

## Dissecção Espontânea da Artéria Coronária – Relato de Casos e Revisão da Literatura

### Spontaneous Coronary Artery Dissection - Case Report and Literature Review

Elana Couto de Alencar Daniel<sup>1</sup> e João Luiz de Alencar Araripe Falcão

Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes de Messejana, Messejana, Fortaleza, PE – Brasil

### Introdução

Relatamos três casos de dissecção espontânea da artéria coronária (DEAC), com revisão da literatura e discussão das condutas empregadas. Todos ocorreram em mulheres, com o diagnóstico feito por cinecoronariografia e, em um caso, confirmado por ultrassonografia intracoronária (USIC).

#### 1º Caso

Paciente, 25 anos, sem fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), internada com dor torácica típica, elevação de enzimas cardíacas e eletrocardiograma (ECG) com infradesnivelamento difuso e supradesnível do segmento ST de aVR, realizou cateterismo cardíaco (CATE) que demonstrou lesão moderada de tronco da coronária esquerda (TCE), lesão grave no terço proximal da artéria descendente anterior (DA) e irregularidades parietais na artéria circunflexa (Cx) (Figura 1). Ecocardiograma transtorácico (ECO) demonstrou hipocinesia médio-apical das paredes anterior, ínfero-lateral e pequena área apical, com função sistólica biventricular preservada. A paciente foi submetida a USIC que evidenciou aspecto compatível com hematoma intramural do óstio da DA até a primeira diagonal e dissecção espontânea/hematoma do terço proximal da Cx até o terço distal da primeira marginal esquerda (imagem não disponível). Optou-se por tratamento clínico com excelente resposta. Durante o seguimento ambulatorial, persistiu assintomática. Foi realizado reestudo angiográfico após seis meses do evento, constatando-se melhora significativa das obstruções (Figura 1).

#### 2º Caso

Paciente, 41 anos, hipertensa, hipotireoidea, ex-fumante, parto há seis meses, procurou o serviço de emergência com dor torácica típica desencadeada por estresse emocional e ECG evidenciando *plus minus* em parede lateral alta. Foi encaminhada para CATE que mostrou lesão moderada no terço médio da DA e lesão moderada/grave no terço distal, com aspecto sugestivo

de DEAC. ECO sem alterações. Optou-se por tratamento clínico. Reestudo angiográfico três meses após o evento, demonstrou persistência de obstrução moderada no terço médio da DA, com resolução da obstrução do terço distal. Na ocasião, optou-se por implante de *stent* no terço médio da DA. O procedimento transcorreu sem intercorrências, com sucesso (Figura 2).

#### 3º Caso

Paciente, 51 anos, sem fatores de risco para DCV, internada com dor torácica típica e elevação de enzimas cardíacas. ECG sem alterações. Foi encaminhada ao serviço de hemodinâmica, sendo evidenciada lesão grave no terço distal da primeira marginal esquerda, com padrão sugestivo de DEAC. ECO demonstrou hipocinesia moderada da parede ínfero-lateral do ventrículo esquerdo, com função sistólica biventricular preservada. Foi conduzida com tratamento clínico com boa resposta à terapêutica instituída (Figura 3).

### Discussão

Em 1931, Pretty fez a primeira descrição de DEAC por meio da autópsia de uma mulher de 42 anos que apresentou morte súbita após referir dor torácica.<sup>1</sup> Com o início da abordagem invasiva da síndrome coronariana aguda (SCA), aumentou o número de casos diagnosticados. Embora, ainda se acredite, que esse diagnóstico possa estar subestimado.<sup>2</sup>

A DEAC é uma causa rara de SCA apresentando uma incidência de 0,1 a 4,0%.<sup>3</sup> A apresentação clínica varia desde angina instável até morte súbita, muitas vezes não sendo diagnosticada. Acomete sobretudo mulheres jovens sem fatores de risco clássicos para DCV.<sup>4</sup> Nos casos relatados, todas são mulheres jovens, duas das quais não possuíam fatores de risco para DCV.

