

**PSEUDOANEURISMA DO VENTRÍCULO ESQUERDO RESSECADO VINTE ANOS
APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

LUIZ CARLOS SANTANA PASSOS, SÉRGIO FERREIRA DE OLIVEIRA,
JOSÉ ANTÔNIO FRANCHINI RAMIRES, FÁBIO JATENE, ADIB JATENE
São Paulo, SP

Homem de 67 anos de idade, com história de infarto do miocárdio, evoluiu desde então assintomático e após 20 anos, durante avaliação clínica de rotina, identificou-se, à radiografia de tórax, imagem paracardíaca calcificada em região diafragmática esquerda. O estudo angiográfico mostrou pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo, corrigido cirurgicamente.

O longo intervalo de tempo entre o infarto do miocárdio e a correção cirúrgica do pseudoaneurisma parece-nos o maior, em relação a casos publicados.

**PSEUDOANEURYSM OF THE LEFT
VENTRICLE: TWENTY YEARS SURVIVAL
AFTER MYOCARDIAL INFARCTION**

A 67 year-old-man suffered an uncomplicated myocardial infarction twenty years ago. By January 1990 an abnormal cardiac contour was noted on a chest radiography. Contrast ventriculography revealed a pseudoaneurysm of the left ventricle. The patient underwent open heart surgery and remains asymptomatic 12 months after surgery. This is the longest time interval between the myocardial infarction and successful surgery that has been reported.

Arq Bras Cardiol 57/6: 479-481—Dezembro 1991

O pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo é complicação rara do infarto agudo do miocárdio (IAM). Forma-se a partir da rotura ventricular que pode surgir na evolução do IAM, associada à obliteração por hematoma e por aderência do pericárdio visceral¹. O diagnóstico precoce é importante pois a correção cirúrgica pode evitar rotura cardíaca secundária e conseqüente morte súbita². Neste relato apresenta-se o caso de um portador de pseudoaneurisma ventricular esquerdo, diagnosticado e operado 20 anos após o episódio de IAM.

RELATO DO CASO

Homem de 67 anos de idade, sofreu IAM em 1970. Em 1975, durante exame médico, foi infor-

mado de alteração na radiografia de tórax. Em 1990, estando assintomático desde o episódio de IAM, evidenciou-se imagem radiográfica paracardíaca calcificada em região diafragmática esquerda (fig. 1). O exame físico revelou paciente em bom estado geral, com pulso regular de 84 bpm e pressão arterial de 130/80 mmHg. Os exames dos pulmões, do coração e do abdomen foram normais. O eletrocardiograma registrou área eletricamente inativa inferior e o ecodoppler cardiograma foi inconclusivo por falta de janela ecocardiográfica adequada. A angiocardiografia contrastada revelou imagem sugestiva de pseudoaneurisma em parede inferior do ventrículo esquerdo (fig. 2) e lesão obstrutiva de 40% na artéria coronária direita. As demais artérias não apresentavam obstruções.

O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico. No ato operatório foi evidenciado grande tumoração calcificada, com dimensões de 9 x 9 x 9,5 cm, aderida à parede inferior do ventrículo

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas—FMUSP
Correspondência: Luiz Carlos S. Passos—Rua Teodoro Sampaio,
363/1209405405—São Paulo, SP.

