

Relato de Caso

Obstrução extrínseca do tronco da coronária esquerda causada por dilatação da artéria pulmonar associada à esquistossomíase

Eduardo Belisario Falchetto*, Jamil Abdalla Saad, Frederico Lemos de Almeida, Eduardo Kei Marquezini Washizu, Ari Mandil

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 1 de março de 2015

Aceito em 19 de maio de 2015

Palavras-chave:

Esquistossomose

Hipertensão pulmonar

Angina pectoris

RESUMO

Relatamos o caso de um paciente portador de hipertensão pulmonar de origem esquistossomótica, que procurou pronto atendimento por apresentar quadro de dor torácica em repouso. A apresentação clínica e os demais dados referentes ao caso levantaram a suspeita de insuficiência coronariana aguda, e foi diagnosticada uma obstrução grave do tronco da coronária esquerda. O relato do caso teve por objetivo destacar a necessidade do diagnóstico diferencial da queixa de dor torácica nestes pacientes e ressaltar a opção da intervenção coronariana percutânea como tratamento eficaz e seguro neste cenário.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extrinsic obstruction of the left main coronary artery due to pulmonary artery dilation associated with schistosomiasis

ABSTRACT

This report describes a patient with pulmonary hypertension secondary to schistosomiasis, who sought emergency care due to chest pain at rest. The clinical presentation and other information related to the case raised the suspicion of acute coronary failure, and a severe obstruction was identified in the left main coronary artery. The case report aimed to highlight the need for a differential diagnosis of chest pain complaints in these patients, and emphasizes the choice of percutaneous coronary intervention as an effective and safe treatment in this scenario.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Schistosomiasis

Pulmonary hypertension

Angina pectoris

Introdução

Obstruções significativas do tronco da artéria coronária esquerda são encontradas em 5 a 7% dos pacientes submetidos à coronariografia.¹ O acometimento aterosclerótico é a causa mais frequente, mas outras causas podem ocorrer, como a obstrução extrínseca por dilatação da artéria pulmonar, secundária à hipertensão pulmonar.

A esquistossomose é a terceira doença parasitária endêmica no mundo, com cerca de 5% dos pacientes infectados apresentando também hipertensão arterial pulmonar.² Assim, uma das principais causas de hipertensão pulmonar é secundária à esquistossomose. A dor torácica é uma das queixas mais comuns nesses pacientes, sendo usualmente considerada secundária à hipertensão pulmonar.

O relato de caso a seguir chama a atenção para uma outra causa possível da dor torácica nestes pacientes e torna claro o importante papel da intervenção percutânea em seu tratamento.

Relato do caso

EAB, 66 anos, recebeu o diagnóstico de esquistossomose mansônica aos 10 anos de idade. Aos 38 anos, teve diagnóstico de hipertensão pulmonar após apresentar quadro transitório de dispnéia. Permaneceu assintomático até os 53 anos, quando apresentou novo quadro de dispnéia intensa, associada à fibrilação atrial. Houve reversão espontânea para ritmo sinusal, e o paciente permaneceu em

* Autor para correspondência: Avenida do Contorno, 9.530, Santa Efigênia, CEP: 30110-934, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: belisariofalchetto@yahoo.com.br (E.B. Falchetto).

A revisão por pares é da responsabilidade Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

uso de varfarina, em acompanhamento com pneumologista. Na época, a cintilografia pulmonar foi negativa para tromboembolismo, e a espirometria mostrou-se normal. Realizou cateterismo direito, neste mesmo período, que evidenciou pressão sistólica na artéria pulmonar de 107 mmHg (pressão sistólica sistêmica de 175 mmHg), sem resposta à prova vasodilatadora. Ecocardiogramas periódicos mostraram dilatação e disfunção sistólica ventricular direita, dilatação da artéria pulmonar e ramos principais, e hipertensão pulmonar. Avaliações anuais da capacidade funcional com o teste de caminhada de 6 minutos mostraram valores entre 450 e 500 m de distância percorrida (valores de referência para a idade: 550 a 600).

Em 2011, aos 62 anos, apresentou piora da dispneia, desta vez associada à dor torácica atípica. Foi iniciado tratamento com sildenafil, com importante melhora do quadro para classe funcional II da *New York Heart Association* (NYHA). Em julho de 2014, apresentou episódio agudo de dor torácica em repouso. Procurou o pronto atendimento, e o eletrocardiograma evidenciou bloqueio de ramo direito, infradesnivelamento do segmento ST e onda T negativa de V1 a V5 (alterações presentes previamente), com valores sequenciais de troponina I de 34,7 pg/mL, 44,8 pg/mL e 46,2 pg/mL (VR < 34,2 pg/mL). Foi encaminhado para nosso serviço com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Cineangiogramas evidenciou tronco da coronária esquerda com lesão grave, suboclusiva, sem outras obstruções significativas, além de ventriculografia esquerda com função sistólica preservada (fig. 1). Considerando a história prévia de dilatação da artéria pulmonar importante e poucos sinais angiográficos de aterosclerose coronariana, optamos pela realização de angiogramografia coronariana, que evidenciou dilatação da artéria pulmonar de 80,4 mm (VR < 26 mm), exercendo compressão extrínseca no tronco da coronária esquerda (fig. 2). O caso foi discutido com o pneumologista assistente e o cirurgião cardiovascular. Considerando o alto risco operatório, optamos por revascularização percutânea. Foi implantado stent farmacológico PROMUS Element® 4,0 x 28 mm (Boston Scientific, Natick, EUA) no tronco da coronária esquerda. Realizado ultrassom intracoronário após o implante, que evidenciou má aposição do stent, resolvida após dilatação do stent com cateter balão 4,5 x 15 mm (fig. 3). A alta hospitalar ocorreu 2 dias após o procedimento.

