

Oclusão do Óstio da Coronária Esquerda em Paciente Portadora de Angina Estável Crônica. Aspecto Cinecoronariográfico

Luiz de Castro Bastos, José Fernando C. Martins, Edson Carlos Macalós
Cascavel, PR

Left Main Coronary Artery Occlusion in a Patient With Chronic Stable Angina: Coronary Arteriographic Aspect

A lesão ostial da coronária esquerda é a manifestação mais grave da doença aterosclerótica coronariana. Quase sempre provoca instabilidade hemodinâmica seguida de óbito. Paciente de 47 anos, portadora de fatores de risco, foi submetida à cinecoronariografia em avaliação cardiológica prévia à cirurgia abdominal. O exame revelou oclusão do óstio da coronária esquerda, sendo esta plenamente visualizada através de exuberante circulação colateral oriunda da artéria coronária direita. Esta, além de ser dominante, era isenta de lesões obstrutivas. O ventrículo esquerdo apresentava contração normal. Após discussão clínico-cirúrgica, a paciente foi encaminhada à cirurgia de revascularização miocárdica.

The left main coronary artery occlusion is the most dangerous presentation of arteriosclerotic coronary artery disease, often resulting in hemodynamics and electrical instability that ultimately lead to death (fatal acute episodes and/or sudden death). A 47-years-old female with multiple risk factors went on a cardiological check-up, including coronary angiograms, as a preoperative evaluation of a routine abdominal surgical procedure.

The angiograms provided definite information about the coronary vessels including total occlusion of the ostium of the left main coronary artery (LCA) and collateral circulation from the right coronary artery (RCA). The RCA was dominant and normal. The left ventriculogram showed hypertrophy but the left ventricular function was normal. These clinical and angiographic findings were analysed at a surgical-clinical session and a coronary artery bypass graft operation (myocardial revascularization) was done.

Arq Bras Cardiol, volume 59, nº 3, 223-226, 1992

A lesão do tronco da coronária esquerda (TCE) é a mais letal manifestação da doença aterosclerótica coronariana, pois, embora ocorra em uma incidência de 5 a 10% dos casos¹, apresenta uma mortalidade de 50% em 3 anos². A maioria dos relatos¹⁻⁵ refere-se a lesão grave - oclusão de 70 a 95% - seguida de angina instável, infarto agudo do miocárdio ou choque cardiogênico.

Relatamos o caso de uma paciente portadora de angina estável crônica submetida à cinecoronariografia como avaliação prévia à cirurgia abdomi-

nal que revelou oclusão ostial do TCE.

Relato do Caso

Mulher, branca, 47 anos, em tratamento gastroenterológico (portadora de úlcera duodenal e hérnia de hiato), submetida a exame de ultra-sonografia abdominal que revelou "presença de grande litíase móvel com a mudança de decúbito". Foi encaminhada à Clínica Cardiológica para avaliação de risco cirúrgico em face da queixa de dor precordial aos esforços moderados.

Nessa ocasião, 12/6/91, apresentava exame cardiológico normal sendo, então, submetida ao estudo eletrocardiográfico (fig. 1) e aos seguintes exames laboratoriais: dosagem de colesterol (260 mmHg/dl) e triglicérides (176 mg/dl). Em seguida,

Instituto de Moléstias Cardiovasculares de Cascavel (IMCC) e Hospital Policlínica Cascavel Ltda.
Correspondência: Luiz de Castro Bastos
R. Maranhão, 945
85806-050 - Cascavel, PR
Recebido para publicação em 2/1/92
Aceito em 27/4/92

foi realizado teste ergométrico de esteira (protocolo de Ellestad) com resultado positivo “devido a presença de dor precordial ao exercício, irradiada para membro superior esquerdo, acompanhada de náuseas que cessou com a interrupção do mesmo”. Em face disto, foi medicada com 30 mg/dia de propatilnitrato, 20 mg/dia de nifedipina e 20 mg/dia de levostatina, sendo, a seguir, encaminhada à cineangiocoronariografia.

