

Dissecção de Artéria Coronária Sem Infarto Agudo do Miocárdio

Antonio Sérgio Cordeiro da Rocha, Celso Garcia da Silveira, Rita Villela, Marcia Ferreira, Nazareth Rocha, Paulo Dutra
Rio de Janeiro, RJ

Homem de 57 anos apresentou dissecção aórtica tipo I de DeBakey com dissecção da artéria coronária direita, sem infarto agudo do miocárdio. Foi submetido a tratamento cirúrgico com sucesso e está assintomático no momento.

Coronary Artery Dissection Without Acute Myocardial Infarction

A 57 year-old-man with acute aortic dissection (DeBakey type I) who developed right coronary artery dissection without acute myocardial infarction. He was successfully surgically treated and became asymptomatic.

Arq Bras Cardiol, volume 64 (nº 6), 557-558, 1995

O envolvimento da artéria coronária é complicação rara da dissecção aórtica. Ambas as coronárias podem ser acometidas¹, sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) o achado clínico mais proeminente nesta circunstância^{1,2}. Relatamos o caso de dissecção aórtica aguda tipo I de DeBakey que apresentou dissecção de artéria coronária direita sem IAM.

dente posterior (fig. 1). No ato operatório notou-se que a coronária direita estava anormalmente dilatada devido à dissecção de suas paredes, sendo implantado tubo valvado na aorta ascendente, reparada a aorta distal com cola biológica, reforçada com tiras de teflon e as artérias coronárias reimplantadas no enxerto aórtico. O paciente obteve alta sem complicações no 9º dia pós-operatório.

Relato do Caso

Homem de 57 anos, branco, admitido com queixa de dor precordial intensa, irradiada para a região interesternal, rouquidão, tonteira, disfagia para alimentos sólidos e episódios de dor retroesternal, de pouca intensidade, relacionada aos esforços. Relatava ser portador de hipertensão arterial, não tratada e história familiar de doença coronária. Ao exame físico apresentava sinais de insuficiência aórtica moderada. O eletrocardiograma mostrava sobrecarga atrial e ventricular esquerda e a radiografia de tórax havia cardiomegalia moderada, dilatação da aorta torácica e compressão posterior do esôfago.

O ecocardiograma transesofágico mostrou dissecção envolvendo a aorta torácica e fluxo na falsa luz. A aortografia constatou que a dissecção iniciava-se logo acima da valva aórtica e que a artéria coronária esquerda originava-se na luz verdadeira. A artéria coronária direita tinha origem na luz falsa e apresentava sinais de dissecção da sua origem até a artéria coronária descen-

Discussão

A dissecção de artéria coronária pode ocorrer como conseqüência de dissecção aórtica, trauma torácico, cirurgia de revascularização miocárdica, cateterismo cardíaco, angioplastia coronária ou de forma espontânea^{3,4}.

Na dissecção aórtica as artérias coronárias podem ser envolvidas por compressão extrínseca produzida pela dilatação da falsa luz, causando oclusão do vaso com ou sem trombose distal, por deslocamento da íntima no local de saída do vaso com perfusão pela falsa luz ou por extensão da dissecção através da artéria, com ou sem obstrução além do orifício do vaso⁵.



Fig. 1 - Linha de dissecção ao longo da artéria coronária direita (setas).

O IAM ocorre em 1 a 2% dos casos de dissecção aórtica, dificultando muitas vezes esse diagnóstico ^{2,6}.

O diagnóstico clínico de dissecção de artéria coronária, no curso da dissecção aórtica, é habitualmente feito pela presença de IAM ou pela identificação do deslocamento da íntima na coronariografia.

A manifestação clínica inicial deste caso foi típico de dissecção aórtica aguda tipo I de DeBakey, com insuficiência aórtica, sinais de baixo débito cerebral (tonteira), compressão do nervo laríngeo-recorrente (rouquidão) e compressão extrínseca do esôfago (disfagia). A dor retroesternal era provavelmente pelo envolvimento da artéria coronária, como demonstrado.

Referências

1. Hirst AE, Johns VJ, Kime SW - Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine* 1958; 37: 217-9.
2. Eagle KA, Doroghazi RM, DeSanctis RW, Auten WG - Aortic dissection. In: Eagle KA, Haber E, DeSanctis RW, Auten WG - *The Practice of Cardiology*. 2nd ed. Boston/Toronto: Little, Brown 1989; 64: 1269-92.
3. DeMaio SJ, Kinsela SH, Silverman ME - Clinical course and long-term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1989; 64: 471-4.
4. Bulkley B, Roberts WC - Dissecting aneurysm (hematoma) limited to coronary artery: a clinicopathology study of six patients. *Am J Med* 1973; 55: 747-56.
5. Cambria RP, Brewster DC, Gertler J et al - Vascular complications associated with spontaneous aortic dissection. *J Vasc Surg* 1988; 7: 199-209.
6. Spitel JS, Joyce JW, Tajik J, Edwards WD, Schaff HV, Stanson AW - Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experiences with 236 cases (1980 through 1990). *Mayo Clin Proc* 1993; 68: 642-51.