

**MESAORTITE OSTIAL LUÉTICA E INFARTO DO MIOCÁRDIO. RELATO DE CASO**

ANELISE HAGEN FERRARI\*, TIZUKO MIYAGUI\*, INÊS KOPSCHITZ PRAZEDES\*\*,  
WLADEMIR TADEU BATISTA SOARES\*\*\*

---

*É relatado um caso com características clínicas, eletrocardiográficas e anátomo-patológicas de infarto agudo do miocárdio devido a estreitamento dos orifícios coronários por mesaortite luética. É lembrada ainda a importância dessa causa no diagnóstico diferencial em pacientes com insuficiência coronária pela possibilidade de cura através de tratamento cirúrgico.*

---

A sífilis cardiovascular pode manifestar-se sob a forma de mesaortite luética não complicada, insuficiência aórtica, aneurisma, coronarite e miocardite<sup>1</sup>. Entre as causas de aortite, a sífilis é a mais importante e, em clínica, talvez a única<sup>1</sup>, embora um estudo de 100 casos de aortite sífilítica tenha mostrado que somente 17% dos pacientes tinham diagnóstico clínico prévio<sup>2</sup>. No mesmo estudo, o autor sugeriu que, em pacientes com insuficiência aórtica ou aneurisma de aorta torácica, perante antecedente de sífilis ou sorologia positiva, deve ser cogitado o diagnóstico de aortite sífilítica. A sorologia foi positiva em 135 pacientes no grupo de 176 portadores de sífilis cardiovascular<sup>1</sup>. Outro autor encontrou positividade em 40% e negatividade em 28% (nos demais pacientes os testes não foram feitos ou mostraram resultados duvidosos)<sup>2</sup>. Dessa forma, a sorologia negativa não afasta, definitivamente, a sífilis, como foi constatado também em um paciente com goma cardíaca e que apresentava o VDRL negativo e teste de Kahn duvidoso<sup>3</sup>.

A história de infecção primária, mesmo quando indagada, não está presente em muitos pacientes. Dessa forma, em 176 pacientes de sífilis cardiovascular, somente 91 relataram história prévia de sífilis. No mesmo grupo, a média do número de anos entre a infecção primária e o óbito foi de 23,36 anos<sup>1</sup>, o que poderia contribuir para a ausência deste dado importante na anamnese.

A dificuldade do diagnóstico em vida é ainda explicada porque as duas complicações mais frequentes da aortite luética (insuficiência aórtica e

aneurisma)<sup>1,2</sup> podem ser decorrentes de causas mais comuns como cardite reumática, síndrome de Marfan, aterosclerose e hipertensão arterial. Apesar disso, insuficiência aórtica pura, isto é, não associada a alteração da valva mitral é, em princípio, suspeita de ser devida à mesaortite luética<sup>1</sup>. Uma causa pouco frequente de insuficiência aórtica luética é o prolapso valvular que seria explicado pela dilatação da raiz da aorta e envolvimento direto das válvulas<sup>4</sup>.

A localização do aneurisma é importante para diagnóstico etiológico, já que a grande maioria dos aneurismas luéticos é localizada na aorta torácica<sup>1</sup>.

A presença de aterosclerose pode confundir diagnóstico etiológico da doença aórtica. Nos casos de uma série de aortite sífilítica a aterosclerose torácica era maior que a abdominal em 60 pacientes<sup>2</sup> quando sabemos que, na população em geral, aterosclerose abdominal é mais pronunciada e que a aterosclerose aórtica é favorecida e intensificada pela sífilis<sup>1</sup>.

A miocardite, outra complicação que acompanha a mesaortite luética, mostra dados controversos na literatura. Num estudo de 176 pacientes com a necropsia, havia miocardite em 56<sup>1</sup>. Em outra série de 100 pacientes de lues cardiovascular, não foi evidenciado qualquer caso com miocardite ou gomas no exame anátomo-patológico<sup>2</sup>.

O comprometimento dos orifícios coronários, levando a estreitamento significativo, foi observado 26% das necropsias<sup>2</sup>. Em outro estudo, 5,6% dos pacientes apresentavam esta complicação<sup>1</sup>.

---

Realizado no Departamento de Patologia e Apoio Clínico da Universidade Federal Fluminense. \*Professora-Adjunta do Departamento de Patologia e Apoio Clínico da UFF.