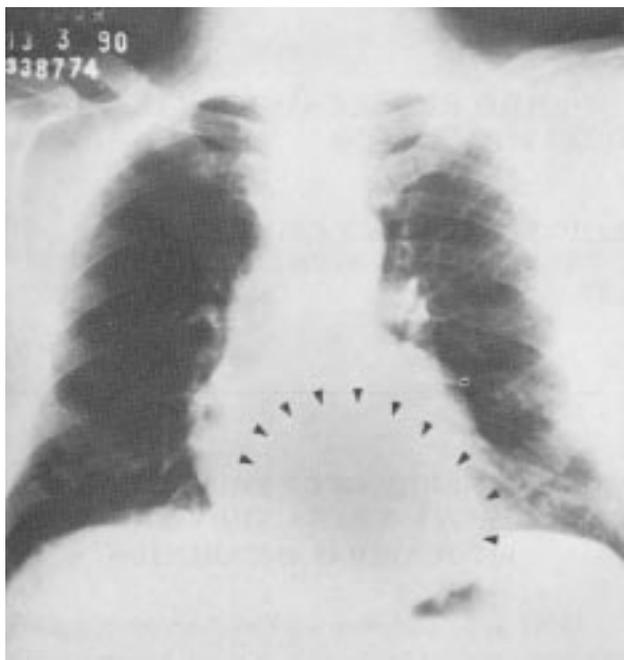


Fig. 1—Imagem radiográfica de calcificação em região diafragmática do ventrículo esquerdo.

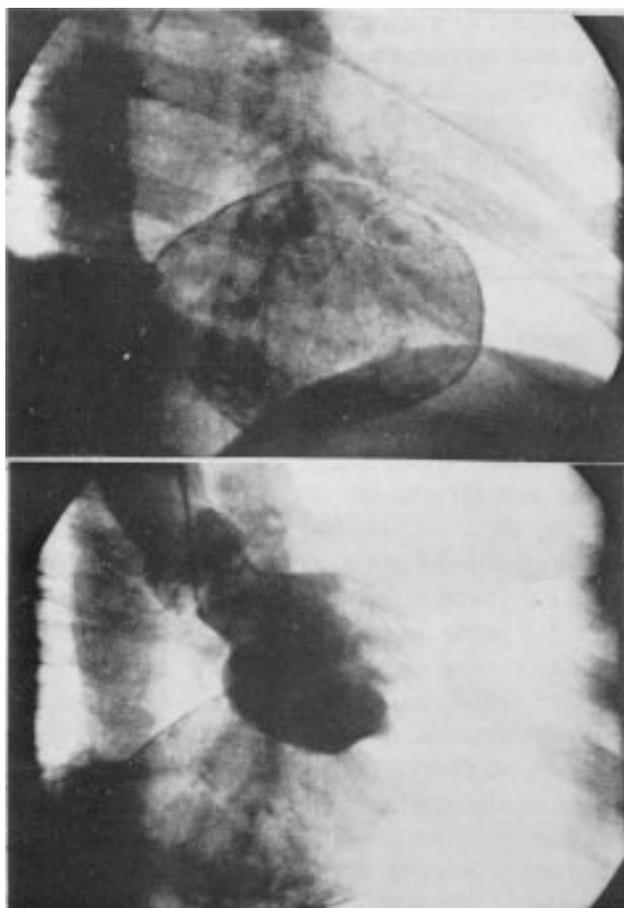


Fig. 2—Pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo com paredes calcificadas.

esquerdo, junto ao anel mitral. O pericárdio parietal e a tumoração foram ressecados, tendo

sido identificado orifício de 3 cm na parede posterior do ventrículo esquerdo, fechado com retalho de pericárdio bovino. O exame anátomo-patológico revelou pseudocápsula fibrosa com intensa calcificação e trombos em seu interior, compatível com o diagnóstico de pseudoaneurisma. O paciente recebeu alta no 8º dia de pós-operatório, permanecendo assintomático após 12 meses da cirurgia.

DISCUSSÃO

A rotura cardíaca é responsável por 5-8% das mortes nas primeiras duas semanas após o IAM e ocorre preferencialmente na parede anterior do ventrículo esquerdo³. Em alguns casos, pode haver formação de pseudoaneurisma. Dentre 71 casos de pseudoaneurisma pós-IAM publicados até 1987, 74% localizavam-se na parede inferior do ventrículo esquerdo^{4, 5}. Supõe-se que a existência de relações anatômicas favoráveis com o pericárdio visceral e a menor extensão da área de IAM propiciem o bloqueio da rotura da parede ventricular nesta região¹.

O quadro clínico pode variar desde achado de exame em paciente assintomático até a rotura cardíaca⁵⁻⁷. A insuficiência cardíaca é a manifestação clínica mais comum^{4, 5, 7}, conseqüência a diminuição do volume sistólico, pela regurgitação sangüínea para a cavidade do pseudoaneurisma. Em 14% dos 71 casos referidos, o diagnóstico de pseudoaneurisma foi feito durante exame anátomo-patológico de pacientes que apresentaram morte súbita⁴.