São descritos como eventos que podem estar relacionados com DEAC: status periparto, doenças do tecido conjuntivo, vasculites, abuso de cocaína, exercício isométrico pesado e uso de anticoncepcionais orais.<sup>5</sup> A artéria mais afetada é a DA, em 75% dos casos; seguida pela coronária direita, em 20% dos pacientes; depois pela Cx, em 4% e por fim pelo TCE, em menos de 1% dos casos.<sup>6</sup> Dentre os três casos relatados, dois tiveram como principal artéria acometida a DA, o que corrobora com os dados encontrados na literatura.

A patogênese da DEAC ainda não está completamente elucidada. Sabe-se que os principais fatores responsáveis pela dissecção espontânea são o enfraquecimento da parede arterial e o aumento das forças de cisalhamento.<sup>3</sup> Postula-se que ocorra a rotura primária do *vasa vasorum*, acarretando hemorragia e consequente separação das camadas da parede arterial coronária, criando um falso lúmen entre as camadas íntima e média da parede vascular.<sup>7</sup>

### Palavras-chave

Síndrome Coronariana Aguda; Dissecção; Dor no Peito; Intervenção Coronária Percutânea; Cateterismo Cardíaco.

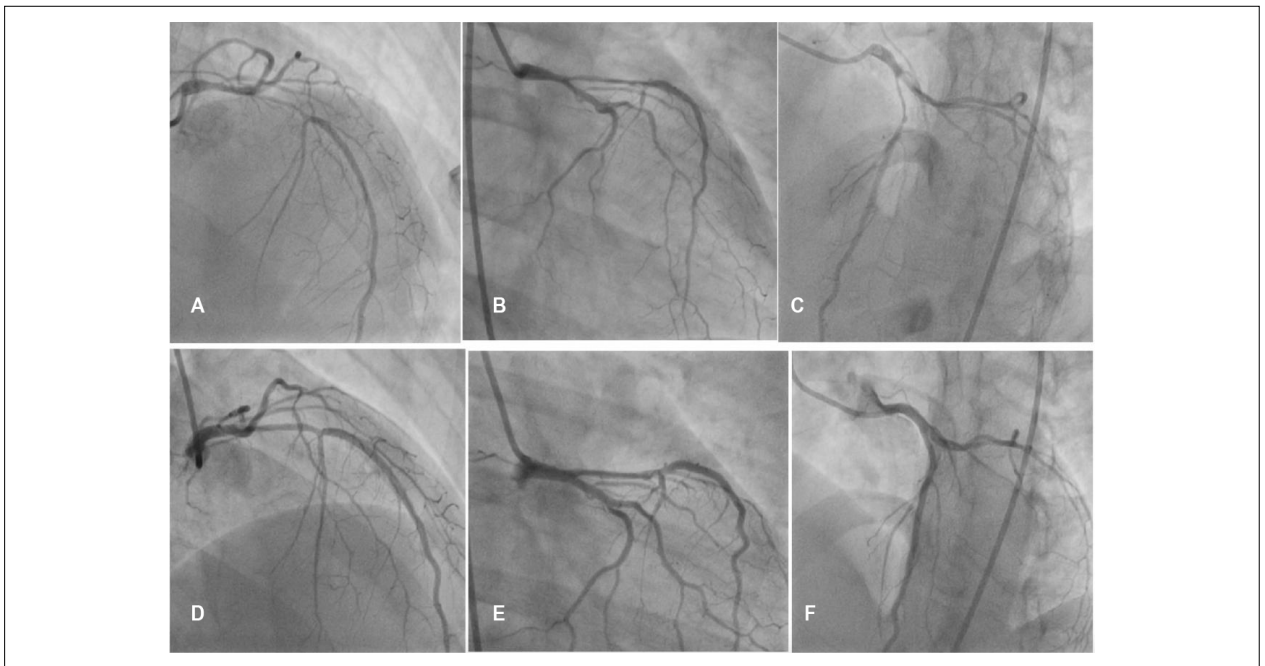
Correspondência: Elana Couto de Alencar Daniel •

