

TRATAMENTO DA DISSECÇÃO CORONÁRIA AGUDA PELA ANGIOPLASTIA DURANTE CATETERISMO DIAGNÓSTICO COM A TÉCNICA DE SONES

GALO A. MALDONADO, RICARDO CESAR CAVALCANTI, JESUS R. LIVERA, FLÁVIO B. MOTA, NILTON S. DE OLIVEIRA, HUSSEIN YAKTINE, MANUEL CANO, AMANDA G. M. R. SOUSA, J. EDUARDO M. R. SOUSA
São Paulo, SP

Homem de 50 anos, portador de revascularização miocárdica há 5 anos, foi submetido à cinecoronariografia devido a angina de peito progressiva. Durante o exame, ocorreu dissecação inadvertida da artéria coronária descendente anterior, com oclusão do vaso. A seguir foi realizada angioplastia, com restabelecimento do fluxo coronário.

CORONARY ANGIOPLASTY IN ACUTE CORONARY DISSECTION DURING DIAGNOSTIC CATHETERIZATION BY SONES' TECHNIQUE.

Male, 50 year-old, white, who underwent coronary arteriography and exhibited proximal dissection of the left anterior descending coronary artery induced by the Sones catheter with subsequent acute vessel occlusion. The patient was immediately treated by balloon angioplasty with excellent outcome.

Arq Bras Cardiol 57/6: 483-485—Dezembro 1991

Desde os trabalhos iniciais de Gruentzig e col, a angioplastia transluminal coronária evoluiu em muitos aspectos, incluindo as técnicas de aplicação e o maior volume de indicações¹⁻⁴. O emprego deste procedimento, para tratar a oclusão aguda da artéria coronária, conseqüente à dissecação ao nível da lesão, durante o cateterismo diagnóstico, ainda não foi descrito. Relatamos o caso de um paciente, que apresentou oclusão aguda da artéria descendente anterior, por dissecação pelo cateter de Sones durante arteriografia seletiva e tratada, de imediato, pela dilatação coronária.

RELATO DO CASO

Homem de 50 anos, branco, tabagista, submeteu-se há 5 anos à cirurgia de revasculariza-

ção miocárdica devido à severa coronariopatia. Foram realizadas pontes de veia safena da aorta para os ramos diagonal, descendente posterior da artéria coronária direita e 1º e 2º ramos marginais da artéria circunflexa. Teve boa evolução ao longo destes 5 anos, quando passou a exibir angina do peito progressiva. Novo estudo angiográfico demonstrou oclusão da ponte de safena para o 1º ramo marginal e bom aspecto dos demais enxertos aorto-coronários (fig. 1). Entretanto, durante o cateterismo seletivo da artéria coronária esquerda, o cateter de Sones foi introduzido de maneira inadvertida, algo distalmente, alcançando grave lesão existente no terço proximal da artéria descendente anterior (fig. 2). Com o cateter nesta posição, injetou-se material de contraste para a opacificação do vaso, que se mostrou agudamente ocluído. O paciente, em seguida, apresentou forte dor precordial e supradesnívelamento do segmento ST, seguidos de hipotensão arterial. Novas opacificações do vaso permitiram identificar dissecação causada pelo posicionamento inadequado do cateter na artéria.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo.
Correspondência: Galo A. Maldonado—Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
Av. Dante Pazzanese, 500—04012—São Paulo, SP.

