

Caso 1/2012 - Homem de 55 Anos, com Aneurismas Múltiplos de Artérias Coronarianas por Doença de Kawasaki

Case 1/2012 - 55-Year-old Male with Multiple Coronary Artery Aneurysms due to Kawasaki Disease

Edmar Atik

Clínica privada do Dr. Edmar Atik, São Paulo, SP, Brasil

Dados clínicos

Há cerca de seis meses, queixava-se de dores frustras no hemitórax direito em repouso, que se irradiavam aos esforços para o cotovelo esquerdo. Na radiografia e tomografia de tórax (fig. 1), opacificações na imagem cardíaca orientaram à hipótese da presença de *stents* coronarianos, descartados no entanto, pois não haviam sido inseridos anteriormente. Em investigação posterior por ecocardiograma, foram evidenciados aneurismas coronarianos gigantes nas artérias coronarianas. Angiotomografia especificou adequadamente os aneurismas como gigantes e calcificados, no terço proximal da artéria interventricular anterior e na circunflexa, além de outros dois aneurismas na artéria coronariana direita no terço médio. Teste de esforço e cintilografia miocárdica não revelaram anormalidades. Como antecedente

patológico, havia apresentado quadro febril prolongado por alguns dias com sete anos de idade, sem confirmação etiológica ou tratamento específico na época.

Exame físico

Bom estado geral, eupneico, corado, pulsos normais.

Peso: 115 Kg; Altura: 188 cm; PA: 120/80 mmHg; FC: 64 bpm.

A aorta não era palpada na fúrcula.

No precórdio não havia deformidades e o *ictus cordis* não era palpado. As bulhas cardíacas eram normofonéticas e não foram auscultados sopros cardíacos. O fígado não era palpado e os pulmões eram limpos.

O eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal, sem sinais de sobrecargas ou de alterações da repolarização ventricular. AQRS: +90°, AP: +60°, AT: +80°.

Imagem radiográfica e tomografia de tórax

Mostram área cardíaca e trama vascular pulmonar normais, ao lado das opacificações na imagem cardíaca decorrentes de aneurismas calcificados nas artérias coronárias (fig. 1).

Impressão diagnóstica

As imagens da tomografia são compatíveis com o diagnóstico de aneurismas coronarianos causados pela doença de Kawasaki, exteriorizada por febre que havia tido na infância apesar de despercebida na ocasião.

Diagnóstico diferencial

Outras cardiopatias que se associam a aneurismas múltiplos das artérias coronarianas se referem a outras vasculopatias embora a exteriorização se faça de maneira diversa à apresentada. Cita-se nesse contexto a poliarterite nodosa dentre outras enfermidades do tecido conjuntivo, a doença de Takayasu e ainda outras arterites infecciosas inespecíficas.

Confirmação diagnóstica

Os elementos de imagens foram decisivos para o diagnóstico da doença de Kawasaki dada a multiplicidade dos aneurismas. O cateterismo cardíaco (fig. 2) confirmou o diagnóstico preestabelecido, assim como a localização dos aneurismas gigantes nas artérias coronarianas, além de obstrução da circunflexa de cerca de 70% após o aneurisma no seu terço proximal.



Fig. 1 – Tomografia de tórax revelou área cardíaca e trama vascular pulmonar normais. Opacificações na imagem cardíaca (seta) foram posteriormente confirmadas como sendo decorrentes de aneurismas gigantes calcificados das artérias coronárias.

Palavras-chave

Síndrome de linfonodos mucocutâneos, aneurisma coronário/terapia

Correspondência: Edmar Atik •

InCor - Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44 - 05403-000 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: conatik@incor.usp.br

Conduta

A conduta expectante clínica foi adotada em vista da ausência de sintomas característicos, e de alterações da perfusão miocárdica.

Comentários

Os aneurismas decorrentes da doença de Kawasaki ocorrem entre 20% e 30% dos casos, especialmente nos pacientes não tratados no início da enfermidade. Com o uso em altas doses da gama-globulina (2 g/Kg/dia) e do ácido acetilsalicílico (100 mg/Kg/dia), a ocorrência dos aneurismas diminui para 13% e 18%, respectivamente aos medicamentos mencionados. Em geral são múltiplos, mas de pequena magnitude, permitindo involução do processo por endotelização dos aneurismas, até um ano após o episódio agudo. Tal evolução ocorre frequentemente, e os aneurismas persistem em apenas 10% dos casos, após o 1º ano da doença. Já o aneurisma gigante, com diâmetro acima de 8 mm, que ocorre de 7% a 10% dentre todos os

aneurismas, ocasiona geralmente evolução desfavorável com surgimento de trombos, infarto do miocárdio e morte. Esses casos requerem por isso revascularização miocárdica precoce. Raros casos evoluem como o apresentado até a idade adulta e tal evolução sem complicações decorre da inexistência de formação de trombos e de obstruções, talvez nesse paciente impedidos pela calcificação do endotélio dos aneurismas.

