

## Dissecção Coronária Espontânea na Síndrome Coronariana Aguda: Relato de uma Série de Casos de 17 Pacientes

*Spontaneous Coronary Artery Dissection in Acute Coronary Syndrome: Report of a Series of Cases with 17 Patients*

Ana Rita Godinho, Mariana Vasconcelos, Vitor Araújo, Maria Júlia Maciel

Hospital de São João, Porto – Portugal

### Introdução

A Dissecção Coronária Espontânea (DCE) tem prevalência de 0,2 a 1,1% no total das angiografias realizadas por Síndrome Coronariana Aguda (SCA)<sup>1,2</sup> e afeta, na maioria das vezes, mulheres jovens.<sup>3</sup> A etiologia não é completamente conhecida,<sup>2,3</sup> mas o termo “espontâneo” exclui todas as dissecções associadas a intervenções ou traumatismos.<sup>1</sup> O tratamento varia desde abordagem conservadora à revascularização,<sup>4</sup> sendo o prognóstico a longo prazo favorável.<sup>5</sup>

Este trabalho teve como objetivo avaliar as características, a apresentação clínica, a abordagem terapêutica e o seguimento dos casos de DCE, com apresentação como SCA ao longo de 7 anos.

### Métodos

Análise descritiva e retrospectiva de doentes internados em um Serviço de Cardiologia durante 7 anos consecutivos, entre 2008 e 2014, com os diagnósticos de SCA por DCE. O diagnóstico de DCE foi realizado na presença de características angiográficas objetivadas na coronariografia.

Os dados foram obtidos a partir dos registos clínicos do internamento e das consultas subsequentes.

### Resultados

Dos 4.600 doentes admitidos com SCA no Serviço de Cardiologia, 17 doentes (0,4 %) apresentavam como causa uma DCE. A média de idades foi  $51 \pm 9$  anos, dez eram mulheres, sendo que 5 estavam no período pós-menopausa.

A DCE pode ter estado relacionada com anticoncepcionais orais em três casos, exercício físico violento em um caso, e tabagismo em oito casos.

Todos os doentes se apresentaram com o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), 59% com

Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCST) e 41% Sem Supradesnívelamento do segmento ST (IAMSST).

A maioria evoluiu em classe I de Killip (94%) com um valor de troponina I mediana de 10 [P25 3] ng/dL. A função sistólica do ventrículo esquerdo estava conservada em 82% e apenas um doente evoluiu com disfunção sistólica severa.

Durante o internamento, que teve média de  $10 \pm 5$  dias, todos realizaram coronariografia (Figura 1), sendo apenas identificada uma artéria com DCE em cada doente. Todas as DCE foram classificadas como variante angiográfica tipo 2. A Artéria Descendente Anterior (DA) foi a mais acometida (sete doentes), seguida da Coronária Direita (CD) (cinco doentes), quatro doentes apresentavam dissecção na Artéria Circunflexa (Cx) e um doente teve dissecção do Tronco Comum (TC).

Quatro doentes apresentaram complicação no período de internamento: um doente com episódio de fibrilação auricular, sendo três com reinfarto e um com pericardite associada. Todos os reinfartos realizaram coronariografia, que mostrou progressão da DCE com oclusão do vaso distalmente; foi instituída uma abordagem conservadora.

Todos os doentes internados, que apresentavam no cateterismo *Thrombolysis In Myocardial Infarction* (TIMI) 3 na artéria acometida, foram tratados com terapêutica médica: dupla antiagregação plaquetária, heparina e estatina. Um paciente foi submetido a angioplastia com implantação de um stent metálico, por oclusão da artéria com dissecção (CD). Em outros três casos, foi identificada doença aterosclerótica concomitante; dois doentes realizaram angioplastia com stent revestido e um foi submetido à revascularização cirúrgica por esse motivo.

No seguimento mediano de 52 [P25 30] meses, apenas um doente teve novo IAM de etiologia aterosclerótica documentada por coronariografia.

Dos doentes que realizaram coronariografia de controle (47%), todos apresentaram resolução da dissecção; 76% dos doentes, assintomáticos, foram submetidos a teste de isquemia não invasivo (nove realizaram prova de esforço; quatro, cintigrafia de perfusão – três dos quais realizaram também prova de esforço e um doente, ressonância magnética cardíaca de perfusão) que foi negativo.

