

ANEURISMAS MAMILARES APICAL E INFERIOR NA CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA

FRANCISCO MANES ALBANESI FILHO
Rio de Janeiro, RJ

Mulher de 66 anos, portadora de cardiopatia chagásica crônica apresentou palpitações, tonturas e dor torácica. O eletrograma do feixe de His revelou disfunção no nó sinusal. A cineventriculografia esquerda mostrou a presença de aneurismas do tipo mamilar no ápice e na parede inferior.

APICAL AND INFERIOR MAMMILLARY ANEURYSMS OF CHAGAS'S HEART DISEASE.

A 66 years-old woman with chronic Chagas's heart disease, presented palpitations, dizziness and chest pain. The His bundle electrograms revealed sick sinus syndrome. The left cineventriculography showed apical and inferior aneurysms of mammillary morphological aspect.

Arq Bras Cardiol 56/2: 147-149—Fevereiro 1991

Alterações morfológicas do ventrículo esquerdo são freqüentes na cardiopatia chagásica crônica. O acometimento da ponta inicialmente descrito por Carlos Chagas em 1916¹ envolvendo o ventrículo esquerdo pode também ser encontrado no ventrículo direito^{2,4} ou em ambos os ventrículos^{5,6}.

Oliveira e col¹, empregando a técnica da transluminação, já utilizada anteriormente por Dias e col⁷ e Anselmi e col⁵, demonstraram a presença de áreas de adelgaçamento da parede ventricular localizada na parede posterior do ventrículo esquerdo e adjacente ao septo interventricular no ventrículo direito, porém não relacionaram a associação dessas áreas de rarefação com a presença da lesão apical.

Este relato tem por objetivo demonstrar a presença de lesão apical do tipo mamilar com outra formação similar de localização na parede inferior do ventrículo esquerdo em paciente com cardiopatia chagásica crônica.

RELATO DO CASO

Mulher, branca, de 66 anos, natural de São Gotardo, MG, com palpitações, tonturas e dor torácica, referia história epidemiológica positiva para doença de Chagas, e de tuberculose pulmonar, tratada com esquema tríplice. A freqüência cardíaca era de 60 bpm com 4 a 6 extra-sístoles/min, estando o restante do exame físico sem anormalidades. A radiografia de tórax mostrava índice cardio-torácico de 0,46, sem evidencia de aumento de câmara cardíacas, e lesão fibrótica no ápice do pulmão direito. O eletrocardiograma revelava distúrbios inespecíficos da repolarização ventricular e extra-sístoles ventriculares. A sorologia confirmou a doença de Chagas, com reações de Guerreiro-Machado e imunoflorescência direta positivas e hemaglutinação com título 1/1024. A paciente evoluiu com tonturas e diminuição de freqüência cardíaca (± 40 bpm), surgindo fibrilação atrial com freqüência ventricular lenta, mesmo na ausência de medicação antiarrítmica. Foi realizado eletrograma do feixe de His, que revelou disfunção do nó sinusal, sendo indicado o implante de marca-passo cardíaco. Dois meses após foi submetida a estudo hemodinâmico e angiográfico, que mostrou pressões intraventriculares normais. A cineventriculografia esquerda mostrou

Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Correspondência: Francisco M. Albanesi F^o—Praia do Botafogo, 124/804—22250—Rio de Janeiro, RJ.

