

PSEUDOFALSOANEURISMA DO VENTRÍCULO ESQUERDO SIMULANDO NEOPLASIA PULMONAR. RELATO DE CASO

PAULO ROBERTO BARBOSA EVORA, FRANCISCO FERNANDES MOREIRA NETO, RICARDO NILSSON SGARBIERI, JOSÉ NORBERTO AYRES DE FREITAS, HÉRCULES LISBOA BONGIOVAN I, MARCUS ANTONIO FERREZ, PAULO JOSÉ DE FREITAS RIBEIRO

Relata-se o caso de paciente portadora de pseudo-falsoaneurisma de ventrículo esquerdo conseqüente a infarto agudo do miocárdio “silencioso”, interpretado como neoplasia do hilo pulmonar esquerdo. Res-

alta-se a raridade do caso e a associação do pseudo-falsoaneurisma com um aneurisma verdadeiro do ventrículo esquerdo.

Arq. Bras. Cardiol. 52/5: 283-286—Maio 1989

A imagem dos tumores do mediastino pode ser confundida com a imagem cardíaca¹. Por outro lado dilatações ou aneurismas cardíacos podem sugerir imagem de neoplasia.

Relatamos o caso de uma paciente portadora de pseudofalsoaneurisma associado a um aneurisma de ventrículo esquerdo, encaminhada para investigação diagnóstica de neoplasia pulmonar.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 74 anos de idade, com história de emagrecimento, cansaço aos médios esforços e dispnéia paroxística noturna. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, sem edemas, mau estado nutricional. A semiologia cardíaca revelava arritmia sinusal e o exame dos pulmões evidenciava estertores nas bases de ambos os hemitórax. Há um ano apresentava imagem radiológica nodular na altura do hilo pulmonar esquerdo com discreta derrame pleural. Foi medicada com digital e diurético não mais retornando para consulta médica.

Decorridos 13 meses do primeiro atendimento voltou à consulta, novamente com história de insuficiência cardíaca e broncopneumonia, sendo tratada como tal. Nesta ocasião o controle radiológico demonstrou aumento da imagem nodular no terço médio do hemitórax esquerdo, sugerindo uma neoplasia pulmonar ou dilatação aneurismática cardíaca (fig. 1). Foi então encaminhada a um serviço oncológico especializado para investigação diagnóstica o qual solicitou uma biópsia do tumor. Nesta ocasião a paciente apresen-

tava sinais de insuficiência cardíaca e o ECG demonstrou: bradicardia sinusal (FC = 55 bpm), SÂP a 80°, SÂQRS -60°, SÂT a 100°, zona eletricamente inativa em face inferior, alterações secundárias e difusas da repolarização ventricular e sobrecarga ventricular esquerda com índice de Sokolov de 48 mm (fig. 2).

As planigrafias realizadas não foram conclusivas quanto a natureza da lesão. Considerou-se, inicialmente, a realização de uma punção-biopsia, ou uma toracotomia exploradora uma vez que na radiografia a lesão apresentava-se incaracterística e próxima aos vasos do hilo pulmonar esquerdo. Durante este período a paciente foi compensada do ponto de vista cardiológico com digital e diuréticos, não se repetindo novas radiografias do tórax.

A toracotomia anterior realizada no 4º espaço intercostal esquerdo levou a uma frustrada busca do nódulo pulmonar. Observando-se, na seqüência da exploração cirúrgica, uma massa pulsátil intrapericárdica em posição ântero-basal. Procedeu-se então a uma cuidadosa abertura do pericárdio com difícil dissecação devida a intensa aderência, isolando-se aneurisma de ventrículo esquerdo com colo pequeno e bem delimitado, não contrátil por fibrose miocárdica, e que correspondia a um grande aneurisma ântero-lateral. A estrutura que simulava o tumor na radiografia de tórax media cerca de 3,0 x 5,5 cm sugerindo-se, à palpação, a presença de trombos no seu interior. A sua parede era constituída por faixas de fibrose e pequenas áreas de tecido miocárdico (fig. 3). Sempre que se manipulava a região, a paciente apresentava grandes períodos de assistolia com hipotensão arterial. Por

este motivo e pelas dificuldades da via de acesso optou-se pela não ressecção da dilatação que foi classificada como um pseudofalsoaneurisma antero-basal associado a um aneurisma do ventrículo esquerdo.



Fig. 1—Radiografia pré-operatória.

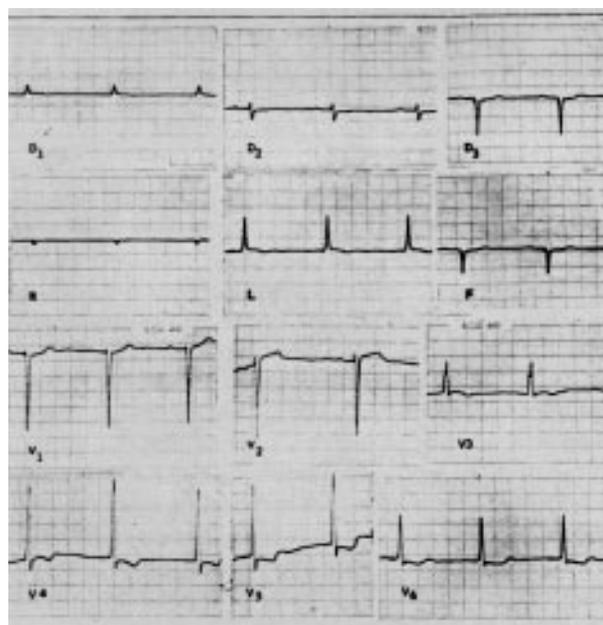


Fig. 2—Eletrocardiograma pré-operatório.

