

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO CONSEQÜENTE A DELAMINAÇÃO DA AORTA DURANTE A GRAVIDEZ. RELATO DE CASO

OTÁVIO RIZZI COELHO *, CLAÚDIO PINHO **, LUIZ ANTONIO KANNEBLEY BITTENCOURT ***,
RONALDO DELLA PIAZZA BUENO ****, ROGÉRIO DE JESUS PEDRO *****, REINALDO DE LUCA *****,
GUSTAVO ANTONIO DE SOUZA ***** JOÃO JOSÉ FAGUNDES *****

Descreve-se um caso de infarto agudo do miocárdio conseqüente a aneurisma dissecante de aorta durante gravidez normal, sua evolução e as complicações ocorridas.

Apesar de ser de ocorrência mais freqüente após os 50 anos, não é incomum o encontro de delaminação da aorta nos grupos mais jovens¹. Cerca de 50% das dissecções aórticas em mulheres abaixo de 40 anos estão associadas à gravidez², o que a torna uma das mais temidas e graves complicações dessa. O objetivo do presente relato descreve a evolução de um caso de dissecção aórtica na gravidez, levando a infarto agudo do miocárdio por obliteração do óstio coronariano. A publicação deste evento pouco comum pode servir de alerta da ocorrência dessa patologia aos cardiopatas e obstetras.

RELATO DO CASO

Paciente de 36 anos, branca, solteira e doméstica. Na 36.^a semana de gestação apresentou omalgia esquerda irradiada para braço esquerdo e região escapular, de início há 24 horas associada a agitação, sudorese e náuseas. Ocorrera quadro semelhante mas de menor intensidade na semana anterior. Havia história progressiva de hipertensão arterial.

No exame físico notou-se dispnéia, palidez cutâneo-mucosa e cianose de extremidades. A pressão arterial era de 90/60 mm Hg e o pulso radial de 60 bpm. Na ausculta do tórax havia ritmo cardíaco regular com presença de B4, SSFM + /4, além de estertores subcrepitantes em bases pulmonares. O exame obstétrico era compatível com gravidez normal.

O eletrocardiograma revelou infarto agudo do miocárdio de parede diafragmática e isquemia lateral (fig. 1). O exame enzimático mostrou CPK: 130, LDH: 1332 e TGO: 120. Apresentou extra-sístoles ventriculares e bloqueio atrioventricular do 11.1 grau (fig. 2) que evoluiu para 2º grau (tipo Wenckebach) retornando ao ritmo sinusal no 6º dia de internação. No 8º dias a paciente entrou em trabalho de parto normal; foi feito fórceps de alívio sem intercorrências. A paciente obteve alta hospitalar em bom estado clínico, porém evoluiu com insuficiência cardíaca congestiva.

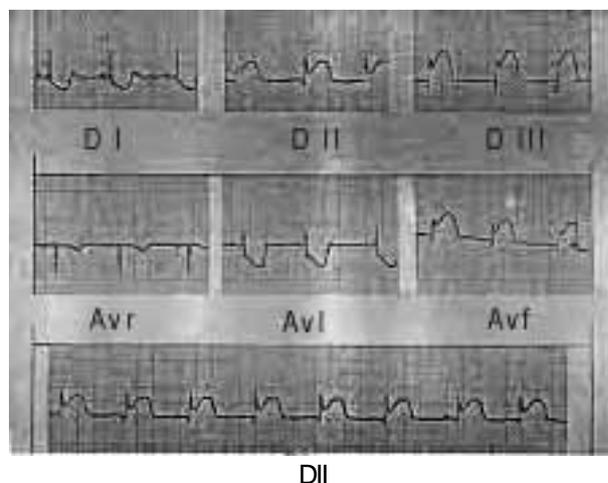


Fig.1 - Eletrocardiograma da fase aguda do miocárdio, com comprometimento da parede diafragmática e lateral alta.

Trabalho realizado na Disciplina de Cardiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

* Professor-Assistente da Disciplina de Cardiologia da UNICAMP- Cardiologista e Médico da UTI da Maternidade de Campinas

** Professor-Assistente Voluntário da Disciplina de Cardiologia da FCM-UNICAMP.

*** Professor-Assistente Doutor da Disciplina de Cardiologia da UNICAMP. Chefe da Disciplina de Cardiologia da FCM-UNICAMP.

