

## ANGIOPLASTIA DE TRONCO DE CORONÁRIA ESQUERDA NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

BERTA PAULA NAPCHAN, BRUNO CAMELLI, BERNARDINO TRANCHESI JR.,  
SHIGUEMITUZO ARIE, SÉRGIO ALMEIDA DE OLIVEIRA, GIOVANNI BELLOTTI, FULVIO  
PILEGGI  
São Paulo, SP

*A angioplastia transluminal coronária não é conduta habitual na fase aguda do infarto do miocárdio por oclusão de tronco de coronária esquerda. Aplicamos esta terapêutica em dois casos: o primeiro, homem de 54 anos, foi submetido a desobstrução mecânica e angioplastia de tronco de coronária esquerda, após 145 minutos do início dos sintomas, bem como à cirurgia de revascularização do miocárdio doze horas mais tarde; o segundo, mulher de 77 anos, foi submetida aos dois primeiros procedimentos, não sendo porém operada. No primeiro caso houve boa evolução imediata e tardia, no segundo, a paciente faleceu doze horas após.*

### PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY OF LEFT MAIN CORONARY ARTERY IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

*Percutaneous transluminal coronary angioplasty is unusual in acute myocardial infarction after left main coronary artery occlusion. We applied this therapy in two cases. The first, a 54-year-old man, submitted to mechanical reperfusion and left main coronary artery angioplasty 145 minutes after the beginning of the symptoms and coronary artery surgery 12 hours later; the second, a 77-year-old woman, submitted to both procedures but not to surgery. In the first case there was a satisfactory follow-up but in the second, the patient died twelve hours later.*

Arq Bras Cardiol 55/2:113-115—Agosto 1990

Portadores de doença coronariana obstrutiva apresentam lesão significativa em tronco de artéria coronária esquerda em 5-10% dos casos<sup>1</sup>. A angioplastia de tronco de coronária esquerda envolve grandes riscos preferindo-se, nesses casos, a cirurgia de revascularização miocárdica<sup>2</sup>. Contudo, sua eventual utilização poderia beneficiar pacientes com infarto agudo do miocárdio associado a choque cardiogênico, situação em que a terapêutica trombolítica sistêmica não oferece bons resultados<sup>3-7</sup>.

Aplicamos essa terapêutica em dois casos de choque cardiogênico associado a infarto agudo do miocárdio por oclusão de tronco de coronária esquerda.

### RELATO DOS CASOS

Caso 1—Homem de 54 anos, sem antecedentes cardiovasculares, procurou Pronto Socorro com 145 minutos de precordialgia típica, de forte intensidade, irradiada para o dorso, acompanhada de

sudorese fria, palidez e náuseas. Ao exame físico apresentava-se em mau estado geral, má perfusão periférica, com sudorese e taquipnéia, pulso filiforme com 110 bpm, pressão arterial de 130 x 90 mmHg, murmúrio vesicular presente em campos pulmonares bilateralmente, com estertores crepitantes em bases. À ausculta cardíaca verificou-se ritmo cardíaco regular, terceira bulha e sopro sistólico regurgitativo em área mitral.

O eletrocardiograma demonstrava supradesnível do segmento ST de V1 a V6. Estabelecido o diagnóstico de choque cardiogênico por infarto agudo do miocárdio de parede anterior, o paciente foi submetido a cateterismo cardíaco. O exame revelou hipertensão moderada de câmaras direitas, elevação da pressão capilar pulmonar, aumento da pressão diastólica final de ventrículo esquerdo, pressões normais na aorta, oclusão proximal de tronco de artéria coronária esquerda, coronária direita com irregularidades e aumento do volume sistólico final devido à acinesia ântero-apical, não tendo sido visualizada circulação colateral.

Procedeu-se à desobstrução mecânica e à angioplastia do tronco de coronária esquerda com

Instituto do coração do Hospital das Clínicas—FMUSP. Correspondência: Berta Paula Napchan—Instituto do Coração— Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44—05403—São Paulo, SP.

persistência de lesão residual de 95% (fig. 1) e subsequente introdução de balão intra-aórtico de contrapulsção com imediata melhora das condições hemodinâmicas. Verificou-se pico de CKMB de 235 (normal até 10 U l), 10 horas após o início dos sintomas. Após doze horas de reperfusão, foi realizada cirurgia de revascularização do miocárdio, com enxerto autólogo de veia safena para artérias diagonal, primeira marginal esquerda e terceira marginal esquerda. A artéria descendente anterior não foi revascularizada por ser pequena e apresentar trajeto intramiocárdico.

