, Heggveit¹ observou 4 tipos de lesão: aortite sífilítica não complicada; aneurisma da aorta; insuficiência aórtica e estenose dos óstios coronários.

A estenose dos óstios coronários, conseqüente a um processo de endarterite obliterante, foi observada por aquele autor em 26% dos casos, mas quase sempre estava associada à regurgitação aórtica ou ao aneurisma da aorta ascendente. Apenas em 40% dos casos, ela era a única manifestação de sífilis cardiovascular.

A raridade dessa lesão justifica o presente trabalho, que relata o caso de uma paciente de 27 anos de idade, submetida à cirurgia de revascularização miocárdica para tratamento de angina do peito, secundária à lesão sífilítica obstrutiva da artéria coronária esquerda.

Apresentação do caso

Mulher de 27 anos de idade, procurou o nosso serviço, em agosto de 1983, relatando, há dois meses, dor precordial forte, em queimação, desencadeada inicialmente por esforços físicos, mas rapidamente progredindo para um quadro de dor em repouso. Não havia antecedentes de lues.

Ao exame físico, apresentava bom estado geral, sem sinais de insuficiência cardíaca, ritmo cardíaco regular com frequência de 108 bpm e pressão arterial de 110 x 70 mmHg. Havia um sopro sistólico + + + +, na borda esternal esquerda alta, irradiado para o pescoço. Os pulsos eram

palpáveis aos 4 membros. O eletrocardiograma (fig. 1) revelava isquemia e corrente de lesão subendocárdicas em parede anterior. A radiografia do tórax mostrava área cardíaca de tamanho e contorno normais, bem como trama vascular pulmonar normal.

Foi internada na Unidade Coronariana do Hospital Oswaldo Cruz do Recife, sendo, a princípio, tratada clinicamente.

Apesar de medicada com betabloqueadores e antagonistas do cálcio, a paciente continuava a apresentar angina do peito aos pequenos esforços.

O estudo hemodinâmico, realizado durante sua internação em outro hospital, revelava pressões intracavitárias normais e ausência de "shunt" intracardíaco.

Após 8 dias, foi submetida à cinecoronariografia, que mostrou lesão obstrutiva de 95% no tronco da artéria coronária esquerda (fig. 2). A injeção

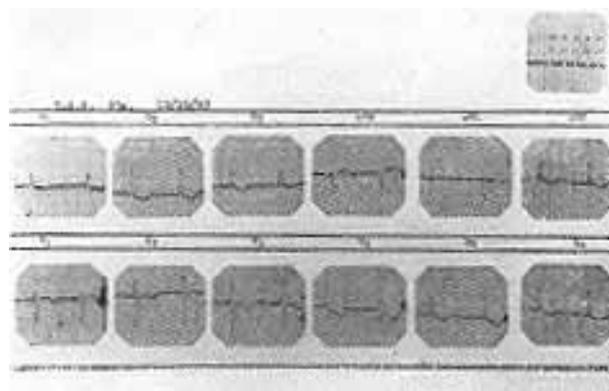


Fig. 1 - Eletrocardiograma anterior à operação.



Fig. 2 - Coronariografia esquerda. Observa-se grave lesão do óstio.

de contraste na coronária direita permitia a visibilização de todos os ramos da coronária esquerda. As artérias coronárias tinham bom calibre, paredes lisas, não apresentando outras lesões obstrutivas. A ventriculografia esquerda (fig. 3a e 3b) revelava hipocontratilidade difusa e moderada do ventrículo esquerdo (VE).

Em 11/10/83 a paciente foi submetida à cirurgia de revascularização miocárdica com circulação extracorpórea a 27°C e proteção miocárdica com solução cardioplégica gelada. Foram colocadas duas pontes de safena para um calibroso ramo marginal da artéria circunflexa e para a artéria descendente anterior. Na operação, observou-se que a aorta, ainda que de calibre normal, apresentava intensa aortite, e um fragmento foi retirado para histopatologia.

A evolução após a operação foi excelente, não tendo ocorrido qualquer complicação. Dois meses depois da cirurgia, a paciente encontra-se assintomática e o eletrocardiograma evidenciava acentuada melhora dos padrões de isquemia observados antes do ato operatório (fig. 4).

A histopatologia da aorta revelou tratar-se de aortite luética.

Comentários

Após a introdução do tratamento com penicilina, a sífilis cardiovascular tornou-se uma doença rara nos países desenvolvidos, embora sua incidência ainda seja considerável em regiões pobres. As lesões mais frequentes da sífilis cardiovascular são a insuficiência aórtica e o aneurisma da aorta ascendente. Angina do peito, secundária à obstrução dos óstios das coronárias é uma manifestação incomum da doença.