**** Cardiologista e Médico da UTI da Maternidade de Campinas.

***** Médico da UTI da Maternidade de Campinas.

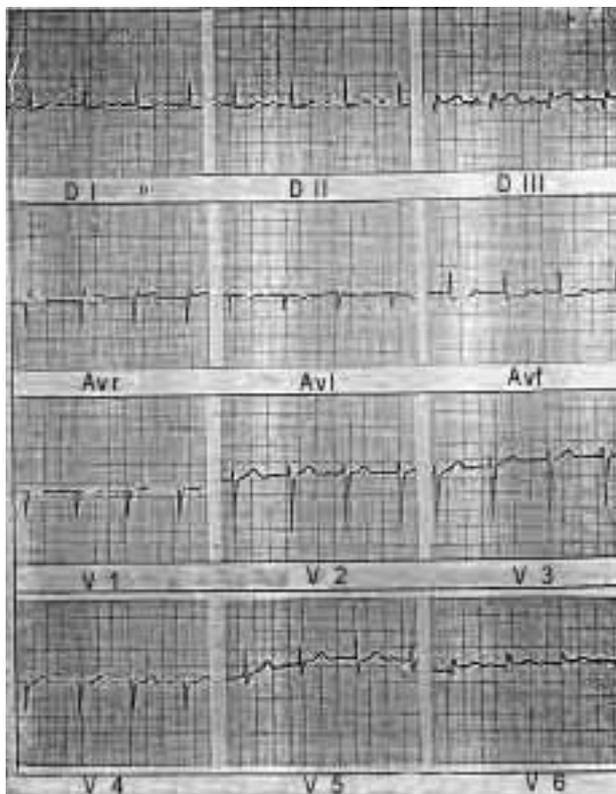


Fig.2 - Evolução eletrocardiográfica revelando bloqueio atrioventricular do 1º grau, e desaparecimento dos sinais da fase aguda.

O ecocardiograma (fig. 3) e o cateterismo feitos posteriormente sugeriram delaminação de aorta- insuficiência aórtica grave e oclusão de óstio da coronária direita (fig. 4 e 5). Foi proposto o tratamento cirúrgico, porém a paciente se negou.

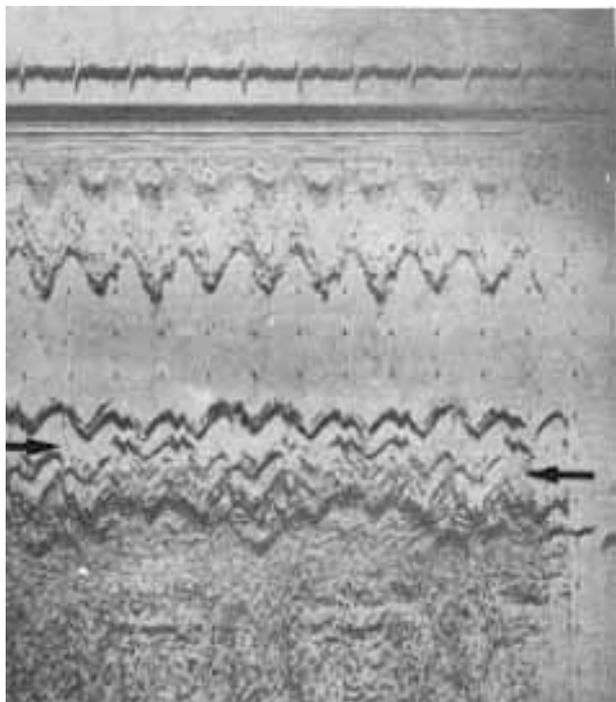


Fig.3 - Ecocardiograma sugerindo determinação da aorta (setas).

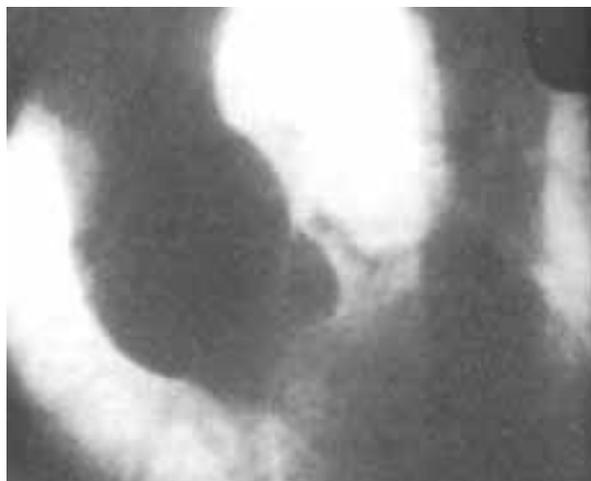


Fig.4 - Aortografia mostrando refluxo para o ventrículo esquerdo e dilatação da aorta ascendente (AO).