Procedeu-se, posteriormente, à documentação dirigida com a realização de novas radiografias, ventriculografia e cinecoronariografia. A radiografia de tórax na ausência de congestão pulmonar, evidenciou a estrutura como, sem dúvida, fazendo parte da silhueta cardíaca nas posições anterior e lateral (fig. 4). Além disso, o achado foi confirmado pelo ecocardiograma e pela ventriculografia. A cineangiocoronariografia revelou: 1) circulação coronariana direita dominante com lesão de 50% em seu terço inicial; 2) coronária esquerda bifurcada com ramo descendente anterior ocluído na origem e ramo circunflexo sem lesões obstrutivas importantes; 3) circulação colateral da coronária direita para o ramo descendente anterior; 4) ventrículo esquerdo com aumento do volume sistólico final devido a aneurisma ântero-lateral de grandes dimensões com um apêndice ântero-basal de colo estreito com trombos no seu interior. Estes achados encontram-se representados em conjunto na figura 5.



Fig. 3—Aspecto intraoperatório do aneurisma.



Fig. 4—Radiografia pós-operatória.

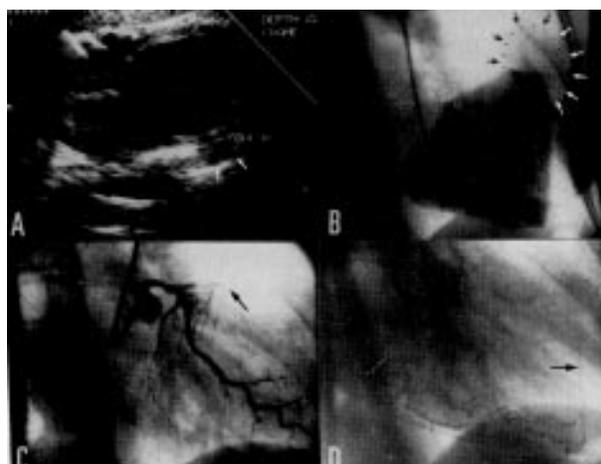


Fig. 5 — A — ecocardiograma: B — angiocardiograma: C e D — cinecoronariografia.

COMENTÁRIOS

A incidência de aneurismas ventriculares verdadeiros como complicação de infarto agudo do miocárdio é de aproximadamente 10%, não se conhecendo a incidência dos falsos aneurismas^{2,3}. Pode-se concluir que estes são raros, que a sua associação com aneurismas verdadeiros é incomum e que seu diagnóstico pode não ser aparente⁴. Os falsos aneurismas além de serem uma seqüela do infarto agudo do miocárdio, também podem ser decorrentes de complicações de cirurgias cardíacas, trauma ou endocardite⁵.

Os aneurismas verdadeiros, os falsos ou pseudo-falsoaneurismas do coração são, na maioria das vezes, seqüelas do infarto agudo do miocárdio mas a sua etiologia, alterações da função ventricular, dados diagnósticos, complicações potenciais, dados patológicos e a conduta terapêutica podem ser completamente diferentes⁶.

Os verdadeiros aneurismas resultam do gradual afinamento de um segmento da parede ventricular após um infarto transmural. A parede destes aneurismas é composta de pericárdio aderido circundando o epicárdio, tecido fibroso resultante do infarto e uma fina camada do endotélio. O seu orifício de entrada é amplo e, em geral, igual ao diâmetro do aneurisma^{6,7}. Já os falsos aneurismas do ventrículo esquerdo resultam de uma dissecação hemorrágica para dentro de uma área de infarto transmural^{8,9}. Quando a parede do aneurisma é formada por pericárdio aderido, epicárdio e tecido fibrótico fala-se em falso aneurisma e se a parede contém também elementos da parede ventricular, ou seja, tecido miocárdico, fala-se em pseudofalsoaneurisma. Estes, ao contrário do aneurisma verdadeiro, comunicam-se através de um pequeno orifício³.

O cateterismo cardíaco é o procedimento de escolha para o diagnóstico dos pseudoaneurismas, outros métodos diagnósticos incluem a utilização de radiossótipos, tomografia computadorizada e ecocardiografia modo-M e bidimensional^{10,11}. Destes, merece particular atenção pela sua ampla utilização, a ecocardiografia bidimensional que inclui as seguintes características: 1) descontinuidade da imagem do endocárdio no local da comunicação do pseudoaneurisma com a cavidade ventricular esquerda; 2) contorno sacular ou globoso da câmara aneurismática e 3) presença de um pequeno orifício de comunicação comparado com o diâmetro do fundo do pseudoaneurisma. Ressalta-se a dificuldade da identificação destas dilatações situadas na região ântero-basal¹⁰.