Ecocardiograma no 2º. pós operatório mostrou disfunção ventricular importante. O paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, congestão pulmonar, insuficiência renal e sepsis, necessitando de monitorização hemodinâmica e nutrição parenteral prolongada.

Após um mês de cirurgia, o paciente recebeu alta da Unidade de Terapia Intensiva e hospitalar dez dias após, em condições clínicas estáveis.

Após 60 dias, o paciente necessitou nova internação por insuficiência cardíaca congestiva (classe funcional IV), anemia carencial e infecção do trato urinário, controlados por medidas clínicas.

Seis meses após, o paciente apresentava-se em classe funcional I medicado com: digoxina 0,25 mg ao dia, captopril 18,75 mg ao dia, furosemida 40 mg ao dia e ácido acetil salicílico 100 mg ao dia.

Caso 2—Mulher de 77 anos previamente assintomática, apresentou episódio de precordialgia e síncope. Procurou Pronto Socorro, onde apresentou parada cardio-respiratória por fibrilação ventricular, revertida por cardioversão elétrica.

O eletrocardiograma após a cardioversão registrou supradesnível do segmento ST de V1 a V6.

A paciente apresentava-se consciente, com sudorese e má perfusão periférica. Cinecoronariografia mostrou oclusão de tronco da coronária esquerda.

Procedeu-se à recanalização mecânica e à angioplastia do tronco, resultando lesão residual de 40%.

Apesar da reperfusão, a paciente manteve-se em choque cardiogênico e apresentou vários episódios de taquicardia ventricular e bloqueio atrioventricular total. Foram utilizados balão intra-aórtico de contrapulsção e marcapasso provisório. Após 12 horas, a paciente apresentou parada cardio-respiratória refratária.

## DISCUSSÃO

A trombólise por via sistêmica é terapêutica atualmente considerada de eleição na fase aguda do infarto do miocárdio<sup>8</sup>. Existem, porém, situações onde está contra-indicada. Em pacientes com infarto agudo do miocárdio complicado por choque