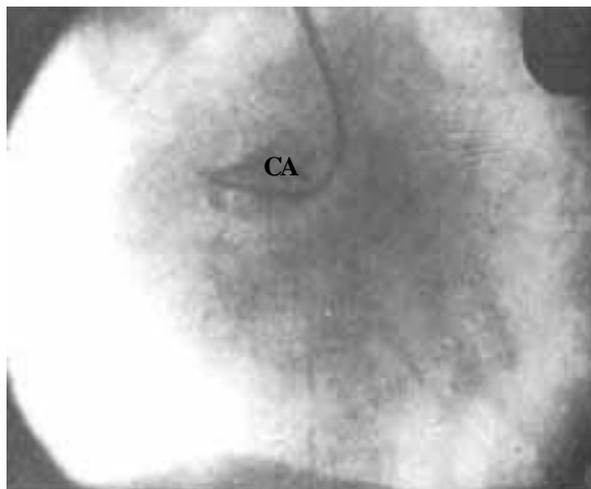


Fig.5 - Cateter (CA) no óstio coronariano direito mostrando obliteração da coronária direita.

Após um ano a paciente foi acometida de endocardite bacteriana subaguda causada por *Streptococcus viridans*, que regrediu com antibioticoterapia. Foi submetida à troca valvar aórtica e a enxerto vascular aórtico com reimplante coronariano, além de plastia mitral; a doente evoluiu satisfatoriamente.

Dois anos após a cirurgia foi reoperada para troca da prótese valvar aórtica, devido a disfunção. No entanto, um ano após a paciente desenvolveu quadro de acidente vascular cerebral embólico grave, evoluindo para óbito.

DISCUSSÃO

A delaminação da aorta (DA) é duas a três vezes mais freqüente em homens do que em mulheres e mais comum após os 60 anos¹; no entanto é bem conhecida a sua associação com a gravidez, já descrita por Mc Geachy e Paullin³, Schnitker e Bayer⁴, Pedowitz e Per-

rel⁵ e Hirst e col.⁶. Ocorre com maior frequência no 3º trimestre de gestação e no 1º mês pós-parto, sendo rara durante o trabalho de parto⁷. Há controvérsia na literatura quanto às alterações da parede da aorta que seriam responsáveis pela DA. Para Hirst e col.⁶ e Wat e Palmer⁸ as alterações degenerativas da média seriam requisitos básicos para a dissecação. Manalo-Estrella e Barker⁹ relacionaram a DA com ruptura das fibras elásticas e reticulíneas, hipertrofia e hiperplasia das células musculares lisas e diminuição dos mucopolissacarídeos intersticiais. Mais recentemente Schlattmann e Becker^{10,11} propuseram que a medionecrose cística a fragmentação das fibras elásticas a fibrose e a medionecrose não seriam achados específicos na DA, pois são encontrados também na aorta normal; no entanto nos pacientes com síndrome de Marfan e DA completa e incompleta essas alterações histológicas seriam quantitativamente diferentes da aorta normal e portanto, o aneurisma dissecante teria sua origem nas alterações parietais cujo denominador comum seria o processo de “injúria e reparo” causado pelas alterações hemodinâmicas. Cavanzo e Taylor¹² estudaram cortes histológicos da aorta de 43 pacientes grávidas cuja causa do óbito não estava relacionada com doenças cardiovasculares e comparando os dados com um grupo-controle de 20 mulheres não grávidas e 20 homens da mesma faixa etária não obtiveram diferenças.

Apesar de a literatura não chegar a um consenso quanto ao substrato anatômico, acredita-se na susceptibilidade da grávida para essas lesões vasculares, pois a gravidez associa-se também com a dissecação da artéria coronária^{13,14} da cerebral¹⁵, da ovariana¹⁶, da renal¹⁷ e espinal¹⁸.

De maneira uniforme, a hipertensão arterial sistêmica está presente na grande maioria dos casos, grávidas ou não, sendo considerada fator predisponente para a dissecação^{5,6,12,19,20}.

Dentre as complicações mais frequentes está a ruptura da aorta¹⁹. Quando ocorre acometimento coronariano, a artéria direita é mais comumente obstruída, como no nosso caso. A insuficiência aórtica ocorre em 28% dos casos segundo Murray e Edwards⁴ e 60% dos casos segundo Dalen e col.²⁰.

