

DIAGNÓSTICO ECODOPPLERCARDIOGRÁFICO DE ANEURISMA ATEROSCLERÓTICO DE ARTÉRIA CORONÁRIA

OTÁVIO CELSO GEBARA, BERNARDINO TRANCHESI JR., CÍCERO PIVA DE ALBUQUERQUE,
BRUNO CARAMELLI, HENRY ABENSUR, ADIB JATENE, FULVIO PILEGGI
São Paulo, SP

Homem de 74 anos com infarto do miocárdio submetido à terapêutica trombolítica realizou ecodopplercardiograma que permitiu diagnosticar aneurisma aterosclerótico de artéria coronária direita. Este diagnóstico, raramente conseguido por exames não invasivos, foi subseqüentemente confirmado por estudo cineangiográfico e biópsia transoperatória.

DOPPLER ECHOCARDIOGRAPHIC DIAGNOSIS OF ATHEROSCLEROTIC ANEURYSM OF THE CORONARY ARTERY

A 74 year-old man with acute myocardial infarction submitted to thrombolytic therapy had the diagnosis of atherosclerotic aneurysm of the coronary artery attained with Doppler echocardiography. Subsequently diagnosis was confirmed by angiography and the atherosclerotic etiology identified in pathology.

Arq Bras Cardiol 55/4: 251-253—Outubro 1990

Aneurismas das artérias coronárias (AAC) têm sido definidos como dilatações saculares ou fusiformes que excedem 1,5 vezes o maior diâmetro da artéria coronária do paciente¹. A sua incidência varia de 0,3-4,9% dos pacientes com doença arterial coronária em estudos angiográficos¹. A etiologia aterosclerótica é a mais comum no mundo ocidental, e a artéria coronária direita é a mais freqüentemente acometida¹⁻². Os sintomas superpõem-se aos da doença arterial obstrutiva³ e sua identificação é raramente obtida por exames não invasivos^{4,5}, ao contrário do observado na doença de Kawasaki. De fato, seu diagnóstico pelo ecocardiograma convencional e intraesofágico é descrito na doença de Kawasaki onde é mais habitual o acometimento de porções proximais das coronárias^{6,7}.

Apresentamos o caso de um paciente cujo exame ecodopplercardiográfico permitiu diagnosticar AAC de natureza aterosclerótica.

RELATO DE CASO

Homem de 74 anos previamente assintomático apresentou dor precordial de forte intensidade, apres-

siva acompanhada de sudorese profusa com 3 horas de duração. O paciente relatava história de tabagismo e de antecedentes familiares de doença coronariana e negava hipertensão arterial ou diabetes.

A admissão, o paciente estava em bom estado geral, pressão arterial de 120 x 70 mmHg, pulso de 82 bat/min, sem estase jugular, ausculta pulmonar e cardíaca normais. Radiografia de tórax era normal e o ECG registrou ritmo sinusal e supra desnivelamento do segmento ST de V1 à V4. Estabelecido o diagnóstico de infarto do miocárdio (IM) em parede anterior do ventrículo esquerdo, instituiu-se terapêutica trombolítica com estreptoquinase por via venosa na dose de 1,5 milhões de unidades, administradas em 30 minutos. Após 60 minutos, houve melhora dos sintomas e diminuição do supradesnivelamento do segmento ST. O paciente foi a seguir mantido com nitroglicerina e heparina por via venosa.

Os exames laboratoriais, incluindo hemograma, dosagens de uréia, creatinina, sódio, potássio e glicemia foram normais. O valor máximo da CKMB foi de 51 (normal até 10 m1), 18 horas após o início dos sintomas, normalizando-se 36 horas após. Ecocardiograma bidimensional mostrou diâmetro da cavidade de ventrículo esquerdo de 4,9 cm, fração de ejeção de 0,77 e hipocinesia da região médio-apical da parede antero-septal de ventrículo esquerdo. Ao corte ecocardiográfico sub-costal foi identificada imagem arredon-

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas—FMUSP.

Correspondência: Bernardino Tranchesi Jr.—Instituto do Coração — Av. Dr. Enéas C. Aguiar, 44 - CEP 05403 - São Paulo - SP

dada, com bordas nítidas, sem ecos no seu interior, localizada em região correspondente ao sulco átrio-ventricular direito, medindo cerca de 2,2 x 2,0 cm de diâmetro. O exame pelo doppler pulsado evidenciou fluxo no interior da estrutura (fig. 1).

Cinecoronariografia 24 horas após, identificou AAC fusiforme em coronária direita (CD) em seu terço médio, medindo cerca de 2,4 x 1,9 cm, com fluxo de contraste lento e sem falha de enchimento no seu interior (Fig. 2). O exame demonstrou também lesão obstrutiva segmentar importante na porção proximal da artéria descendente anterior (DA), dilatação difusa e

lesão obstrutiva de 70% na artéria circunflexa (CX). A ventriculografia revelou hipocontratilidade discreta da parede anterior do ventrículo esquerdo.