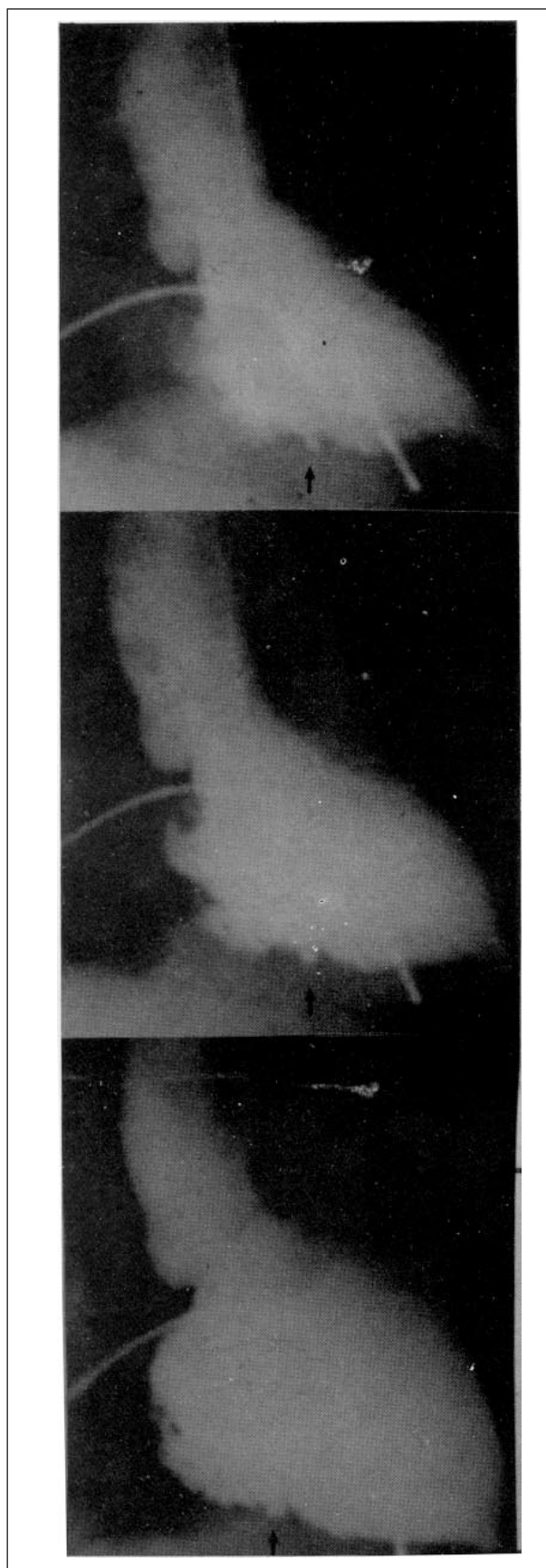
lesão apical do tipo mamilar e lesão de idêntico formato na parede inferior (fig. 1), vistas durante todas as fases do ciclo cardíaco, além de prolapso valvar mitral. Não foi detectado trombo intracardíaco e a cinecoronariografia foi normal com padrão dominante direito. A paciente vem sendo acompanhada no ambulatório de cardiomiopatia há 5 anos, não tendo apresentado nenhuma intercorrência em sua cardiopatia, mantendo o mesmo índice cardiotorácico na radiografia de tórax, com o ecocardiograma mostrando as seguintes dimensões: aorta = 2,9 cm; átrio esquerdo = 3,9 cm; ventrículo esquerdo em diástole = 4,4 cm e em sístole = 3,0 cm; espessura do septo interventricular e parede posterior de 1,0 cm.

DISCUSSÃO

A doença de Chagas constitui importante problema de saúde pública na América Latina. A lesão apical descrita por Carlos Chagas¹ foi posteriormente bem caracterizada por Pereja e col³, que acreditavam ser devida a infarto da ponta do ventrículo esquerdo. A seguir, diversas publicações denominaram este acometimento como aneurisma ventricular¹⁰⁻¹³, nódulo fibroso da ponta², lesão necrótica da ponta do coração¹⁴, lesão atrófica do vórtex, fibrose da ponta do ventrículo esquerdo e suas proximidades¹², lesão apical¹⁶, adelgaçamento da ponta¹⁷, aneurisma apical³, lesão vorticilar¹³, lesão fibrótica apical¹³ e aneurisma da ponta⁵. A designação de lesão apical é hoje, sem dúvida, a mais amplamente empregada, pois abrange os vários aspectos morfológicos deste acometimento da ponta do coração, servindo para caracterizar desde espessamentos endocárdicos até verdadeiras dilatações aneurismáticas.

Sua frequência é muito variável oscilando entre 30%¹¹ e 86,9%¹⁴ em estudos de necrópsia e de 40%⁵ a 77,4%²⁰ em avaliações cineventriculográficas. Este envolvimento da ponta não é exclusivo do ventrículo esquerdo, podendo também ser encontrado no ventrículo direito, com incidência entre 9,0%⁴ a 19,4%²¹.

Móia e col¹¹ em 1955 demonstraram que a lesão apical poderia estar associada a outras áreas de discinesia ventricular, posteriormente, melhor caracterizada por Garzon e col²², Saad e col.²³ e Albanesi Fº e Gomes²³. Entre 479 pacientes chagásicos Garzon e col²² encontraram outras discinesias em 41(8,56%), sendo em 29 (6%) envolvendo a parede anterior, 12 (2,5%) a posterior, 7 (1,5%) à inferior e 3 (0,6%) a lateral. Entretanto



Saad e col.²³ observaram esta associação com o envolvimento da parede pósterobasal em 6,7%. Em trabalho anterior 20 encontramos a associação entre a lesão apical e outra área discinética presente em 8/48 pacientes (16,6%): este percentual era superior ao referido por Garzon e col.²², de 9,3% (22/235). Entretanto os nossos achados quanto a outra área de discinesia que não a da ponta apresentavam uma predominância com a associação ântero-lateral, estando em acordo com a literatura²².

Em nenhuma descrição havia a menção de áreas discinéticas iguais e do tipo mamilar, como a descrita neste relato. O achado de lesão em forma de mamilo na parede inferior do ventrículo esquerdo pode representar a exteriorização pela cineventriculografia de área de rarefação do miocárdio, conforme descrito por Oliveira e col⁴ em 1981. Estes autores através da técnica de transiluminação demonstraram em 8 dos 18 corações com lesão apical estudados, áreas de adelgaçamento do miocárdio, situadas em diversas localizações nos ventrículos, principalmente no ventrículo direito, adjacentes ao septo interventricular e a parede posterior⁴.

Nosso relato se refere a presença de lesão apical de aspecto mamilar associada a outra lesão do mesmo formato localizada na parede inferior, vista durante todo o ciclo cardíaco, representando a associação de pequenos aneurismas na cardiopatia chagásica crônica, diagnosticados pela cineventriculografia esquerda em paciente com sintomas cardiovasculares e disfunção do nó sinusal.