Rua Tomás Acioli, 840/ 403. CEP 60135-180, Joaquim Távora, Fortaleza, CE – Brasil

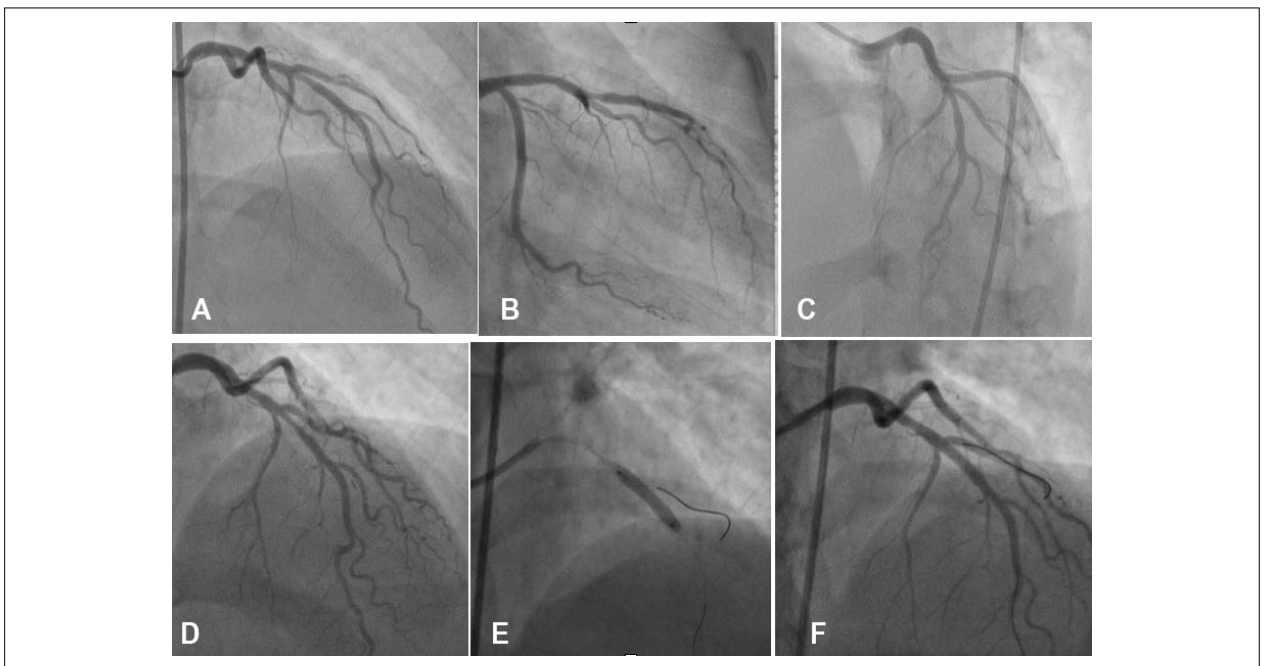
E-mail: elana.alencar@gmail.com

Artigo recebido em 28/03/2018, revisado em 19/07/2018, aceito em 15/08/2018

DOI: 10.5935/abc.20190057



**Figura 1** – Cateterismo cardíaco demonstrando estenose no terço médio/distal do tronco da coronária esquerda e estenose segmentar severa no óstio/terço proximal da artéria descendente anterior nas projeções cranial direita (A), caudal direita (B) e cranial esquerda (C). Reestudo, após seis meses, evidenciando melhora significativa das obstruções nas projeções cranial direita (D), caudal direita (E) e cranial esquerda (F).