\*\*Médica-Residência Trabalho realizado no Instituto do Coração - HC - FMUSP e Hospital Sírio-Libanês - São Paulo.ente do Departamento de Patologia e Apoio Clínico da UFF.

\*\*\* Médico-Residente do Departamento de Clínica Médica da UFF.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Homem pardo, de 46 anos, pedreiro, foi internado no Hospital Universitário Antonio Pedro. Havia sentido 25 dias antes, dor torácica, em pontada na região esternal que persistiu durante 5 dias e passou a ser acompanhada de irradiação para o dorso. O próprio paciente informava ter tido febre alta e calafrios.

Na internação, o paciente queixava-se de “dor no peito” e “falta de ar”. Estava lúcido, cooperante, acianótico e apirético com pressão arterial 100 x 60 mmHg, pulso radial regular com 100 bpm e frequência respiratória de 20 rpm. O ritmo cardíaco era regular, em 3 tempos, com 3.<sup>a</sup> bulha. Não havia sopros. A ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular presente universalmente com estertores de finas folhas em ambas as bases e sibilos expiratórios. O exame neurológico evidenciou hemiparesia esquerda com reflexos profundos exaltados.

No 4.<sup>o</sup> dia de internação queixava-se ainda de “dor no peito”. Estava taquidispnéico, apirético, com sudores profusa, cianose labial e de extremidades. A pressão arterial sistólica era 100 mmHg. A diastólica não era determinável. O pulso radial era irregular com 100 bpm (2 extra-sístoles/min) e o ritmo cardíaco irregular, em 3 tempos com 3.<sup>a</sup> bulha. A ausculta pulmonar evidenciava murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios. Nesse dia, houve piora da dor torácica e da insuficiência respiratória e a pressão arterial passou a ser dependente de vasopressores. À noite, foi constatado o óbito. Três horas antes do óbito, um eletrocardiograma mostrou: ritmo sinusal, frequência ventricular média de 100 bpm, bloqueio do ramo direito do 3.<sup>o</sup> grau associado a hemibloqueio esquerdo e infarto recente da parede anterior e lateral do miocárdio.

Na necropsia o coração tinha o peso de 350 g e apresentava inúmeras áreas confluentes de infarto recente distribuídas em toda parede livre de ventrículo esquerdo (lateral, posterior e diafragmática) desde o sulco atrioventricular até a ponta e ainda na parede septal. As cavidades atriais e ventriculares não mostravam alterações de volume nem continham trombos. As valvas mitral, tricúspide e pulmonar eram normais.

A aorta ascendente exibia discreta dilatação e acentuado espessamento da parede (em alguns trechos atingia 0,5 cm) e aumento da consistência. A íntima era irregular com áreas elevadas e “peroladas”, áreas de enrugamento e ainda placas amareladas. Tais áreas elevadas tinham consistência aumentada e envolviam ambos os orifícios coronários, estando o orifício coronário direito reduzido a uma fenda de 0,3 cm x 0,1 cm e o esquerdo a um orifício puntiforme de 0,1 cm x 0,1 cm (fig. 1). As duas comissuras aórticas relacionadas com a semilunar não coronária apresentavam alargamento acentuado pela presença de tecido pálido e endurecido sob a íntima, idêntico

àquele encontrado nos orifícios coronários. A íntima que revestia as coronárias apresentava raras placas amareladas. Não havia estreitamentos ou dilatações desses vasos.

O exame histológico do miocárdio confirmou o



Fig. 1 - Orifício coronário direito (seta) medindo 0,30 cm x 0,1 cm e esquerdo, medindo 0,1 x 0,1 cm (ponta de seta).

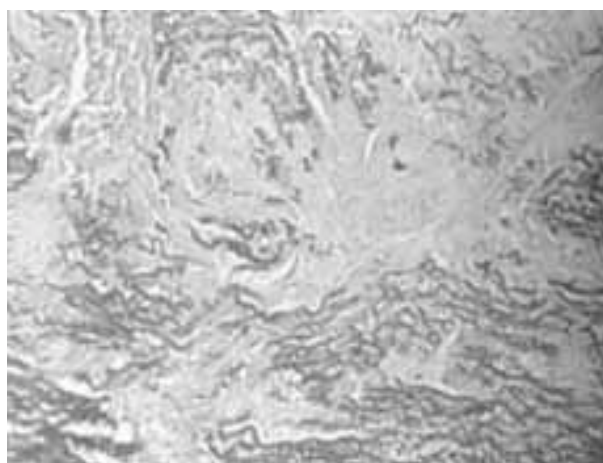


Fig. 2 - Aorta apresentando fibras elásticas substituídas por tecido conjuntivo fibroso (Weigert-Van Gieson).

