

## Revascularização Cirúrgica Miocárdica (RCM) na Presença de Aneurismas Coronarianos

*Coronary Artery Bypass Graft (CABG) in the Presence of Coronary Aneurysms*

Jarbas J. Dinkhuysen, Andrea de Souza Nogueira, Jose Viera Zarate, Domingos Spina Neto, Teresa Lola Pena Soria  
Hospital Panamericano - São Paulo, SP - Brasil

É descrito caso de paciente portador de volumosos aneurismas coronários, submetidos à RCM, na qual foi adotada a exclusão cirúrgica destes aneurismas, seguido do implante de pontes de safena para as artérias comprometidas, com resultado a curto e longo prazos satisfatório.

*This is the case of a patient with coronary aneurysms, who underwent CABG for surgical exclusion of these aneurysms, followed by implant of the bypass grafts to the arteries affected, with satisfactory short-term and long-term results.*

### Introdução

A incidência de aneurismas coronários é infrequente na população adulta que é submetida à coronariografia e a subsequentes terapêuticas percutâneas ou cirúrgicas nos portadores de doença aterosclerótica obstrutiva. Tem sido descrita a ocorrência desses achados em portadores pediátricos de doença de Kawasaki sem grandes obstruções coronárias e com boa resposta à terapêutica clínica<sup>1,2</sup>.

Nos adultos, a ocorrência dessa anomalia pode também ser seqüela de surto de doença de Kawasaki na infância<sup>2,3</sup> ou mesmo ser de etiologia aterosclerótica, podendo ou não haver placas obstrutivas nas artérias coronárias, e a estratégia cirúrgica sugerida na literatura ainda não está definida. Por outro lado, é necessário considerar que a presença de aneurisma em um ramo coronário de qualquer etiologia apresenta potencial risco de ruptura, pois as paredes estão dilatadas e debilitadas pela doença. Na ocorrência de eventual aumento de pós-carga, essa possibilidade não deve ser desprezada, podendo ocasionar morte súbita por tamponamento cardíaco.

### Relato do Caso

Paciente M.N.M, 61 anos, sexo masculino, cor branca, com história de angina do peito aos esforços com início há um ano, de caráter progressivo, não fumante, história familiar

### Palavras-chave

Revascularização miocárdica, aneurisma coronário/complicações, síndrome de linfonodos mucocutâneos.

de coronariopatia, com eletrocardiograma mostrando ritmo sinusal, alterações difusas da repolarização ventricular, teste ergométrico positivo. Submetido à cinecoronariografia que mostrou ventrículo esquerdo (VE) com fração de ejeção 60%, lesões obstrutivas graves nos ramos coronária direita (CD), circunflexa (Cx) e interventricular anterior (IVA) e dilatação no tronco da coronária esquerda (CE) estendendo-se à IVA. Observou-se, também, a presença de volumosos aneurismas nas porções iniciais da CD e Cx (Figura 1).

Diante desses achados, o paciente foi submetido à RCM com auxílio de circulação extracorpórea, hipotermia leve (32°C) e pinçamento intermitente da aorta como método de proteção miocárdico. As artérias CD, marginal da Cx e IVA foram revascularizadas com enxertos de veia safena autóloga, assim como a respectiva exclusão dos aneurismas pela ligadura dos cotos proximal e distal. O ato cirúrgico e o pós-operatório evoluíram com o paciente, que mostrou bons parâmetros clínicos e cirúrgicos e recebeu alta hospitalar no 9º dia. Ainda na fase intra-hospitalar, foi submetido a reestudo hemodinâmico que mostrou a exclusão dos aneurismas, enxertos aortocoronários pervios e a manutenção da função contrátil do VE (Figura 2).

### Discussão

Não só a doença de Kawasaki, mas também a aterosclerose, podem provocar inflamação e dilatação da íntima dos ramos arteriais, predispondo-se à dilatação e à formação de trombos ou, eventualmente, à ruptura com prognóstico clínico indefinido. Poderá também não ter expressão clínica sem sinais ou sintomas, cujo diagnóstico foi realizado apenas por ocasião da coronariografia.

Aproximadamente 10 a 25% de pacientes pediátricos com a doença de Kawasaki desenvolvem aneurismas coronários<sup>4</sup> e podem regredir com o tempo, sendo a idade menor que um ano, sexo feminino e diâmetro máximo da dilatação de 4mm os fatores determinantes<sup>1-6</sup>.

No presente caso, não há na história clínica relato da doença de Kawasaki prévia, tendo sido feito o diagnóstico

Correspondência: Jarbas Jakson Dinkhuysen •

Rua Dr. James Ferraz Alvim, 271/232 - Morumbi - 05641-021 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: jdinkhuysen@cardiol.br, j.dinkhuysen@uol.com.br

Artigo recebido em 16/11/09; revisado recebido em 01/03/10; aceito em 26/03/10.