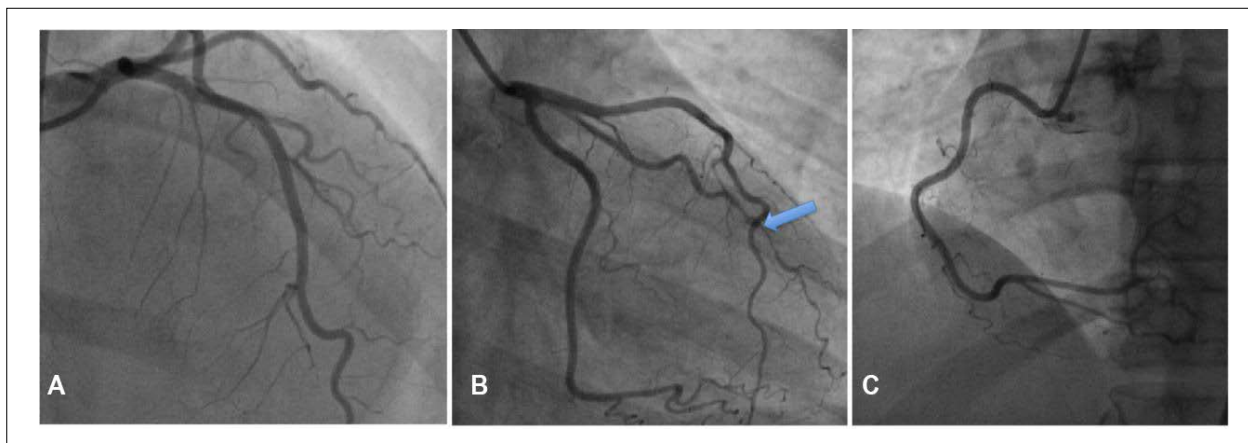
**Figura 2** – Cateterismo cardíaco demonstrando estenose moderada no terço médio e estenose segmentar moderada/grave no terço distal da artéria descendente anterior (DA) nas projeções cranial (A), caudal direita (B) e cranial esquerda (C). Reestudo, após três meses, evidenciando melhora significativa da obstrução no terço distal da DA, persistindo obstrução moderada no terço médio, que foi tratada com técnica de stent direto (projeção cranial, imagens: D, E e F).

Do ponto de vista angiográfico, deve-se considerar o diagnóstico de DEAC quando há linha de dissecção, com ou sem luz falsa, redução súbita e significativa de calibre, ou obstrução com bordas lisas e sem aspecto de doença aterosclerótica.<sup>6</sup> Por ser uma luminografia bidimensional, a

cinecoronariografia revela pouco em relação à parede arterial coronária, onde está a principal alteração da DEAC.<sup>3</sup>

A USIC e a tomografia de coerência óptica (OCT) têm se mostrado como ferramentas importantes no diagnóstico de DEAC, nos casos em que há dúvida à angiografia,

## Relato de Caso



**Figura 3** – Cateterismo cardíaco demonstrando aspecto angiográfico compatível com dissecção espontânea do terço distal do primeiro ramo marginal esquerdo. Observa-se a coronária esquerda nas projeções angiográficas: cranial (A) e caudal direita (B). Na seta em azul (B), identifica-se o trecho de dissecção espontânea do primeiro ramo marginal esquerdo. Observa-se a coronária direita com aspecto normal na projeção oblíqua esquerda (C).

por permitirem uma análise mais minuciosa da lesão. A USIC pode contribuir, inclusive, para guiar o tratamento percutâneo quando necessário.<sup>4</sup> De fato, o uso de imagens intracoronárias, através da USIC ou da OCT, permitem uma melhor visualização da estrutura e da composição da parede coronariana, possibilitando a avaliação do hematoma intramural, bem como a diferenciação entre o lúmen verdadeiro e o falso.<sup>3</sup> Em um dos casos relatados, a USIC foi realizada, evidenciando imagem compatível com DEAC.