Quanto aos critérios de indicação cirúrgica a insuficiência cardíaca congestiva, as taquiarritmias e a embolia sistêmica são comuns aos verdadeiros e falsos aneurismas. Os pseudoaneurismas, mesmo pequenos, apresentam uma maior tendência para as roturas, devendo ser operados mesmo sem os outros critérios acima mencionados^{12,14}.

Com base nestes dados da literatura, os comentários sobre o caso apresentado que merecem desta-

que e, que justificam a sua comunicação, são: 1—trata-se de um caso raro, não só pela sua incidência em si, mas também pela sua associação com um aneurisma verdadeiro; 2—o seu diagnóstico final foi de um pseudofalsoaneurisma, uma vez que a sua parede continha áreas de musculatura cardíaca; 3—a sua causa foi um infarto agudo do miocárdio “silencioso”; 4—a sua imagem radiológica foi confundida com um tumor do hilo pulmonar, aspecto este ressaltado como diagnóstico diferencial.

A investigação diagnóstica prévia foi inadequada, assumindo-se tratar de uma neoplasia porque a paciente foi encaminhada para diagnóstico por um serviço de oncologia. Toda a documentação apresentada, exceto a radiografia pré-operatória foi dirigida após o diagnóstico intra-operatório da pretensa biopsia de um tumor pulmonar. Ressalta-se que o ecocardiografista teve dificuldades para a localização do aneurisma, justificando-se este fato pela sua posição ântero-basal, descrita como de difícil identificação ao exame ecocardiográfico¹⁰. Embora com o risco de uma rotura a paciente não foi submetida à aneurismectomia pela dificuldade do acesso cirúrgico adotado para a biopsia, pelo fato da paciente apresentar períodos de intensa bradicardia quando se manipulava o aneurisma, e pela idade e estrutura física da paciente. Até o momento, decorridos 10 meses do diagnóstico, a paciente segue em tratamento de insuficiência cardíaca com digital e diuréticos.

SUMMARY

The case of a 74 year old woman with pseudo-false aneurysm of the left ventricle after a silent myocardial infarction simulating left pulmonary neoplasm is presented.

Special emphasis is given to the uncommon aspects of the case, its rarity and the association of the pseudo-false aneurysm with a true aneurysm of left ventricle.

AGRADECIMENTOS

Aos Drs. Luis Antônio Pechiori Finzi e Antônio Luis Secches pela documentação angiocardiógráfica, e Jorge René Garcia Arévalo, pela documentação ecocardiográfica.

REFERÊNCIAS

1. Silva JRP, Ribeiro PJF, Brasil JCF e col—Timolipoma simulando cardiomegalia. Rev Assoc Med Bras, 27: 269, 1981.
2. Abrams DL, Edlelist A, Luria MD et al—Ventricular aneurysm. Circulation, 27: 164, 1963.
3. Stewart S, Huddle R, Stuard J et al—False aneurysm and pseudofalse aneurysm of the left ventricle: Etiology, pathology, diagnosis, and operative management. Ann Thorac Surg, 31: 259, 1981.
4. Coupe M, Dancy M, Pepper J—Coincidence of true and false left ventricular aneurysms after myocardial infarction. Br Heart J, 56: 567, 1986.
5. Davidson KM, Parisi AG, Harrington JJ et al—Pseudo aneurysm of the left ventricle: an unusual echocardiographic presentation. Ann Intern Med, 86: 430, 1977.

6. Parkinson J, Bedford DE, Thomson WA—Cardiac aneurysm. *Quart J Med.* 7: 455,1938.
7. Schlichter J, Hellerstein HK, Katz LN—Aneurysm of the heart: A correlative study of one hundred and two proved cases: *Medicine (Baltimore)*, 33: 43, 1974.
8. Hurst CO, Fine O, Keyes JW—Pseudoaneurysm of the heart. *Circulation*, 28: 427,1963.
9. Roberts WC, Morrow AO—Pseudoaneurysm of the left ventricle. *Am J Med.* 43: 639,1967.
10. Catherwood F, Mintz GS, Kotler MN et al—Two-dimensional echocardiographic recognition of left ventricular pseudoaneurysm. *Circulation*, 62: 294,1980.
11. Kanemoto N, Hirose S, Goto Y—Disappearing false aneurysms of the ventricular septum without rupture: A complication of acute infarction. A case report. *Angiology*, 39: 263, 1988.
12. Ersek RA, Chester E, Kornis ME et al—Spontaneous rupture of a false left ventricular aneurysm following myocardial infarction. *Am Heart J.* 77: 677,1969.
13. Van Tassel RA, Edwards JE—Rupture of the heart following myocardial infarction. Analysis of 40 cases including nine examples of left ventricular false aneurysm. *Chest*, 61: 104, 1972.
14. Vladover Z, Coe VJ, Edwards JE—True and false left ventricular aneurysms. Propensity for the latter to rupture. *Circulation*, 51: 567, 1975.