Durante o seguimento, não se registou nenhuma morte ou desenvolvimento de insuficiência cardíaca (Tabela 1).

### Discussão

A DCE afeta frequentemente jovem entre os 35 e os 40 anos.<sup>5</sup> Cerca de 70% são mulheres e, em 30% dos casos,

### Palavras-chave

Síndrome Coronariana Aguda; Dissecção; Aneurisma Coronário; Angiografia Coronária.

**Correspondência:** Ana Rita Godinho •

Alameda Hernani Monteiro, CEP 4200-319, Porto – Portugal

E-mail: rita\_biscaia\_godinho@hotmail.com

Artigo recebido em 26/07/15; revisado em 04/1/16; aceite em 06/01/16.

DOI: 10.5935/abc.20160170

## Relato de Caso

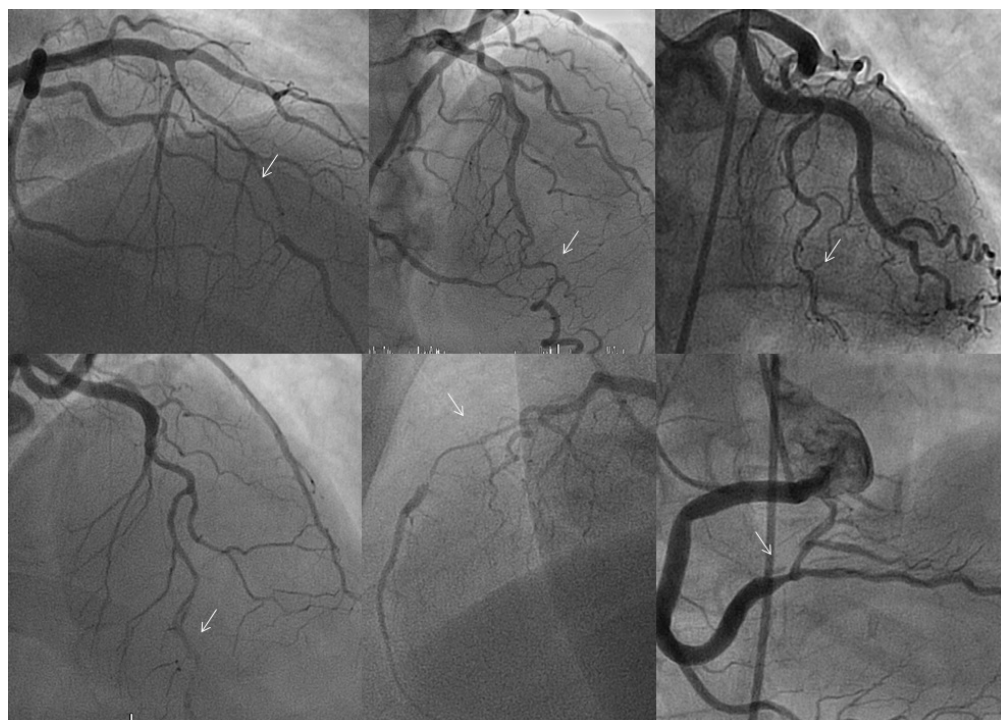


Figura 1 - Imagens de angiografias coronárias revelando dissecções coronárias espontâneas diagnósticas em contexto de síndrome coronariana aguda.