A radiografia do tórax revela alterações sugestivas para o diagnóstico sendo a cardiomegalia assimétrica o achado observado na maioria dos casos⁵. O ecodopplercardiograma e a ventriculografia radioisotópica têm sido utilizadas com grande sensibilidade e especificidade para elucidação diagnóstica⁸⁻¹¹. A realização de ventriculografia contrastada e cineangiocoronariografia, entretanto, é essencial na definição das relações anatômicas do pseudoaneurisma e para estudo das artérias coronárias. A artéria coronária direita foi acometida de forma isolada em 72% dos casos relatados e, em 28% deles, houve comprometimento bi ou triarterial⁴.

O diagnóstico precoce e a correção cirúrgica são importantes pelo elevado risco de rotura cardíaca e morte súbita². Na coletânea de Milgarten e col⁴, apenas seis pacientes tiveram diagnóstico e correção cirúrgica do pseudoaneurisma após o 1º ano do IAM, quatro dos quais morreram⁴.

O pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo deve ser corrigido independente da presença de sintomas, bem como avaliada a necessidade de revascularização miocárdica.

Nosso paciente permaneceu assintomático por 20 anos após o episódio de IAM. Esse é o maior intervalo de tempo entre o IAM e a correção cirúrgica do pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo de que temos conhecimento^{7, 9-10}. Deve-se admitir que os trombos que preenchem quase totalmente a cavidade do pseudoaneurisma, associados à intensa calcificação de suas paredes e à presença de múltiplas aderências às estruturas vizinhas teriam evitado a rotura cardíaca, permitindo a evolução tardia favorável, sem evidências de disfunção ventricular esquerda.

REFERÊNCIAS

1. Rittenhouse E, Sauvage L, Mansfield P, Smith J, Davis C, Hall D—False aneurysm of the left ventricle. *Ann Surg*, 1979; 189: 409-15.
2. Vlodayer Z, Coe JI, Edwards JE—True and false left ventricular aneurysm: Propensity for the latter rupture. *Circulation*, 1975; 51:567-72.
3. Lewis J, Burchell B and Titus—J. Clinical and pathological features of post infarction cardiac rupture. *Am J Cardiol*, 1969; 23: 43-53.
4. Milgarter E, Uretzky G, Levy P, Appelbaum A, Borman B—Pseudoaneurysm of the left ventricle. *Thorac Cardiovasc Surgeon*, 1987; 35: 20-5.
5. Higgins B, Lipton M, Johnson A, Peterson K, Vieweg W—False aneurysm of the left ventricle. *Radiology*, 1978; 127: 21-7.
6. Van Michelen R, Van Hemel N, Van RiJk P—Non invasive diagnosis of pseudoaneurysm of the left ventricle. *Br Heart J*, 1978; 40: 812-6.
7. Ashraf H, Bhayama J—Pseudoaneurysm of the left ventricle after myocardial infarction: Report of two cases. *Postgrad Med*, 1984; 75: 187-92.
8. Katz RJ, Simpson A, Di Bianco R, Fletcher R, Bates R, Sauerbrunn B—Non-invasive diagnosis of left ventricular pseudoaneurysm. Role of two dimensional echocardiography and radionucleide gated blood pool imaging. *Am J Cardiol*, 1979; 44: 372-7.
9. Van Tassef RA, Edwards JE—Rupture of heart complicating myocardial infarction: Analysis of 40 cases including nine examples of left ventricular false aneurysm. *Chest*, 1972; 61: 104-16.
10. Sones HE, Asinger RW, Daniel JA—Two-dimensional echocardiography identification of left ventricular pseudoaneurysm. *Am Heart J*. 1986; 112: 977-85.
11. Glover MV, Hagan AD, Vieweg WV—Pseudoaneurysm of the left ventricle diagnose by two-dimensional echocardiography: Case report. *Milit Med*. 1981; 146: 696-8.