A suspeita de sífilis como causa de angina do peito deve ser lembrada em pacientes jovens nos quais a cinecoronariografia mostre obstrução de óstio coronário com o restante da rede vascular normal. Na aterosclerose,



Fig. 3a - Ventriculograma anterior à operação.



Fig. 3b - Ventriculograma em sístole, mostrando hipocontratilidade difusa e moderada.

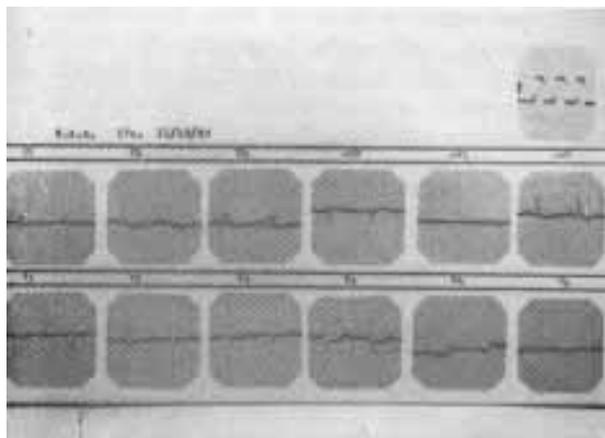


Fig. 4 - Eletrocardiograma após a cirurgia.

as obstruções são usualmente múltiplas e, nas lesões de tronco, a obstrução situa-se mais distalmente em relação ao óstio.

No caso ora apresentado, a confirmação de lues foi estabelecida pela histopatologia da aorta. Não deixa, porém, de ser inusitado tratar-se de uma jo-

vem de apenas 27 anos, sem história de lues e sem outras manifestações da doença, tais como insuficiência aórtica ou aneurisma.

As lesões obstrutivas do tronco da coronária esquerda, independente de sua etiologia apresentam prognóstico sombrio quando não tratadas cirurgicamente ^{2,3}. Por esse motivo, a indicação cirúrgica é imperiosa.

Dubost e col. ⁴, em 1960, foram os primeiros a realizar a endarterectomia transaórtica do óstio coronário, obstruído por sífilis. Esse procedimento também foi relatado por outros cirurgiões ^{5,6}. Acreditamos que, atualmente, a revascularização do miocárdio com pontes de veia safena, como já relatado em nosso meio ⁷, seja a operação de escolha.

A evolução de nossa paciente tem sido excelente e, há boas possibilidades de que o resultado tardio da operação da revascularização miocárdica seja bom, pois a rede vascular coronária era normal e, neste caso, não há problemas decorrentes da progressão da aterosclerose.

Summary

The authors describe the case of a 27-year-old female patient with luetic aortitis and isolated ostial stenosis of

the left coronary. The patient presented with severe angina and was successfully submitted to myocardial revascularization. The grave prognosis of this rare lesion can be of successfully treated by coronary artery bypass surgery

Referências

1. Heggetveit, H. A. - Syphilitic aortitis. A clinico-pathologic study of 100 cases, 1950 to 1960, *Circulation*, 29: 346, 1964.
2. Lim, J. S.; Proudfit, W. L.; Sones, F. M. Jr. - Left main coronary artery obstruction: Long-term follow-up of 141 non-surgical cases. *Am. J. Cardiol.* 36: 131, 1965.
3. Crosly, I. K.; Wellons, H. A.; Burwell, L. - Total occlusion of left coronary artery. Incidence and management. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 77: 389, 1979.
4. Dubost, C.; Blondeau, P.; Piwinica, A.; Weiss, M.; Lenfant, C.; Posselecq, J.; Guery, J. - Syphilitic Coronary obstruction: Correction under artificial heartlung and profound hypothermia. 10°C. *Surgery*, 48: 540, 1960.
5. Beck, W.; Barnard, C. N.; Schire, V. - Syphilitic obstruction of coronary ostium successfully treated by endarterectomy. *Br. Heart J.* 27: 911, 1965.
6. Connolly, J. E.; Eldridge, F. L.; Calvin, J. W.; Stemmer, E. A. - Proximal coronary-artery obstruction. Its etiology and treatment by transaortic endarterectomy. *N. Engl. J. Med.* 271: 213, 1964.
7. Barbosa Filho, J.; Lopes, A. S.; Tabet, F. F.; Jazbik, W.; Benchimol, A. B. - Obstrução sífilítica do "ostium" da coronária esquerda. *JBM*, 45: 64, 1983.