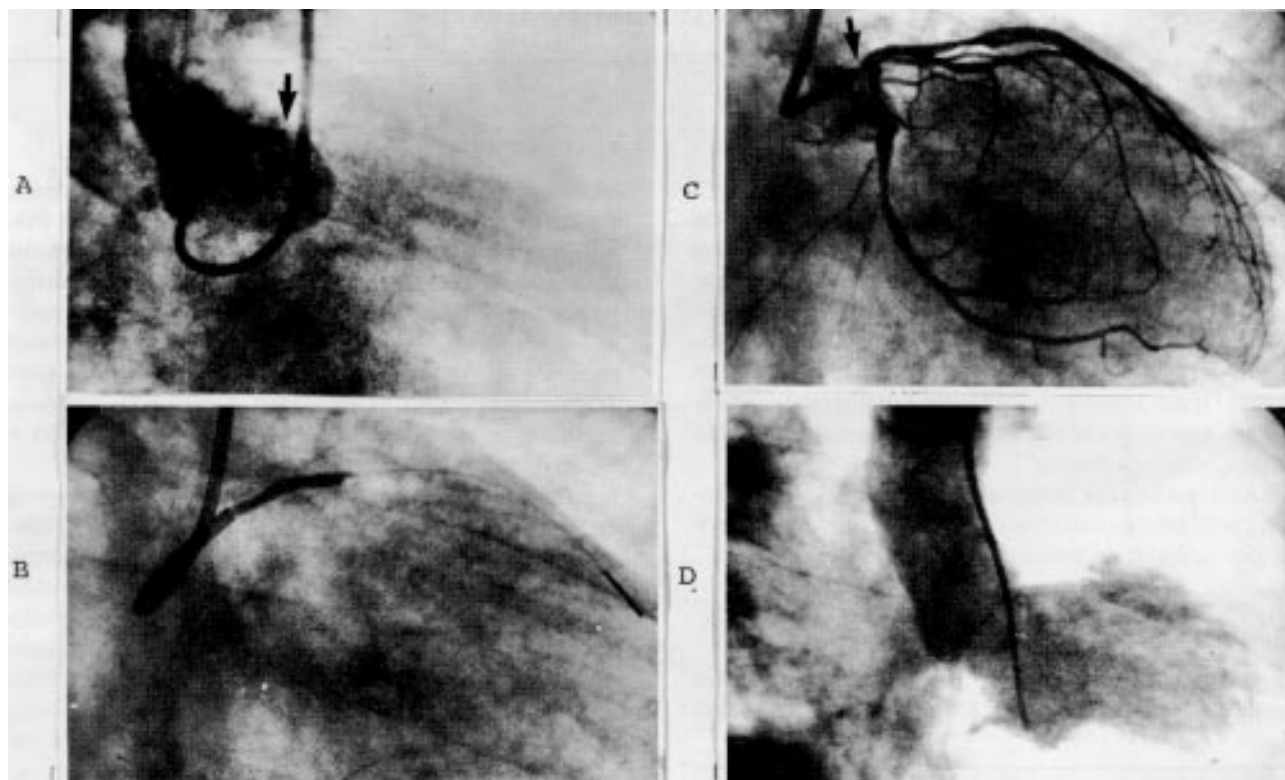


Fig. 1—A) Oclusão de tronco da artéria coronária esquerda; B) procedimento de desobstrução mecânica e angioplastia de tronco de coronária esquerda; c) lesão residual (95%) de tronco de artéria coronária esquerda; D) ventriculografia esquerda (sístole) após o procedimento.

cardiogênico, o benefício da trombólise por via sistêmica não está comprovado<sup>8</sup>. Nesses casos, a reperfusão mecânica da artéria relacionada ao infarto agudo do miocárdio, seguida de angioplastia transluminal coronariana, é alternativa já descrita com resultados satisfatórios<sup>1</sup>. A angioplastia de tronco de coronária esquerda nesta situação foi relatada recentemente por Hartzler e col<sup>3</sup>, com bons resultados.

Em nossa experiência a reperfusão mecânica seguida de angioplastia pode ser realizada com baixa incidência de complicações em pacientes críticos. É importante lembrar que o aparente sucesso anatômico obtido com a desobstrução mecânica pode não ser acompanhado de melhora funcional como no caso 2. A faixa etária avançada da paciente pode também ter contribuído para o insucesso. O resultado positivo no caso 1 pode ser atribuído ao menor período de tempo com que a reperfusão da área infartada foi estabelecida pela angioplastia em relação ao possível pela cirurgia. O procedimento permitiu o tratamento cirúrgico em condições mais estáveis. Nossa experiência sugere que a angioplastia de tronco de coronária esquerda é opção terapêutica a ser considerada no infarto agudo do miocárdio complicado por choque cardiogênico.

## REFERÊNCIAS

1. Nakhjavan FK, Goldman AP, Hutt GH—Emergency percutaneous transluminal coronary angioplasty of left main stenosis. *Am Heart J.* 1987; 114: 643-6.
2. Baim DB—Interventional catheterization techniques: Percutaneous transluminal balloon angioplasty, valvuloplasty and related procedures. In Braunwald—Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Chapter 40. Philadelphia, W. B. Saunders, 1988. p. 1384.
3. O'Keefe JH, Hartzler G, Barry D et al—Left main coronary angioplasty: Early and late results of 127 acute and elective procedures. *Am J Cardiol*, 1989; 64: 144-7.
4. Von Essen R, Lambertz H, Schmidt W, Rustige J, Uebis R, Effert S—Successful recanalization of a left main coronary artery occlusion. *Am J Cardiol*, 1984; 53: 356-7.
5. Swigart U, Goy J, Finci L, Blane M, Grbic M, Stumpe F—Mechanical emergency recanalization of the left main coronary artery. *Clin Cardiol*, 1986; 9: 217-22.
6. Stertz SH, Myler RK, Insel H, Wallsh E, Rossi P—Percutaneous transluminal coronary angioplasty in left main coronary stenosis. (abstr.). *Am J Cardiol*, 1981; 47: 396.
7. Kent KM, Bentivoglio LG, Block PC et al—Percutaneous transluminal coronary angioplasty. Report from the registry of the National Heart, Lung and Blood Institute. *Am J Cardiol*, 1982; 49: 2011-20.
8. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinase nell infarto miocardico (GISSI). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet*, 1986; 1: 397-401.