Tabela 1 - Características gerais de apresentação e seguimento

Paciente	Sexo	Idade	IAM	Fatores desencadeantes	Artéria	Complicações na fase aguda	Tratamento	FVE	Follow-up (52 [P25 30] meses)
1	M	64	IAMCST	Tabaco	CD	Sem eventos	ICP	Conservada	Sem eventos
2	M	41	IAMSST	Ausente	CD	Sem eventos	Conservador	Conservada	Sem eventos
3	F	55	IAMSST	Ausente	CD	Sem eventos	Conservador	Ligeira	IAM
4	F	38	IAMCST	ACO	CX	Sem eventos	Conservador	Conservada	Sem eventos
5	M	59	IAMCST	Tabaco	CX	FA	ICP	Conservada	Sem eventos
6	F	60	IAMSST	Ausente	CD	Sem eventos	Conservador	Conservada	Sem eventos
7	F	47	IAMSST	Ausente	DA	Sem eventos	Conservador	Conservada	Sem eventos
8	F	60	IAMSST	Ausente	CX	Reinfarte	Conservador	Conservada	Sem eventos
9	F	37	IAMSST	ACO	CD	Sem eventos	Conservador	Conservada	Sem eventos
10	F	49	IAMSST	Ausente	CX	Reinfarte	Conservador	Conservada	Sem eventos
11	M	54	IAMCST	Ausente	DA	Pericardite + reinfarte	Conservador	Moderada	Sem eventos
12	F	50	IAMCST	Exercício + tabaco	DA	Sem eventos	Conservador	Ligeira	Sem eventos
13	M	59	IAMCST	Tabaco	DA	Sem eventos	CRM	Conservada	Sem eventos
14	M	48	IAMCST	Tabaco	TC	Sem eventos	Conservador	Conservada	Sem eventos
15	F	63	IAMCST	Tabaco	DA	Sem eventos	Conservador	Conservada	Sem eventos
16	M	39	IAMCST	Tabaco	DA	Sem eventos	ICP	Conservada	Sem eventos
17	F	50	IAMCST	ACO + tabaco	DA	Sem eventos	Conservador	Conservada	Sem eventos

IAM: infarto agudo do miocárdio; FVE: função ventricular esquerda; M: masculino; IAMCST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; CD: artéria coronária direita; ICP: intervenção coronária percutânea; IAMSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; F: feminino; ACO: anticoncepcionais orais; CX: artéria circunflexa; FA: fibrilação auricular; DA: artéria descendente anterior; CRM: cirurgia de revascularização do miocárdio; TC: tronco comum.

está relacionada com a gravidez.<sup>3</sup> Tem um amplo espectro de apresentação clínica.<sup>5</sup>

A etiologia/patofisiologia não está completamente esclarecida, mas relaciona-se com a doença aterosclerótica; período *peripartum*; doença do colágeno; vasculites; tabagismo; anticoncepcionais orais; HTA ; cocaína; vasoespasmos coronários; ciclosporina e exercício físico violento. Recentemente, tem sido identificada uma estreita associação entre DCE e a presença de displasia fibromuscular, devendo por isso ser excluída.<sup>2,3,6-8</sup>

Pode afetar uma ou mais artérias coronárias, sendo mais frequente na artéria DA.<sup>3</sup> As dissecções da CD são mais comuns nos homens, enquanto as da coronária esquerda são mais comuns nas mulheres.<sup>9</sup>

Sua identificação, muitas vezes, é difícil,<sup>10</sup> sendo essencial um alto índice de suspeita clínica. A aplicação de técnicas complementares, como a Ecografia Intravascular (IVUS) e a tomografia computadorizada coronária, contribui para a melhor identificação e a classificação das DCE. A tomografia computadorizada coronária é a técnica mais sensível para o diagnóstico de DCE, por apresentar maior resolução, mas menor penetração que o IVUS. Apesar da angiotomografia coronária permitir avaliar lesões ateroscleróticas, ela tem uma utilidade limitada nas DCE, por apresentar baixa resolução espacial.<sup>3,10,11</sup>

O tratamento varia conforme o local da dissecção, o número de vasos envolvidos, o fluxo distal, o estado hemodinâmico do doente e a possibilidade de intervenção.<sup>4</sup>

Em doentes estáveis e com fluxo coronário normal, o tratamento é preferencialmente conservador.<sup>4,5</sup> A angioplastia está indicada apenas em situações de isquemia e doença de um vaso, pelo elevado risco de propagação da dissecção relacionado com o procedimento,<sup>4,12</sup> não existindo ainda um stent ideal para abordagem dessas lesões.<sup>4</sup> A revascularização cirúrgica é adequada em doença multivascular ou do TC.<sup>4</sup> O risco do procedimento relaciona-se com a não identificação do verdadeiro lúmen na realização do *bypass* coronário.<sup>9</sup> A fibrinólise não está recomendada, devido ao risco de propagação da DCE.