Por essa evolução torna-se de realce que a conduta expectante clínica possa ser a preferida, pois décadas se passaram sem acometimentos desfavoráveis. Tratamento medicamentoso preventivo com antiadesivos plaquetários e antilipêmicos deve ser preconizado além de observação clínica e de imagens periódicas para a eventual mudança de conduta, caso seja necessário. Menciona-se na literatura que os pacientes adultos sob risco correspondem àqueles com aneurismas e com obstruções coronarianas evoluindo com infarto do miocárdio, arritmias e morte súbita. A experiência clínico-cirúrgica impõe a conduta mais adequada para cada caso.

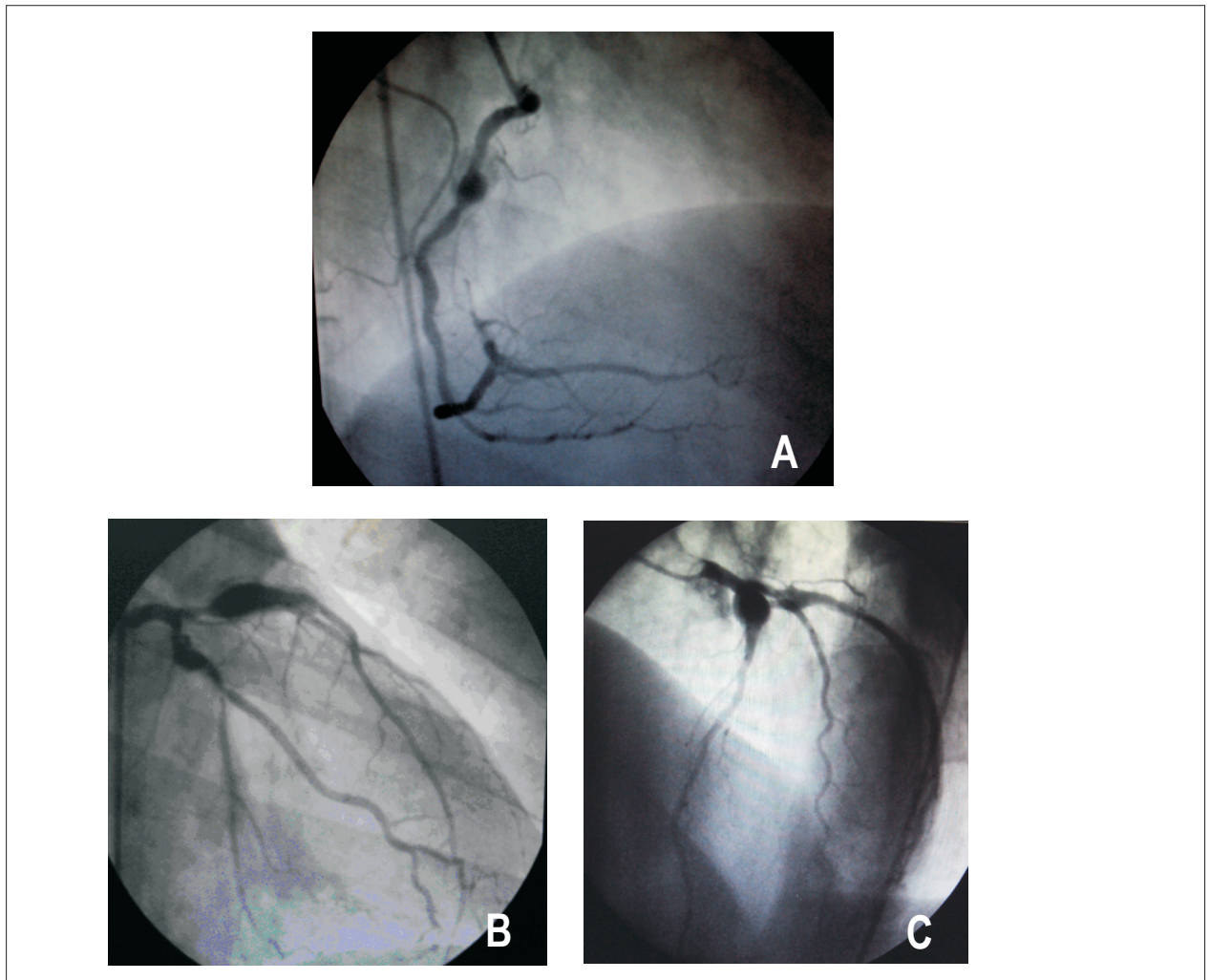


Fig. 2 – Cinecoronariografia revelou aneurismas gigantes nos terços iniciais da artéria interventricular anterior, da circunflexa e da coronária direita (A, B e C).