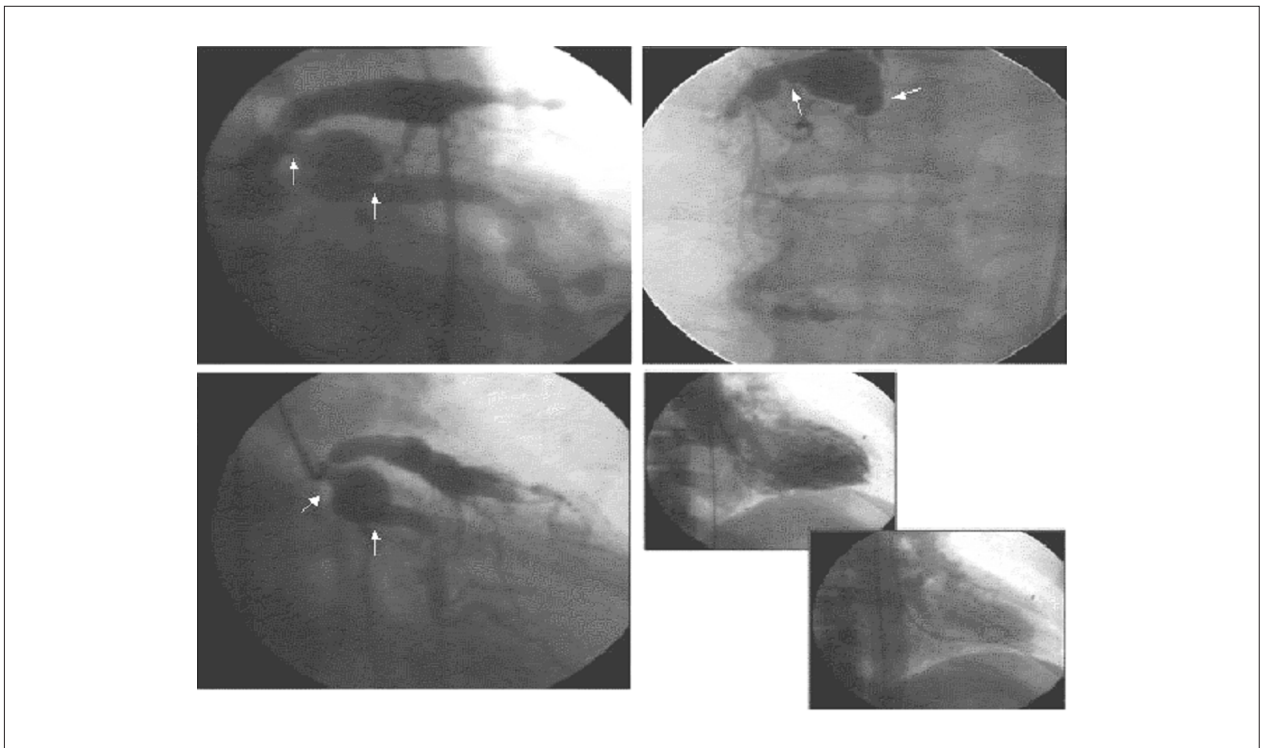


Fig. 1 - Imagens da cinecoronariografia pré-operatória, coronária esquerda, direita, ventriculografia esquerda (setas indicam o local da ligadura cirúrgica dos aneurismas).