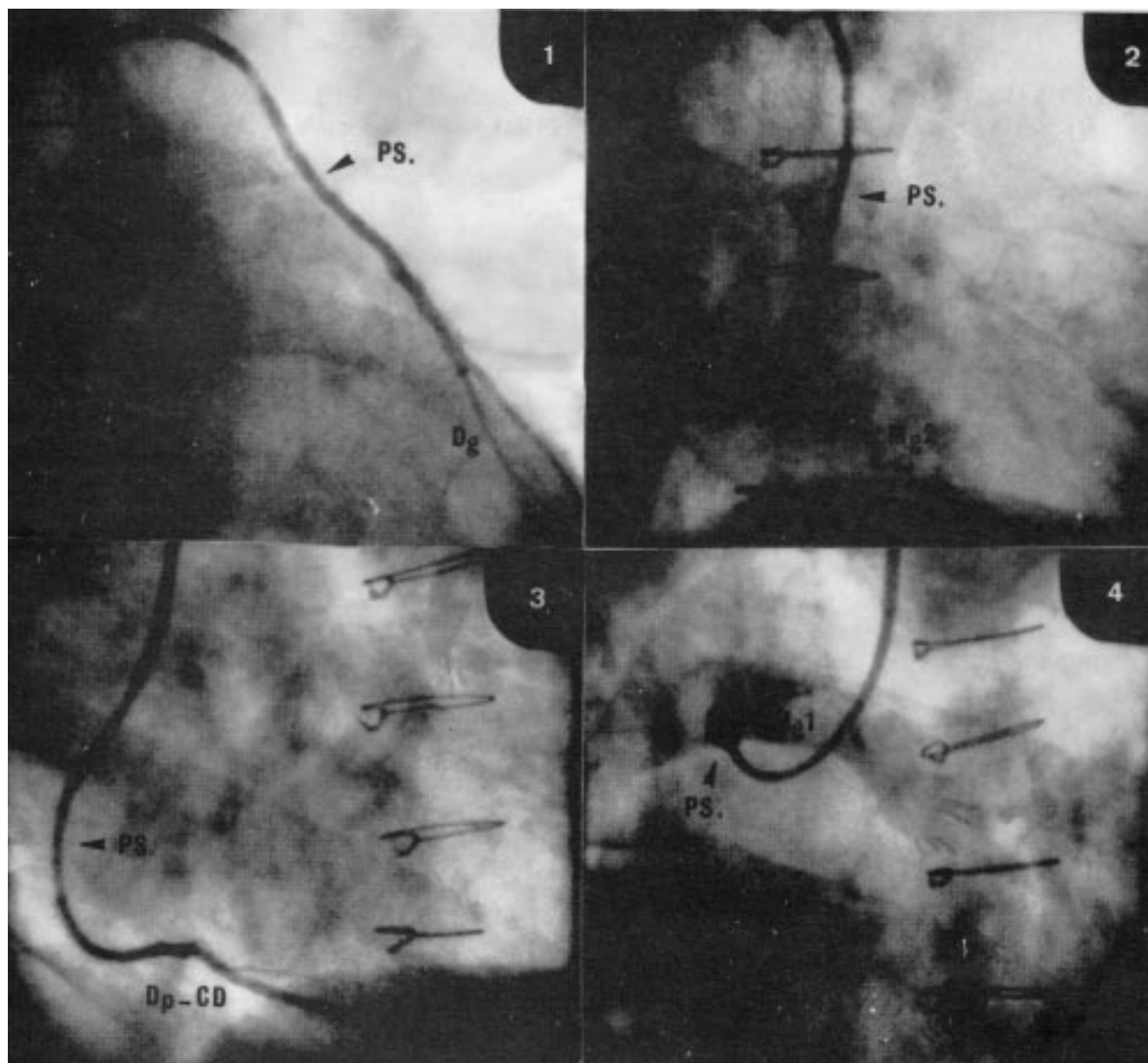


Fig. 1—Estudo angiográfico, 5 anos após a cirurgia de revascularização miocárdica. As fotos 1, 2 e 3 mostram as pontes de veia safena pérvias para as artérias diagonal, 2º ramo marginal da circunflexa e descendente posterior da coronária direita, respectivamente. Na foto 4, nota-se o enxerto venoso para o 1º ramo marginal ocluído na origem. PS = ponte de veia safena; Dg = artéria diagonal; Mg² = 2º ramo marginal; DP = descendente posterior; CD = coronária direita; Mg¹ = 1º ramo marginal.