No 7º dia após-IM, mapeamento de perfusão cardíaca com MIBI (metoxi-isobutil-isonitrila) marcado com tecnécio 99 e dipiridamol revelou isquemia em parede ântero-septal.

No 20º dia pós-IM, procedeu-se à revascularização do miocárdio com implante de enxertos autólogos de veia safena de aorta para DA, artéria marginal esquerda e CD, além de exploração e ligadura proximal do AAC, em cujo interior não se evidenciou trombo. O

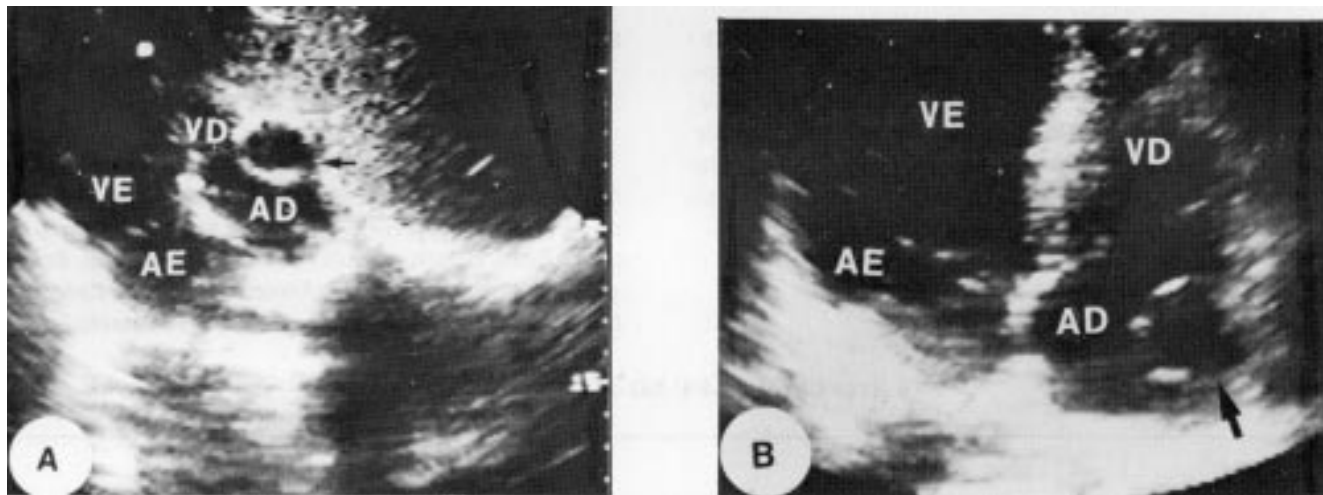


Fig. 1—Ecocardiograma evidenciando aneurisma da artéria coronária direita (seta) através de corte subcostal 4 câmaras (A), corte apical 4 câmaras (B). VE—Ventrículo Esquerdo; VD—Ventrículo Direito; AE—Átrio Esquerdo; AD—Átrio Direito.