No presente caso, a evolução para o parto via vaginal foi permitida porque inicialmente o diagnóstico era de infarto agudo do miocárdio não complicado, ficando o aneurisma dissecante evidente somente durante o puerpério.

Apesar do tratamento cirúrgico ser realizado 2 anos após o quadro inicial houve boa resposta clínica e o óbito ocorreu por complicações tromboembólicas inerentes ao tipo de cirurgia valvar, mostrando, assim que as novas

técnicas podem melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes.

SUMMARY

The authors report a case of acute myocardial infarction caused by a dissection of aortic aneurysm pregnancy and discuss its evolution and complications.

REFERÊNCIAS

1. Kitchen, D. H. - Dissecting aneurysm of the aorta in pregnancy J. Obst. Gynaec. Brit. Comm. 81;410, 1974
2. Katax, N. M.; Collea, J. V.; Moront, M. G.; Mackenzie, R. D.; Wallace, R. B. - Aortic dissection during pregnancy; treatment by emergency cesarean section immediately followed by operative repair of the aortic dissection. Am. J. Cardiol 54;699 1984.
3. McGrachy, T. E.; Paullin, J. E. - Dissecting aneurysm of the aorta. JAMA, 108;1690, 1937.
4. Schnitker, M. A.; Bayer, C. A. - Dissecting aneurysm of aorta in young individuals, particularly in association with pregnancy with report of case. Ann. Int. Med. 20;486 1944.
5. Pedowitz, P.; Perreil, A. - Aneurysm complicated by pregnancy. I - Aneurysm of the aorta and its major branches. Am. J. Obst. Gynaec. 73;720, 1957.
6. Hirst, A. E.; Johns, V. S.; Kime, S. W. - Dissecting aneurysm of the aorta. A review of 505 cases. Medicine 37;217 1958.
7. Tobis, J. M. - Aortic dissecting and pregnancy. In Elkayam, U.; Gleicher, N. - Cardiac Problems in Pregnancy. New York, Alan R. Liss Inc. 1982, p 161.
8. Weat, M. W.; Palmer, R. F. - Dissecting aneurysm of the aorta. Cur. Prob. Surg. July, 1, 1971.
9. Manalo-Estrella, P.; Barker, A. E. - Histopathologic findings in human aortic media associated with pregnancy. Arch. Path. 83: 336, 1967.
10. Schlattmann, T. J. M.; Becker, A. E. - Histologic changes in the normal aging aorta; implications for dissecting aorta aneurysm. Am J. Cardiol. 39: 13, 1977.
11. Schlattmann, T. J. M.; Becker, A. E. - Pathogenesis of dissecting aneurysm of aorta. Am J. Cardiol. 39: 21, 1977.
12. Cavanzo, F. J.; Taylor, H. B. - Effect of pregnancy on the human aorta and its relationship to dissecting aneurysm. Am J. Obst. Gynaec. 15: 657, 1969.
13. Shaver, P. J.; Carrington, T. E.; Beker, W. P. - Postpartum coronary artery dissection. Br. Heart J. 40: 83, 1978.
14. Jewett, J. F. - Two dissecting coronary - artery aneurysm postpartum. N. Engl. J. Med. 298: 1255, 1978.
15. Robinson, J. L.; Hall, E. S.; Sedzenir, C. B. - Arteriovenous malformations, aneurysm and pregnancy. J. Neurosurg. 41: 63, 1974
16. Burnett, R. A.; Carfrae, D. C. - Spontaneous rupture of ovarian artery aneurysm in the puerperium. Br. J. Obstet Ginecol. 83: 744, 1976.
17. Cohen, S. G.; Cashdae, A.; Burger, R. - Spontaneous rupture of a renal artery aneurysm during pregnancy. Obstet. Ginecol. 39: 897, 1972.
18. Garcia, C. A.; Dulay, S.; Dulay, J. - Rupture aneurysm of spinal artery of Adamkiewicz during pregnancy. Neurology, 29: 394, 1979.
19. Roberts, W. C. - Aortic dissection; anatomy consequences and causes. Am. Heart J. 101: 195, 1981.
20. Dalen, J. E.; Pape, L. A.; Cohn, L. H.; Kosten, J. K.; Collins, J. J. - Dissection of the aorta; pathogenesis diagnosis and treatment. Prog. Card. Dis. 13: 237, 1980.
21. Murray, C. A.; Edwards, J. E. - Spontaneous laceration of the ascending aorta. Circulation, 47: 848, 1973.