Após a fase aguda, a sobrevida estimada é de 70 a 90%.<sup>5</sup> O risco de recorrência existe em 50% dos doentes, o que leva a pensar em uma suscetibilidade sistêmica para dissecções, marcada por evento inicial.<sup>6,7,13</sup>

Em suma, reforça-se a necessidade de considerar a possibilidade de DCE nas mulheres de meia-idade, que se apresentam com IAM, muitas vezes não se identificando fator desencadeante. Existe a convicção de que a abordagem conservadora será a mais adequada e, por isso, foi a mais amplamente utilizada. Já o seguimento destes doentes, apesar de habitualmente prolongado, está pouco definido. Neste registo, verificaram-se maior número de complicações durante o internamento. O comportamento a longo prazo foi relativamente benigno.

Torna-se assim essencial definir uma abordagem uniformizada de seguimento destes doentes.

## Conclusão

A dissecção coronária espontânea é um diagnóstico diferencial raro que deve ser considerado na presença de síndrome coronariana aguda. Esta entidade requer exclusão de possíveis patologias sistêmicas associadas e uma abordagem terapêutica direcionada, correlacionando-se com um prognóstico favorável a longo prazo.

## Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Godinho AR, Vasconcelos M. Obtenção de dados: Godinho AR. Análise e interpretação dos dados: Godinho AR. Análise estatística: Godinho AR. Redação do manuscrito: Godinho AR. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Vasconcelos M, Araújo V, Maciel MJ.

## Potencial Conflito de Interesse

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.

## Referências

1. Kansara P, Graham S. Spontaneous coronary artery dissection: case series with extended follow up. *J Invasive Cardiol.* 2011;23(2):76-80.
2. Vanzetto C, Berger-Coz E, Barone-Rochette G, Chavanon O, Bouvaist H, Hacini E, et al. Prevalence, therapeutic management and medium-term prognosis of spontaneous coronary artery dissection: results from a database of 11,605 patients. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009;35(2):250-4.
3. Romero-Rodríguez N, Fernández-Quero M, Villa Gil-Ortega M, Urbano del Moral JA, Ballesteros Prada S, Díaz de la Llera L, et al. Spontaneous coronary dissection and its long-term prognostic implications in a cohort of 19 cases. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63(9):1088-91.
4. Arnold JR, West NEJ, Van Gaal WJ, Karamitsos TD, Banning AP. The role of Intravascular ultrasound in the management of spontaneous coronary artery dissection. *Cardiovasc Ultrasound.* 2008;6:24.
5. Tanis W, Stella PR, Kirkels JH, Pijlman AH, Peters RH, de Man FH. Spontaneous coronary artery dissection: current insights and therapy. *Neth Heart J.* 2008;16(10):344-9.
6. Saw J, Ricci D, Starovoytov A, Fox R, Buller CE. Spontaneous coronary artery dissection: prevalence of predisposing conditions including fibromuscular dysplasia in a tertiary center cohort. *JACC Cardiovasc Interv.* 2013;6(1):44-52.

## Relato de Caso

7. Saw J, Aymong E, Sedlak T, Buller CE, Starovoytov A, Ricci R, et al. Spontaneous coronary artery dissection association with predisposing arteriopathies and precipitating stressors and cardiovascular outcomes. *Circ Cardiovasc Interv.* 2014;7(5):645-55.
8. Alfonso F, Paulo M, Lennie V, Dutary J, Bernardo E, Jiménez-Quevedo P, et al. Spontaneous coronary artery dissection: long-term follow-up of a large series of patients prospectively managed with a "conservative" therapeutic strategy. *JACC Cardiovasc Interv.* 2012;5(10):1062-70.
9. Basso C, Morgagni GL, Thiene G. Spontaneous coronary artery dissection: a neglected cause of acute myocardial ischaemia and sudden death. *Heart.* 1996;75(5):451-4.
10. Saw J. Coronary angiogram classification of spontaneous coronary artery dissection. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2014;84(7):1115-22.
11. Tweet MS, Hayes SN, Pitta SR, Simari RD, Lerman A, Lennon RJ, et al. Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Circulation.* 2012;126(5):579-88.
12. Sousa A, Lopes R, Silva JC, Maciel MJ. Spontaneous left main dissection treated by percutaneous coronary intervention. *Rev Port Cardiol.* 2013;32(6):517-21.
13. Maeder M, Ammann P, Angehrn W, Rickli H. Idiopathic spontaneous coronary artery dissection: incidence, diagnosis and treatment. *Int J Cardiol.* 2005;101(3):363-9.