Atendida em nosso serviço em 22/8/91 referindo “dor no coração” há 15 anos, com exacerbação nos últimos 6 meses, em pontada, localizada na região precordial, relacionada aos esforços, de curta duração e de menor intensidade após a terapêutica acima instituída. Antecedentes: pai e irmão falecidos do coração. Fatores de risco: fumante crônica (20 cigarros/dia), sedentária, estressada e com níveis elevados de colesterol.

O exame físico revelou bom estado geral, pressão arterial de 120 X 70 mmHg e frequência cardíaca de 84 bpm. O exame cardiopulmonar mostrou ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros, bulhas hipofonéticas e pulmões limpos.

Submetida a cateterismo cardíaco em 3/9/91 pela técnica de Sones, revelando ausência da artéria coronária esquerda em injeção rotineira de contraste no seio coronariano esquerdo. A princípio pensamos em posição anômala desta artéria, porém, injeções adicionais mostraram imagem em “fundo cego”(fig. 2) ao nível do óstio da coronária esquerda.

Em seguida, realizamos injeções na artéria coronária direita revelando ser esta dominante, isenta de lesões obstrutivas e exibindo exuberante circulação colateral para as artérias descendente anterior e circunflexa, permitindo nitidamente a visualização de ambas. (fig. 3). O ventrículo esquerdo apresentava contração normal (fig. 4). o cateterismo decorreu sem intercorrências.

Discutimos o caso em reunião clínico-cirúrgica e decidimos pela cirurgia de revascularização miocárdica.

Discussão

Sabe-se que a oclusão aguda do TCE resulta em falência hemodinâmica em pouco tempo e é, na maioria das vezes, um evento fatal^{2,3}.

A oclusão do TCE na angina estável crônica é rara, principalmente na presença de ECG normal, não tendo sido citada na literatura pesquisada. Há, sim, relatos^{4,6,7} de pacientes portadores de lesão grave, sendo, porém, todos triarteriais e nenhum deles apresentando oclusão ostial. Além disto, a maioria já tinha sido submetida à cirurgia de

revascularização miocárdica.

Neste relato, a paciente tinha angina estável crônica, antecedentes familiares para doença cardíaca importantes, era fumante crônica e, embora não fosse obesa ou diabética, tinha níveis elevados de colesterol, contrastando com todos casos encontrados nas referências citadas. Prognosticamente, a abordagem medicamentosa nesta patologia é quase sempre insuficiente e pobre². Já a angioplastia transluminal coronariana (ATC) continua sendo motivo de controvérsias^{1,2,6-11}. Ela só é indicada em casos selecionados, sendo sua principal contra-indicação a ausên-

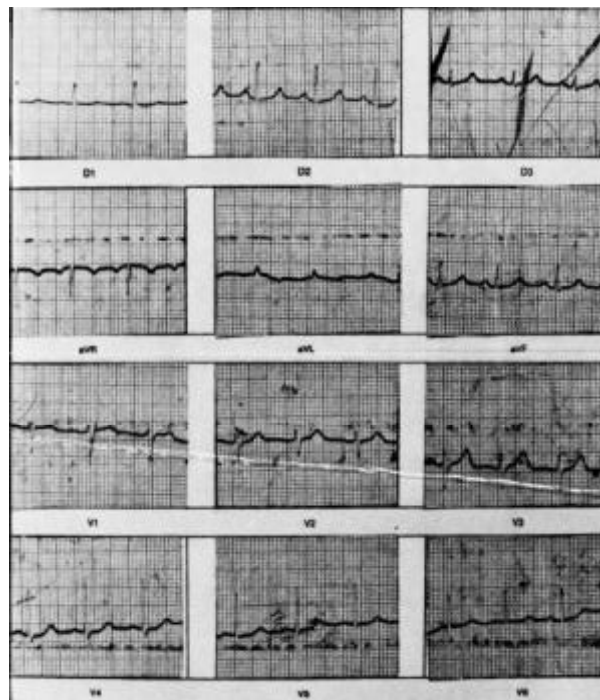


Fig. 1 - Eletrocardiograma mostrando apenas alterações secundárias da onda T em aVL.