diagnóstico de infarto recente. A aorta apresentava camada média com extensas áreas de substituição das fibras elásticas por tecido conjuntivo denso (fig. 2) e poucas áreas de necrose, além de inúmeros vasos neoformados circundados por grande número de linfócitos, plasmócitos e alguns corpúsculos de Russel (fig. 3). Os vasos da adventícia apresentavam hiperplasia celular concêntrica acompanhada de infiltrado inflamatório linfoplasmocitário (fig. 4). Fragmentos de aorta ascendente, submetidos a técnica especial para pesquisa de espiroquetas em cortes histológicos (levadite), não mostraram a presença deste agente etiológico.

O diagnóstico anátomo-patológico foi mesaortite luética com acentuado estreitamento de orifícios coronários (mais acentuado à esquerda) e conseqüente infarto agudo do miocárdio. Havia ainda edema e

congestão pulmonar, infarto renal e esplênico recente, além de duas áreas de hemorragias recente localizadas na substância branca do lobo perietal direito medindo 3,5cm x 1,5cm x 1,0cm.

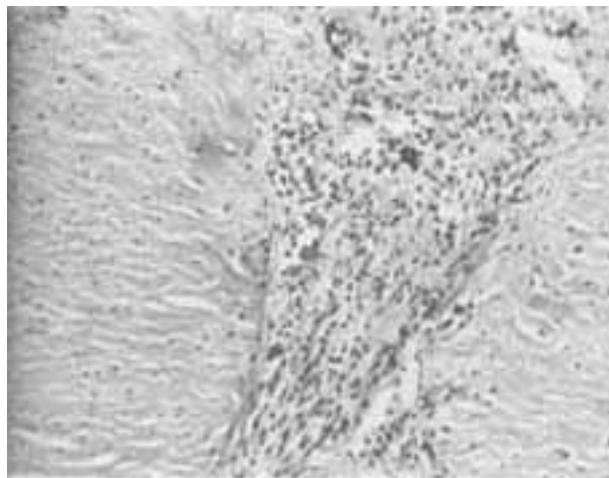


Fig. 3 - Abundante infiltrado inflamatório linfoplasmocitáriocircundando vasos ao nível da média(Hematoxilina-Eosina).

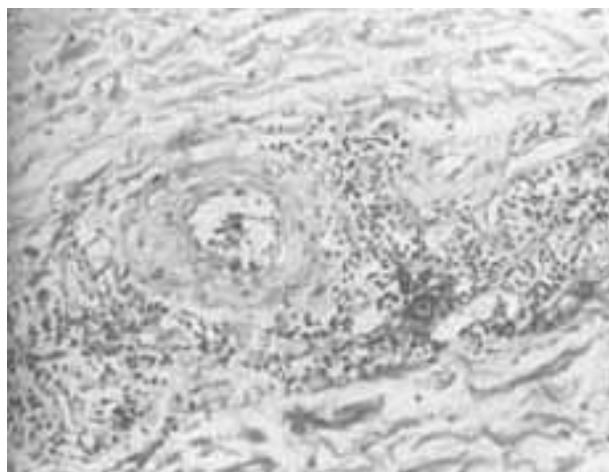


Fig. 4 - Endarterite proliferativa dos "vasavasori" acompanhada de intenso infiltrado inflamatório linfoplasmocitário (Hematoxilina Eosina).

## COMENTÁRIOS

Entre as diversas apresentações da sífilis cardiovascular, o estreitamento de orifícios coronários, ocasionando infarto do miocárdio, é uma das menos freqüentes<sup>1,2</sup>. Em nosso paciente, o extenso infarto do miocárdio, responsável pelo óbito, foi decorrência exclusiva do importante estreitamento do orifício esquerdo já que as coronárias não apresentavam aterosclerose significativa. Os dados clínicos e eletrocardiográficos permitiam o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, comprometendo paredes anterior e lateral de ventrículo esquerdo. Pela necropsia, constatou-se que o infarto agudo se estendia à parede diafragmática e septo interventricular.