De imediato, substituiu-se o cateter de Sones pelo cateter-guia de Stertz e procedeu-se à desobstrução do vaso, utilizando-se um sistema dilatador “over the wire” (cateter-balão L.P.S. 25 - 3,0 - USCI - Billerica-Massachussets). Após insuflações do balão, com pressões crescentes, conseguiu-se ampla restituição da luz arterial com o “colamento” do retalho dissecado (fig. 2). O fluxo arterial coronário foi totalmente restabelecido com alívio da dor, normalização do eletrocardiograma e da pressão arterial. A angiografia do ventrículo esquerdo na projeção oblíqua anterior direita evidenciou hipocontratilidade da parede anterior. O paciente apresentou boa

evolução hospitalar, sem alterações enzimáticas expressivas e, no 4º dia após o evento, recebeu alta, em bom estado geral e assintomático.

DISCUSSÃO

A dissecção arterial coronária durante cateterismo diagnóstico é de ocorrência rara, principalmente quando se utiliza a técnica de Sones. Dados de literatura, nos primórdios do emprego da técnica, indicam incidência de um caso em 4200 exames^{5, 6}; mais recentemente, em nosso laboratório, em uma série de 1000 casos sucessivos não se constatou qualquer dissecção du-

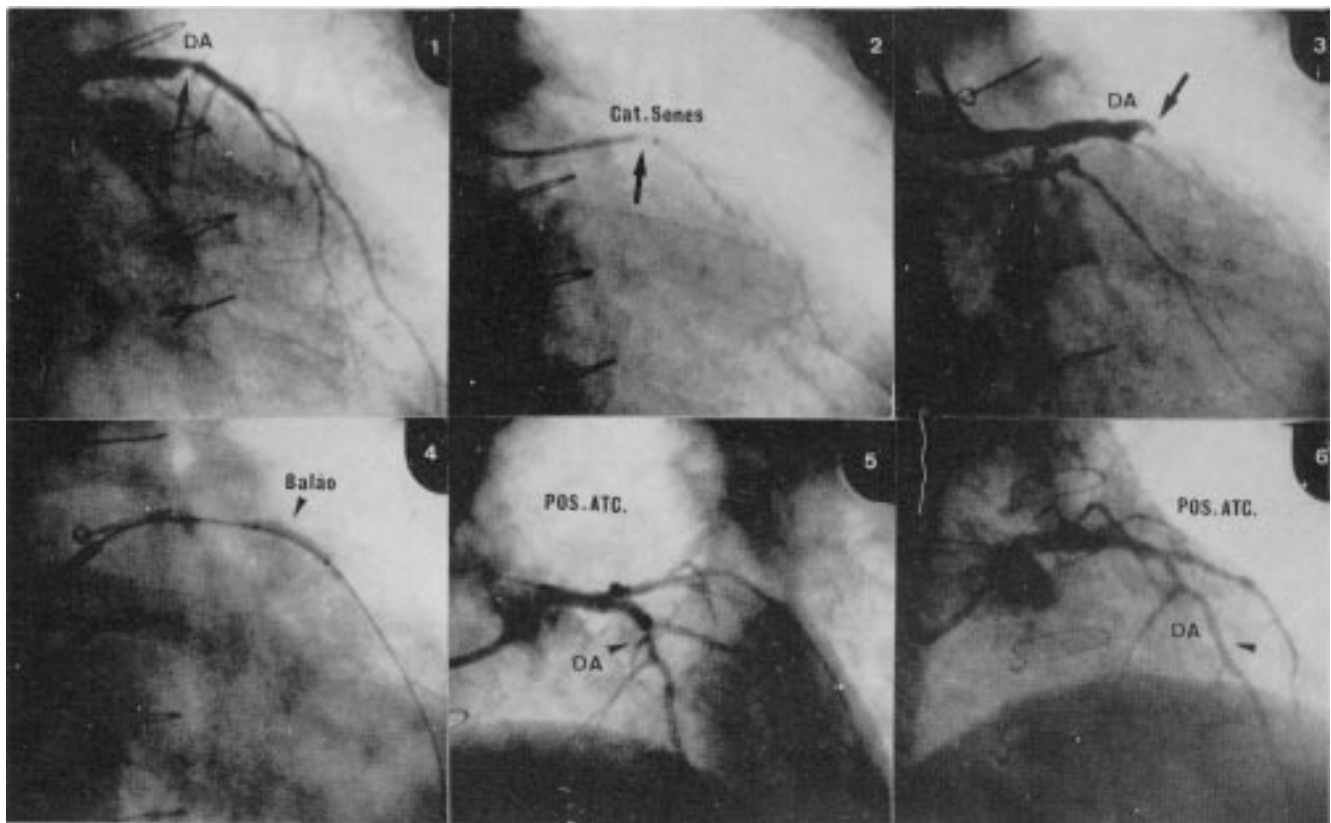


Fig. 2—Desobstrução da artéria descendente anterior pela técnica da angioplastia coronária. As fotos 1, 2 e 3 demonstram a posição inadequada do catéter de Sones e o vaso ocluído. Na foto 4, nota-se o catéter-balão insuflado; nas fotos 5 e 6 a artéria desobstruída. DA = artéria descendente anterior; CAT = catéter.

rante exames diagnósticos⁷. Esta complicação é grave, porque oclui a artéria agudamente em suas porções proximais colocando, em geral, grande quantidade de músculo em risco^{8, 9}. A maioria dos centros adota como tratamento a cirurgia de revascularização de emergência^{8, 9}. Entretanto, apesar da sua efetividade em numerosos casos, acompanha-se de aumento significativo da morbi-mortalidade quando comparada com revascularização cirúrgica eletiva. Além do mais, em cerca de 50% dos casos, se constata a seqüela eletrocardiográfica de infarto do miocárdio. A simplicidade e rapidez de utilização da técnica da angioplastia coronária, em