REFERÊNCIAS

1. Chagas C—Processos patogênicos de tripanozomiose americana. Mem Inst Osw Cruz, 1916; B: 5-37.
2. Berrutti PF—Anatomia patológica de la enfermedad de Chagas Analea de La Clin Med A, 1944; 4: 523-32.
3. Raso P—Contribuição ao estudo da lesão ventricular (especialmente de vórtex esquerdo) na cardite chagásica crônica (Tese Livre Docência). Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 1904: 26.
4. Oliveira JSM, Melo de Oliveira JA, Frederique Jr V, Lima F° DC—Apical aneurysm of Chagas' heart disease. Br Heart H. 1981:46-432-7.
5. Granzotti JA, Marin Neto JA, Galo Jr L, Manço JC, Rassi A, Amorim DS—Contribuição ao estudo do aneurisma da ponta na cardiopatia chagásica crônica. Arq Bras Cardiol, 1974-27:477-87.
6. Lopes NMP, Moll J, Albanesi F° FM, Benchimol CB, Gomes F° JBM—Correlação entre os achados da ecocardiografia bidimensional e a cineventriculografia esquerda na lesão apical do ventrículo esquerdo na cardiopatia chagásica crônica. Arq Bras Cardiol, 1986;46:105-13.
7. Dias E, Laranja FS, Nobrega G—Doença de Chagas. Mem Inst Osw Cruz, 1945:45 495-581.
8. Anselmi Am, Pifano F, Suarez JA, Gurdíel O—Myocardiopathy in Chagas disease. I-comparative study of pathologic findings in chronic and experimental Chagas' myocardites. Am Heart J. 1966;72:469-81.
9. Pereja JM, Amargós A, Estable JJ, Berranti PF—Forma cardíaca de la tripanosomiasis cruzi. Arch Urug Cardiol, 1938;2:219-33.
10. Romanã C, Cassio F—Formas crônicas cardíacas de la enfermedad de Chagas. An Inst Med Reg. 1944; 1 9-91.
11. Mória B, Rosebaum MB, Hojman D—Aneurismas ventriculares en la miocarditis cronica chagásica. Rev Argent Cardiol, 1955; 22:113-50.
12. Laranja FS, Dias E, Nóbrega G, Miranda A—Chagas' disease. A clinical, epidemiologic and pathologic study. Circulation, 1956;14:1035-00.
13. Baudino C, Martinez B, Sanchez E, Beainsky J, Josefies J—Aneurismas ventriculares de etiologia chagásica. Rev Med Córdoba, 1959;47:194-9.
14. Carvalho S, Campos F° CM, Portugal O et al—Alterações do complexo QRS nas derivações precordiais e seu substrato anatômico em pacientes portadores de miocardite chagásica crônica. Rev Paulista Med. 1954:45 161-8.
15. Andrade Z, Andrade SA—A patologia da doença de Chagas. Bol Fund Gonçalo Moniz, 1955 B: 1-53.
16. Andrade Z—Lesão apical do coração na miocardite crônica chagásica. Hospital, 1950 50 803-12.
17. Capriles M, Berrios G, Guevara JM, Gómez E—Complicaciones tromboembólicas en la cardiopatia crônica de Chagas y au correlacion anatomo-clínica. Arch Hoap Vargas, 1962; 4 293-8.
18. Almeida HO, Chapadeiro E—Alterações endocárdicas na região apical dos corações chagásicos crônicos. Rev Inat Med Trop São Paulo, 1978; 20: 293-9.
19. Pupo Jr RA—Contribuição ao estudo patológico da lesão fibrótica apical no coração de chagásicos crônicos (Tese Doutorado) São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1969. p. 30.
20. Albanesi F° FM, Gomes F° JBM—Acometimento da ponta do ventrículo esquerdo na cardiopatia chagásica crônica: aspectos clínicos e ventriculográficos. Arq Bras Cardiol, 1989; 52: 115-20.
21. Garzon SAC, Lorga AM, Jacob JBL et al—A cineangiocardiorrafia do ventrículo direito na doença de Chagas crônica. Correlação clínica-cineangiográfica em 67 indivíduos. In: Anais do I Congresso Internacional sobre Doença de Chagas Rio de Janeiro: Sociedade de Medicina e Cirurgia, 1979, p. 108.
22. Garzon SAC, Lorga AM, Jacob JBL et al—A cineangiocardiorrafia do VE na doença de Chagas crônica. Parte IV—Apreciação morfológica e aspectos clínicos das assínergias localizada não apicais do VE. In: Anais do I Congresso Internacional sobre Doença de Chagas—Rio de Janeiro: Sociedade de Medicina e Cirurgia, 1979, p. 107.
23. Saad EA, Salles Neto M, Pryzytyk RN, Feres JGF, Sousa EA, Abraão C—Estudo hemodinâmico e angiográfico. In: Cançado Jr, Chuster M eds. Cardiopatia Chagásica. 1. ed. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985; 198.