O paciente evoluiu sem recorrência de dor torácica, com melhora da dispneia para classe funcional I (NYHA). Atualmente, encontra-se assintomático, em uso de metoprolol, furosemida, sinvastatina, clopidogrel, varfarina e sildenafil. Usou aspirina por 30 dias após o procedimento. Foi realizado acompanhamento por exame de imagem, com angiotomografia de coronárias realizada 8 meses após o procedimento (fig. 4), que evidenciou stent bem posicionado, com lúmen preservado, sem sinais de deformação ou reestenose.

Discussão

A hipertensão pulmonar é desencadeada por um remodelamento das camadas íntima e média do leito arterial pulmonar, com consequentes aumento na resistência vascular, aumento do diâmetro da artéria pulmonar, aumento e disfunção do ventrículo direito, podendo causar insuficiência cardíaca (*cor pulmonale*) e óbito.² As causas mais comuns de hipertensão pulmonar são hipertensão pulmonar primária, cardiopatias congênitas, doença tromboembólica crônica e doença parenquimatosa pulmonar avançada. Já as causas de compressão extrínseca do tronco da artéria pulmonar são síndrome do desfiladeiro torácico, sífilis, carcinoma metastático e cisto broncogênico.³ No entanto, nos países onde a esquistossomose é endêmica, por sua alta prevalência, essa parasitose é uma das principais causas de hipertensão pulmonar.

A dilatação da artéria pulmonar pode exercer compressão extrínseca sobre o tronco da coronária esquerda, determinando redução significativa de seu lúmen. A incidência precisa desse achado não é conhecida, podendo ocorrer em 5 a 44% dos pacientes portadores de hipertensão pulmonar.³ Seu desenvolvimento depende de um aumento crônico no diâmetro da artéria pulmonar, geralmente associado à hipertensão pulmonar grave. A compressão do tronco torna-se provável quando o diâmetro da artéria pulmonar ultrapassa 55 mm ou quando a relação entre esse diâmetro e o diâmetro da raiz da aorta é de pelo menos 1,98.³

A apresentação clínica mais comum é a ocorrência de dor torácica anginosa, associada ou não à dispneia. Porém, também podem estar presentes síncope, arritmias graves, infarto do miocárdio ou disfunção ventricular.³ Na ocorrência de qualquer um desses sinais ou sintomas em pacientes portadores de hipertensão pulmonar grave,

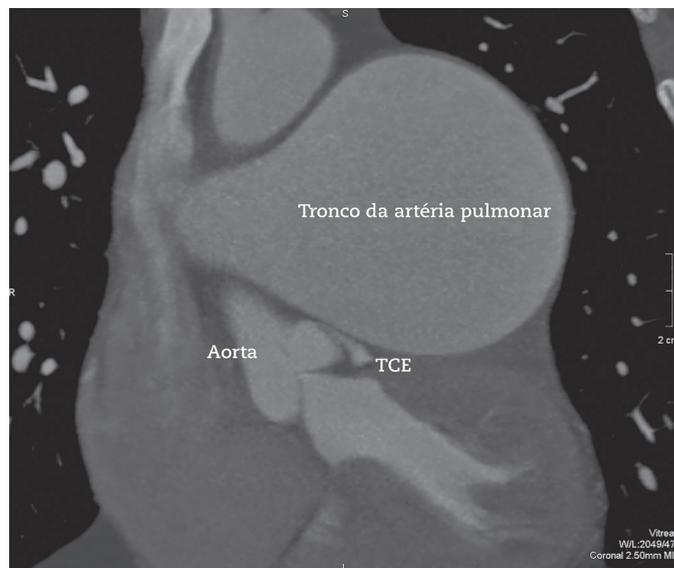
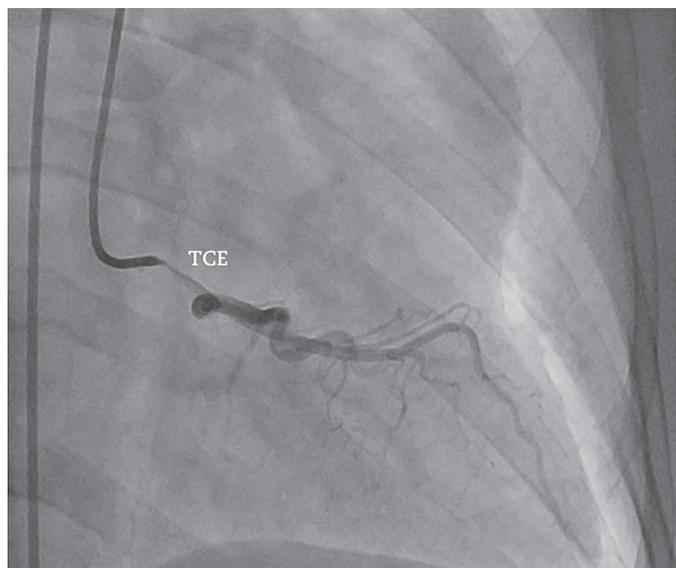


Figura 1. Coronariografia à esquerda (projção oblíqua anterior direita caudal) evidenciando obstrução suboclusiva no tronco da coronária esquerda (TCE). Angiotomografia coronariana à direita. Nota-se importante dilatação do tronco da artéria pulmonar, causando obstrução extrínseca do TCE.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3011645>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3011645>

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