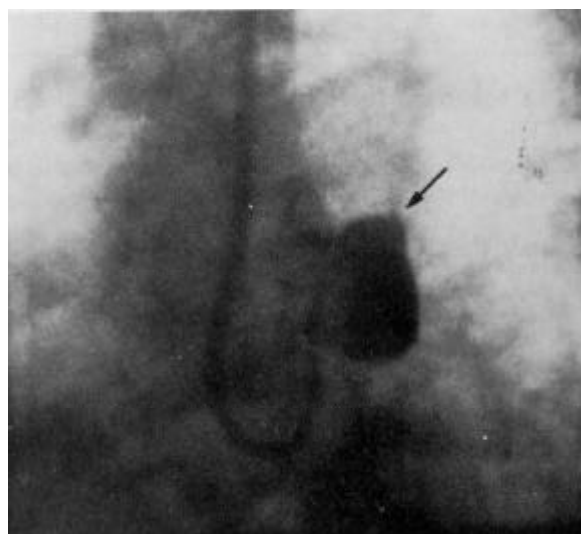


Fig. 2 - Cateter posicionado no óstio da coronária esquerda mostrando sua oclusão e a imagem em “fundo cego”.

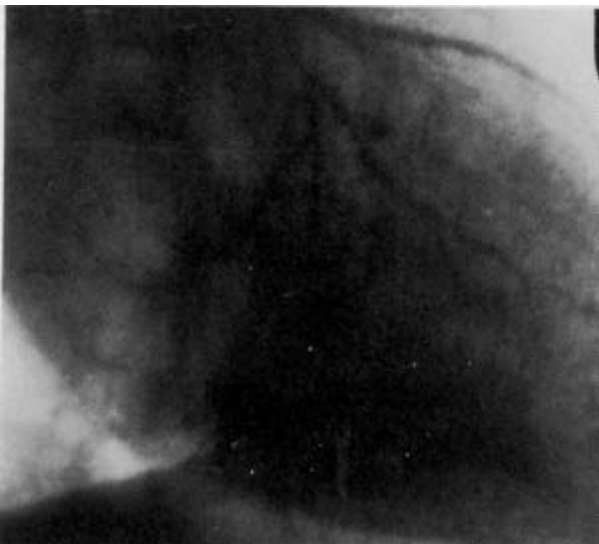
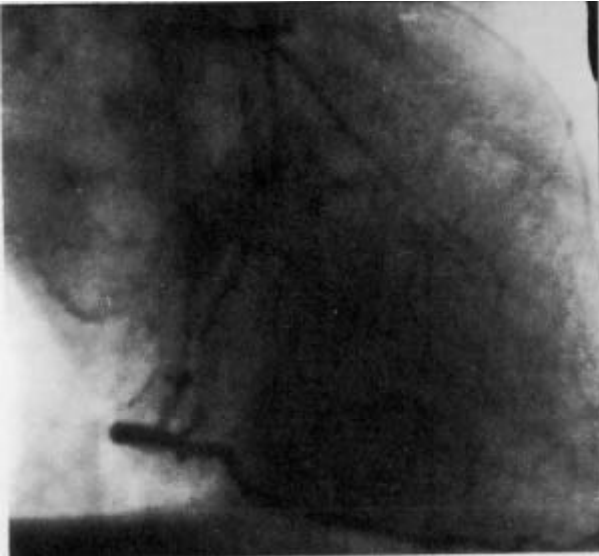
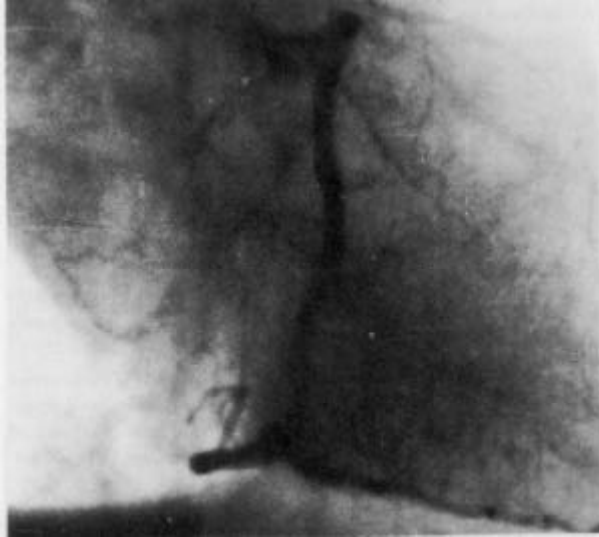


