



CASO CLÍNICO

Pseudoaneurisma gigante do ventrículo esquerdo: contributo diagnóstico de diferentes modalidades de imagem não invasivas

Sílvia Marta Oliveira^{a,b,*}, Paula Dias^{a,b}, Teresa Pinho^{a,b}, Cristina Gavina^{a,b},
Pedro Bernardo Almeida^{a,b}, António J. Madureira^{b,c}, Paulo Pinho^{b,d}, Isabel Ramos^{b,c},
Maria Júlia Maciel^{a,b}

^a Serviço de Cardiologia, Hospital de São João, Porto, Portugal

^b Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

^c Serviço de Radiologia, Hospital de São João, Porto, Portugal

^d Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica, Hospital de São João, Porto, Portugal

Recebido a 8 de julho de 2011; aceite a 4 de novembro de 2011

Disponível na Internet a 17 maio 2012

PALAVRAS-CHAVE

Pseudoaneurisma;
Ventrículo esquerdo;
Ecocardiografia;
Ressonância
magnética cardíaca;
Cirurgia de
reconstrução
ventricular

KEYWORDS

Pseudoaneurysm;
Left ventricle;
Echocardiography;
Cardiac magnetic
resonance;
Left ventricular
reconstructive
surgery

Resumo O diagnóstico diferencial entre o aneurisma e o pseudoaneurisma ventricular, embora difícil, é fundamental face às implicações terapêutica e prognóstica. O presente caso clínico realça o papel fulcral das técnicas de imagem não invasivas no diagnóstico diferencial destas entidades, possibilitando uma correta orientação dos doentes.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Giant left ventricular pseudoaneurysm: The diagnostic contribution of different non-invasive imaging modalities

Abstract Distinguishing between ventricular aneurysm and pseudoaneurysm, although difficult, is of major importance due to the therapeutic and prognostic implications. The present case highlights the pivotal role of non-invasive imaging modalities for differential diagnosis between these entities in order to ensure appropriate management of these patients.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: silviamartaoliveira@yahoo.co.uk (S.M. Oliveira).

Introdução

Com o advento da revascularização miocárdica precoce, observou-se um decréscimo na incidência das complicações mecânicas relacionadas com o enfarte agudo do miocárdio (EAM). Contudo, a rotura da parede livre do ventrículo esquerdo (VE), uma das mais temíveis complicações, pode ocorrer em 4% dos EAM, sendo responsável por cerca de até um quarto das mortes relacionadas com o evento isquêmico¹. Raramente, a rotura é contida pelo pericárdio aderente, originando uma cavidade delimitada por tecido fibroso, na ausência de fibras musculares, é designada de pseudoaneurisma. Atendendo à sua composição, é grande o risco de rotura, ditando a necessidade de correção cirúrgica urgente. Face às implicações prognósticas e terapêuticas, o seu diagnóstico correto e atempado é fundamental. Contudo, a forma de apresentação clínica, os achados do exame objetivo, as alterações no Rx de tórax ou no eletrocardiograma (ECG) não são sensíveis ou específicos dos pseudoaneurismas ventriculares, nem permitem o diagnóstico diferencial com os verdadeiros aneurismas, que constituem complicações mais frequentes dos EAM. O presente caso clínico ilustra estas dificuldades diagnósticas e realça o contributo complementar das técnicas de imagem na identificação desta entidade³.

Caso clínico

Os autores descrevem o caso de um homem caucasiano de 72 anos, ex-fumador, com história prévia de prostatectomia transuretral e de doença cerebrovascular. De realçar que não estava a fazer qualquer tipo de medicação cardiovascular. Em fevereiro de 2009, sofreu dor torácica constritiva, prolongada, com irradiação dorsal e acompanhada de vômitos, mas não procurou cuidados médicos. Desde então, iniciou clínica de insuficiência cardíaca, com dispneia para esforços progressivamente menores, sem recidiva de dor torácica. Por agravamento dos sintomas, recorreu cerca de um mês depois ao serviço de urgência do nosso hospital, onde deu entrada em classe IV da New York Heart Association (NYHA). O ECG da admissão documentou sinais de EAM anterior não recente, não se tendo verificado subida dos marcadores de necrose miocárdica. A avaliação ecocardiográfica revelou disfunção sistólica severa do VE, com aneurisma apical (fig. 1), denso auto-contraste e trombo séssil, motivo pelo qual foi iniciada hipocoagulação oral.