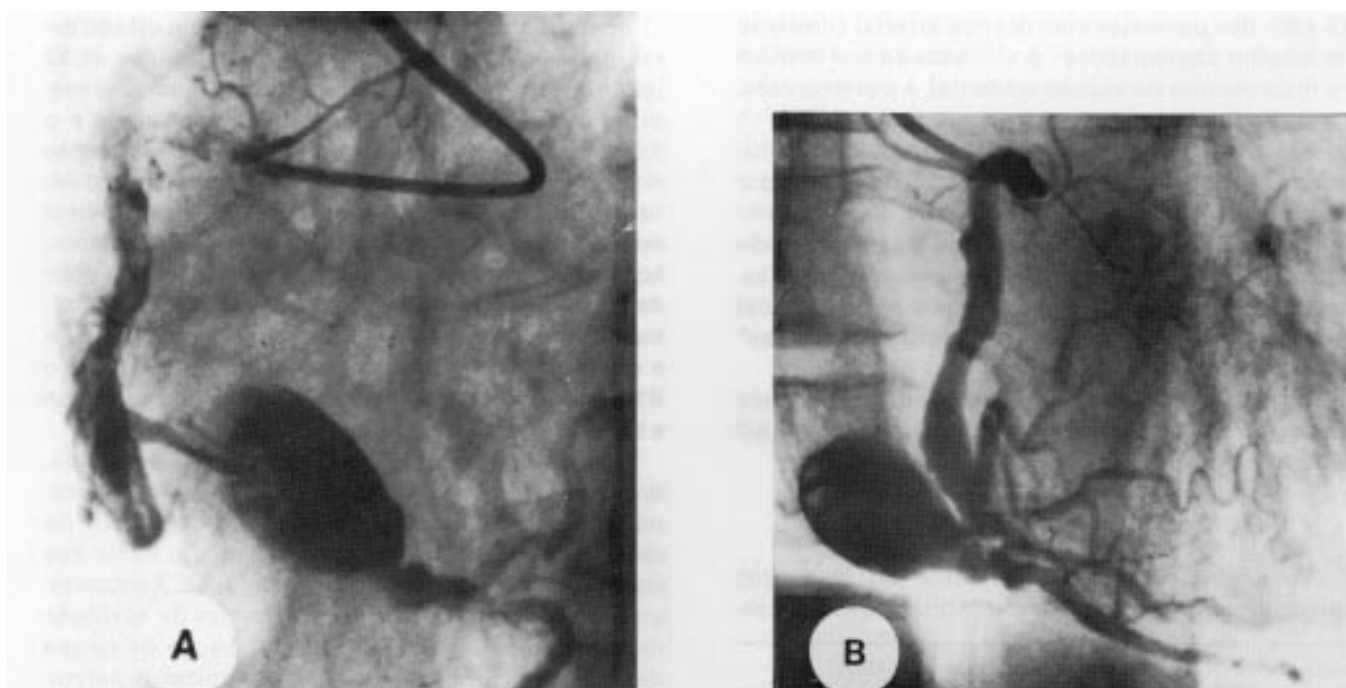


Fig. 2—Identificação do aneurisma de artéria coronária direita pelo estudo cinecoronariográfico. A) Projeção oblíqua anterior esquerda a 60º B) Projeção oblíqua anterior direita a 30ºC.

exame anátomo-patológico de fragmento da parede do AAC mostrou intenso acometimento aterosclerótico.

O paciente manifestou intercorrências infecciosas no pós-operatório, obteve alta após o controle das mesmas por antibioticoterapia, apresentando-se assintomático após três meses da intervenção cirúrgica.

DISCUSSÃO

O AAC é conhecido desde 1761 a partir do relato pioneiro de Morgagni². O seu diagnóstico é raramente suspeitado pelos exames clínico e radiográfico. Zoneraich e col⁴ relataram um caso de AAC gigante causando sopro mesodiastólico audível em borda externa esquerda. O advento da angiografia possibilitou o reconhecimento "in vivo" dos AAC^{1, 3}. Mais recentemente, aneurismas observados na doença de Kawasaki puderam ser diagnosticadas de maneira não invasiva pelo ecocardiograma bidimensional^{6, 7}. Não encontramos relato do uso deste método no diagnóstico de AAC aterosclerótico em revisão da literatura.

Em nosso paciente, a suspeita diagnóstica de AAC pode ser realizado pelo ecocardiograma bidimensional ao corte sub-costal (fig. 1), que permite melhor visualização de porções distais da artéria coronária direita, não adequadamente examinadas através do corte para-esternal⁶. A angiografia (fig. 2) reforçou o diagnóstico ecoDopplercardiográfico de AAC de CD além de mostrar também lesões obstrutivas e dilatações em outras artérias coronárias. É interessante res-

saltar que o mapeamento cardíaco com MIBI e Dipiridamol permitiu identificar isquemia na região do miocárdio suprida pela DA e não na relacionada à CD aneurismática. A confirmação do diagnóstico pode ser efetuada pela biópsia transoperatória através de intenso acometimento aterosclerótico na parede do AAC aos exames macro e microscópico.

Em conclusão, AAC de natureza aterosclerótica pode ser diagnosticado ao ecoDopplercardiograma.

REFERÊNCIAS

1. Robinson FC—Aneurysms Of the coronary arteries. *Arn Heart J.* 1985; 109: 129-35.
2. Morgagni JB—De sedibus et causis morborum. Venetus Tom I, 1761; Epis, 27: Art 28. Apud Daoud AS, Pankin D, Tulgan H. Florentin RA. Aneurysms of the coronary artery. *Am J Cardiol.* 1963; 11: 228-37.
3. Swaye P8, Fisher LD, Litwin P et al—Aneurysmal coronary artery disease. *Circulation.* 1983; 67: 134-8.
4. Zoneraich S, Zoneraich O, Rwee JJ, Gupta MP, Schmulwicz JJ, Silvermann G—Giant coronary artery aneurysms. The cause of mid-diastolic murmur and bulging Of the left cardiac border. *JAMA.* 1975; 231: 179.
5. Stephens DD, Parrillo SE, Dinsmore RE, DeSactis RW, Akis CW —Circunflex coronary artery aneurism visualized by real-time cross-sectional echocardiography. *Chest.* 1982; 81: 513-5.
6. Yoshikawa J, Yanagthara K, Owaki T et al—Cross-sectional echocardiography diagnosis of coronary artery aneurisms in patients with mucocutaneous lymph node syndrome. *Circulation.* 1979; 59: 133-9b.
7. Yoshida H, Maeda T, Funabashi T et al—Subcostal two dimensional echocardiographic imaging of peripheral right coronary artery in Kawasaki disease. *Circulation.* 1982; 65: 956-61.