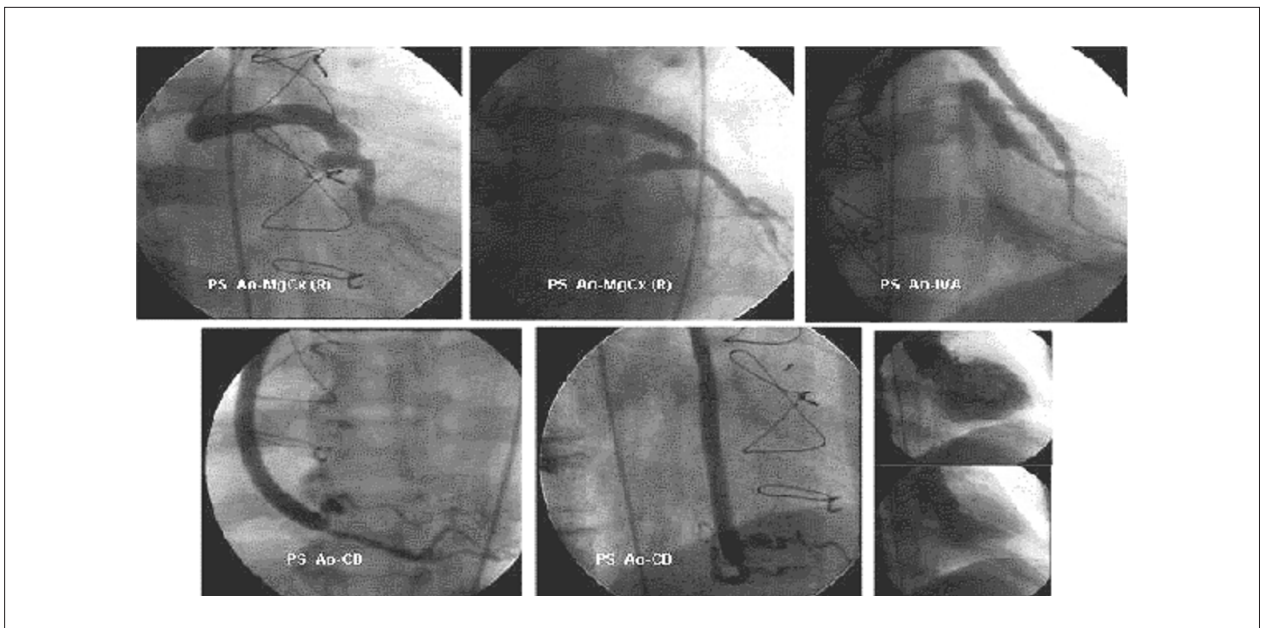


Fig. 2 - Imagens da cinecoronariografia pós-operatória, mostrando as pontes de safena aortocoronárias, a exclusão dos aneurismas e a ventriculografia esquerda.

da presença de aneurismas coronários por ocasião de cinecoronariografia realizada devido ao surgimento de quadro clínico típico de doença obstrutiva coronária que surgiu aos 61 anos de idade.

A indicação para tratamento cirúrgico para casos dessa natureza parece ser mandatória, tendo em vista as dimensões

dos aneurismas e as placas suboclusivas distais<sup>7</sup>, sem grandes possibilidades para intervenções percutâneas ou tratamento clínico. Porém, em casos selecionados, pode ser possível espaço para a cardiologia intervencionista por meio da colocação de *stents* coronárias nas suboclusões coronárias, mas também nos aneurismas. Em diferente abordagem

## Relato de Caso

cirúrgica descritas por Westaby e cols., o aneurisma da coronária direita foi ressecado, e a artéria, recomposta por anastomose término-terminal<sup>8</sup>.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito aos enxertos aortocoronários a serem empregados nesses casos, e esse discernimento está ligado à experiência clínico-cirúrgica da equipe. A opção dos enxertos de veia safena, nesse caso, deveu-se ao fato de as artérias a serem revascularizadas serem de bom calibre, possibilitando o fluxo distal, estimando boa perviabilidade a longo prazo.

Finalmente, a exclusão dos aneurismas da circulação pela ligadura dos cotos proximal e distal é fator que agrega maior possibilidade de sobrevida a longo prazo, pois a possibilidade de ruptura dessas estruturas com morte súbita,

principalmente em situações de aumento de demanda e da pós-carga, não é desprezável.

### 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.

## Referências

1. Atik E. Doença de Kawasaki: regressão de aneurismas gigantes das artérias coronárias com obstrução tardia posterior *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88 (1): e22-e23.
2. Atik E, Foronda A, Bustamante LNP. Involução de gigantes aneurismas coronários após tratamento antiinflamatório prolongado: relato de caso. *Arq Bras Cardiol*. 2003; 81 (3): 265-72.
3. Yoshikawa Y, Yagihara T, Kameda Y, Taniguchi, Tsuda E, Kawahira T, et al. Result of surgical treatments in patients with coronary-arterial obstructive disease after Kawasaki disease. *Eur J Cardiovasc Surg*. 2000; 17 (5): 515-9.
4. Kato H, Sugimura T, Akagi T, Sato N, Hashino K, Kazue T, et al. Long term consequences of Kawasaki disease: a 10 to 21 years follow up of 594 patients. *Circulation*. 1996; 94 (6): 1379-85.
5. Burns JC, Shike H, Gordon JB, Malhota A, Schoenwetter M, Kawasaki T. Sequelae of Kawasaki disease in adolescents and young adults. *J Am Coll Cardiol*. 1996; 28 (1): 253-7.
6. Barron KS. Kawasaki disease: epidemiology, late prognosis and therapy. *Rheum Dis Clin North Am*. 1991; 17 (4): 907-19.
7. Momolli MK, Silva Pretto JLC, Sato D, Siebel CP, Suda N, Falleiro RP, et al. Aneurismas calcificados de artérias coronárias em pacientes de 48 anos. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 73 (3): 255-7.
8. Westaby S, Vacarri G, Katsumata T. Direct repair of giant right coronary aneurysm. *Ann Thorac Surg*. 1999; 68 (4): 1041-3.