Por suspeita de tuberculose pulmonar e franca deterioração do estado geral, foi decidida estratificação não invasiva inicial. O doente prosseguiu estudo no internamento da Medicina Interna, não tendo sido identificado agente microbiológico nas secreções brônquicas, suco gástrico ou hemoculturas.

Verificou-se descida progressiva dos marcadores sistémicos de inflamação, sem necessidade de instituir terapêutica antibiótica empírica. O doente teve alta cerca de 3 semanas após, tendo sido orientado para a consulta externa. Alguns meses mais tarde, foi de novo internado por agravamento do quadro de insuficiência cardíaca.

Apresentava no ECG sinais de EAM prévio (fig. 2) e no Rx de tórax observou-se a presença de uma massa adjacente à silhueta cardíaca (fig. 3). Repetiu ecocardiograma, que

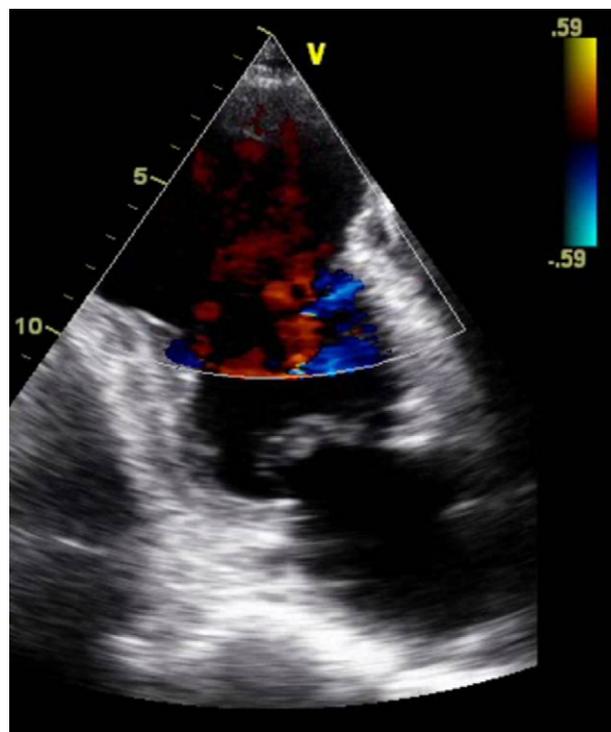


Figura 1 Ecocardiograma bidimensional em diástole, incidência apical 4 cavidades (esquerda) e Doppler de cor incidência apical 2 cavidades (direita), evidenciando aneurisma apical, de colo largo e com autocontraste no ventrículo esquerdo.

mostrou um volumoso aneurisma apical que se associava a imagem suspeita de pseudoaneurisma, com extensão infero-posterior e compressão do ventrículo direito (fig. 4).

Face a estes achados, foi revertida a hipocoagulação oral e suspensa a terapêutica anti-agregante em curso. Para melhor esclarecimento anatómico com vista à planificação da cirurgia de correção, foi realizada ressonância cardíaca (RMC) que confirmou a presença de volumoso pseudoaneurisma, realçando-se toda a sua extensão e relação estreita com o ventrículo direito, condicionando compressão significativa do mesmo. As imagens de realce tardio permitiram definir a extensão da área de enfarte, certificando a presença de miocárdio viável ao nível dos segmentos médio-basais do ventrículo esquerdo (fig. 5).

Após coronariografia (que documentou oclusão da descendente anterior no segmento médio e estenose de 60% na coronária direita), foi submetido a ressecção cirúrgica do extenso falso aneurisma e exclusão do aneurisma VE, com reconstrução ventricular (cirurgia de dor) (fig. 6).

A recuperação inicial do doente foi lenta e arrastada, mas após a alta tem-se mantido clinicamente estável, em classe II NYHA. Repetiu ecocardiograma 3 meses após a intervenção cirúrgica que mostrou VE de dimensões normais, com compromisso ligeiro da função sistólica global e *patch* de ventriculoplastia normalmente inserido (fig. 7).

Discussão

As complicações mecânicas no contexto de EAM são atualmente pouco frequentes em virtude da implementação

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126435>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126435>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)