O manejo terapêutico depende da gravidade clínica, do status hemodinâmico, da topografia da dissecção, do número de artérias afetadas e do fluxo coronário distal.<sup>6</sup> Pode variar desde tratamento clínico, implante de *stent* ou cirurgia de revascularização miocárdica.<sup>7</sup>

Nos casos descritos, devido à estabilidade clínica e hemodinâmica do quadro, com dissecções bem delimitadas, optou-se inicialmente por tratamento clínico com dupla antiagregação plaquetária (clopidogrel e ácido acetilsalicílico), estatina e betabloqueador. Tendo em vista que a intervenção coronariana percutânea para DEAC está associada com alto índice de falhas técnicas, a estratégia conservadora com tratamento clínico e observação prolongada é preferível nesses casos, com alta incidência de resolução espontânea e baixa incidência de eventos adversos.<sup>8</sup>

Estudos recentes evidenciam a recorrência de eventos cardiovasculares a longo prazo, sobretudo em pacientes hipertensos, sendo que a terapia com betabloqueador parece ter um efeito protetor.<sup>9</sup> Por isso, esses pacientes devem permanecer sob acompanhamento médico. Em um dos casos, durante o acompanhamento, foi evidenciada persistência de obstrução moderada no terço médio da DA, tendo sido feita opção por implante tardio de *stent* com o intuito de prevenir recorrência de evento.

Por fim, destacamos que o diagnóstico de DEAC deve ser aventado em casos de SCA em pacientes jovens, sobretudo mulheres em idade fértil, sem os fatores de risco clássicos para doença arterial coronariana. O exame de escolha para o diagnóstico consiste na cinecoronariografia, embora em alguns casos, seja necessária a realização da USIC ou da OCT como métodos adjuntos para corroborar o diagnóstico ou para determinar a extensão das lesões.

### Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Obtenção de dados e Análise e interpretação dos dados: Daniel ECA, Falcão JLAA; Redação do manuscrito: Daniel ECA; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Falcão JLAA.

### Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

### Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

### Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

### Aprovação ética e consentimento informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

## Referências

1. Pretty HC. Dissecting aneurysm of coronary artery in a woman aged 42: rupture. *Br Med J*.1931;1:667.
2. Saw J. Spontaneous coronary artery dissection. *Can J Cardiol*. 2013; 29(9): 1027-33.
3. Cade JR. Dissecção espontânea de artéria coronária no ciclo gravídico-puerperal: análise de uma série de 13 casos e revisão da literatura. [Tese ] São Paulo, faculdade de Medicina USP; 2016.
4. Barbosa RR, Rinaldi FS, Costa Jr JR, Feres F, Abizaid A, Sousa AGMR et al. Infarto agudo do miocárdio por dissecção espontânea de artérias coronárias – Série de cinco casos. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2013; 21(2): 193-8.
5. Kamissis G, Manolis A, Townend JN. Spontaneous coronary artery dissection/ intramural haematoma in Young women with ST-elevation myocardial infarction: “It is not Always a plaque rupture event”. *Case Reports in Cardiology*. 2015;2015:5.
6. Oliveira MDP, Falcão BA, Mariani J, Campos CM, Ribeiro EE, Lemos PA. Extensa dissecção coronária espontânea com boa evolução clínica mantida sob tratamento conservador. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2015; 23(4):279-81.
7. Manhães EB, Gomes WF, Bezerra CG, Horta PE, Gama MN, Cesar LA et al. Dissecção espontânea de artéria coronária: abordagem terapêutica e desfecho de uma série consecutiva de casos. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2014; 22(1):32-5.
8. Tweet MS, Eleid MF, Best PJ, Lennon RJ, Lerman A, Rihal CS et al. Spontaneous coronary artery dissection revascularization versus conservative therapy. *Circ Cardiovasc Interv*. 2014; 7(6): 777-86.
9. Saw J, Humphries K, Aymong E, Sedlak T, Prakash R, Starovoytov A, et al. Spontaneous coronary artery dissection: clinical outcomes and risk of recurrence. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(9):1148-58.