O diagnóstico etiológico não foi possível em vida uma vez que não havia relato de infecção primária e não foram feitas reações sorológicas para sífilis.

Entre as complicações do infarto agudo do miocárdio, o paciente apresentou choque cardiogênico, bloqueio atrioventricular e fenômenos trombembólicos. Havia infarto renal e esplênico recente e ainda hemorragia parietal direita relacionada com a hemiparesia esquerda, embora durante a necropsia não tenha sido evidenciada trombose mural em cavidades cardíacas esquerdas.

A cardiomegalia estava presente em um estudo de 100 necropsias (peso médio do coração 476 g)<sup>2</sup>. Em nosso paciente a ausência de cardiomegalia estava relacionada, possivelmente com a ausência de miocardite e insuficiência aórtica.

Os espiroquetas são dificilmente demonstrados com lesões terciárias, mesmo naqueles pacientes que apresentavam gomas sífilíticas<sup>3,5</sup>. Inoculando-se animal com miocárdio fresco obtido de paciente portador de goma luética não foi possível demonstrar espiroquetas<sup>3</sup>.

Dissociação atrioventricular total pode ocorrer na doença cardíaca luética por diversas razões, entre elas a deficiência do suprimento coronário ao feixe de His em virtude do estreitamento dos orifícios coronários causado pela mesaortite sífilítica<sup>3</sup>. Outra complicação do estreitamento dos orifícios é a morte súbita observada em 5 dos 100 pacientes com aortite luética<sup>2</sup>.

A apresentação clínica e eletrocardiográfica dos pacientes com importante estreitamento dos orifícios pode ser idêntica àquela da doença coronária aterosclerótica. Na segunda, o tratamento por revascularização é paliativo e, na obstrução luética, o tratamento é curativo<sup>6</sup>.

A sífilis apresenta ainda uma prevalência importante em nosso meio. Tal verificação foi demonstrada por uma pesquisa sorológica em 2 penitenciárias de Niterói onde a positividade para sífilis atingiu cifras de 24.5%<sup>7</sup>. Em recém-nascidos e natimortos nos quais foi feita necropsia em nosso hospital, de 1971 a 1985, (805 necropsias), foram detectados 86 casos (10,68%) de sífilis\*.

Apesar de a sífilis cardiovascular não estar incluída entre as doenças mais comuns, é necessário estar atento para essa possibilidade já que, em nosso meio, a sífilis não foi erradicada e algumas de suas apresentações, como o estreitamento de orifícios coronários, são passíveis de cura, desde que sistematicamente incluídas entre os diagnósticos diferenciais.

## SUMMARY

Cardiovascular diseases due to tertiary syphilis, although not frequent, are still causes of morbidity and mortality. In the present paper, a case with clinical, electrocardiographic and anatomic-pathologic characteristics of myocardial infarction caused by syphilitic mesaortitis is reported. It is also emphasized the importance of this etiology in the differen-

\* Menezes, D. M. T. - Comunicação pessoal.

tial diagnosis for patients with coronary insufficiency when the cure can be obtained through surgical treatment.

#### REFERÊNCIAS

1. Vela, J. E.; Contreras, R.; Castro, J. C. - Estudio anatómico-clínico de la sífilis cardiovascular. Arch. Inst. Cardiol. Mex 32: 104, 1962.
2. Heggveit, H A. - Syphilitic aortitis. A clinicopathologic autopsy study of 100 cases, 1950 to 1960. Circulation, 29: 346, 1964.
3. Weinstein, A.; Kampmeier, R. H.; Harwood, T. R. - Complete heart block due to syphilis. Arch. Int. Med. 100: 90, 1957
4. Arvan, S. - Aortic valve prolapse due to syphilitic aortitia Am. Heart J. 108: 186, 1984.
5. Rangan, C. M. - Gomma of the heart. J. Indian Med. Ass. 35: 317, 1960.
6. Carneiro, R. C.; Lion, M. F.; Oliveria, P. R. G, Juan. E. S - Coronarite ostial sífilítica. Arq. Bras. Cardiol. 29: 235, 1976
7. Gomes, S. - Incidência de reações sorológicas positivas para sífilis na população carcerária de Niterói Arq. Bras. Med. 59: 275, 1985.