circunstâncias como esta, podem conferir, ao método, preferência no manuseio. Além do mais, o imediatismo de sua ação no restabelecimento do fluxo coronário e normalização da perfusão miocárdica empresta-lhe forte ação terapêutica no salvamento do músculo isquêmico, permitindo que a maioria dos pacientes normalize seu eletrocardiograma por ocasião da alta hospitalar.

Além dos benefícios da restauração anatômica do segmento agudamente dissecado, obtve-se também êxito na desobstrução coronária pela eliminação da lesão ateromatosa subjacente,

em conseqüência da técnica de dilatação coronária.

REFERÊNCIAS

1. Gruentzig AR—Transluminal dilatation of coronary stenosis. *Lancet*, 1978; 1: 263.
2. Dorros G, Stertz SH, Cowley M et al—Complex coronary angioplasty. Multiple coronary dilatations. *Am J Cardiol*, 1984; 53: 1266.
3. Myler RK, Stertz SH—Coronary and peripheral angioplasty: Historical perspective. In Topol J Eric (ed). *Textbook of Interventional Cardiology*. Philadelphia, WB Saunder Company, 1990, pp. 187-195.
4. Ryan TJ, Faxon DP, Gunnar RM et al—Guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty: A report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Cardiovascular Procedures (subcommittee on percutaneous transluminal coronary angioplasty). *J Am Coll Cardiol*, 1988; 12: 529-49.
5. Davis K, Kennedy JW, Kemp HG Jr, Judkins MP, Gosselin AJ, Killip T—Complications of coronary arteriography from the collaborative study of coronary artery surgery (CASS). *Circulation*, 1979; 59:1105.
6. Adams DF, Fraser PB, Abrans HL—The complications of coronary arteriography. *Circulation*, 1973; 48:609.
7. Nicolela Jr EL, Nunes GL, Souza AGMR, Maldonado GA, Mattos LAP, Feres F, Sousa JEMR—Índices atuais de complicações do cateterismo diagnóstico e terapêutico. Análise de uma série de 1000 casos consecutivos. *Arq Bras Cardiol*, 1990; 55 (supl B); B204.
8. Meller J, Friedman S, Dack S, Herman MV—Coronary artery dissection. A complication of cardiac catheterization without sequelae: case report and review of the literature. *Cath Cardiovasc Diagn*, 1976; 2: 301.
9. Guss SB et al—Coronary occlusion during coronary angioplasty. *Circulation*, 1975; 52: 1063.