Fig. 3 - A) injeção de contraste na artéria coronária direita mostrando a visualização da circulação colateral e os ramos da artéria coronária esquerda; B) melhor visualização dos ramos dessa artéria; C) vê-se que as artérias descendente anterior e circunflexa ainda são visíveis, mesmo após a "lavagem" do contraste na artéria coronária direita.



Fig. 4 - Ventrículo esquerdo em diástole e sístole com contração normal.

cia de circulação colateral ou de cirurgia de revascularização prévia, protetoras do miocárdio em risco. Os relatos de sucesso da ATC^{2,4,6,7} referem-se a lesões graves, às vezes suboclusivas, com circulação colateral protetora, nas quais o índice de mortalidade é baixo².

O tratamento preferido para as lesões de TCE ainda é a cirurgia de revascularização miocárdica¹²⁻¹³.

Concluem os autores que a identificação de lesão ostial ocluindo totalmente o TCE na angina estável crônica é pouco freqüente, fortuita e ocorre também como achado ocasional em avaliação cardiológica rotineira pré-operatória.

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. 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.

3. Napchan BP, Caramelli B, Tranchesi B Jr. et al - Angioplastia do tronco da coronária esquerda no infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Cardiol, 1990; 55:113-5.
 4. Sertzer SH, Wallsh E, Bruno MS - Evaluation of transluminal coronary angioplasty in left main coronary artery stenosis (abstr). Am J Cardiol, 1981; 47:396.
 5. Allison HW, Russel RO Jr, Mantele JA, Kouchoukos NT, Kackley CE Coronary anatomy in patients with unstable angina pectoris. Am J Cardiol, 1978; 41:204.
 6. Sertzer SH, Myler RK, Insel H et al - Percutaneous transluminal coronary angioplasty in left main stem coronary stenosis. A five year appraisal. Int Cardiol, 1985; 9:149.
 7. Pimentel F^o WA, Buchler JR, Assis SF, Neves M, Santana F, Armelin E - Angioplastia coronaria no tronco pncipal da coronária esquerda - XI Congresso Brasileiro de Hemodinâmica e Angioplastia, Salvador, BA, 1989.
 8. Sousa JEMR, Sousa AGMR, Fares F - Angioplastia transluminal coronária: indicações e resultados atuais. Arq Bras Cardiol, 1988; 51:69-75
 9. Bourassa MG, Alderman EL, Bertrand M et al - Relatório da Junta da Sociedade e Federação Internacional de Cardiologia e Organização Mundial de Saúde: Força Tarefa sobre Angioplastia Coronária. Arq Bras Cardiol, 1988; 51: 275-85.
 10. Vliestra RE, Holmes DR Jr, Mock MB Jr. et al - Balloon angioplasty in multivessel coronary disease. Mayo Clinic Experience. Am J Cardiol, 1983; 1-656.
 11. Willians DO, Kurzrock S, Riley R, Singh A, Most A - Partial revascularization by single vessel coronary angioplasty: Efficacious therapy of multivessel coronary artery disease. Am J Cardiol, 1983; 1: 655.
 12. Jatene FB, Pontes RD, Lemos PCP, Ramires AF, Jatente AD) Estenose de óstio coronário: técnica para seu tratamento utilizando fragmentos de veia safena autógena. Arq Bras Cardiol, 1985; 1-61.
 13. Baim DS - Interventional catheterization techniques: Percutaneous transluminal balloon angioplasty, valvuloplasty and related procedures. In: Braunwald E, eds. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia, W.B. Saunders, 1988, p. 1384.
-