

Grande Fístula Bilateral da Artéria Coronária: a Escolha do Tratamento Clínico

Large Bilateral Coronary Artery Fistula: the Choice of Clinical Treatment

Luciana Oliveira Cascaes Dourado, Aécio Flávio Teixeira de Góis, Whady Hueb, Luiz Antônio Machado César

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Relatamos o caso de um paciente do sexo feminino, assintomática, com grande fístula bilateral da artéria coronária-artéria pulmonar. O monitoramento clínico foi a opção escolhida para tratamento. Discutimos os pormenores das opções terapêuticas, enfatizando a tendência excessiva de utilizar a abordagem cirúrgica e a grande escassez de acompanhamentos clínicos de longo prazo em pacientes assintomáticos.

We report the case of an asymptomatic female patient, with a large non-complicated bilateral coronary-pulmonary artery fistula. Clinical monitoring was the choice of treatment. We discuss the therapeutic options in depth, emphasizing the excessive tendency of the surgical approach and the great scarcity of reports on long-term clinical follow-up in asymptomatic patients.

Relato de Caso

A paciente era uma mulher de 49 anos, ex-fumante, assintomática, com sopros cardíacos identificados após um exame de rotina. A paciente estava em boas condições para ser submetida a exames diagnósticos e não relatou nenhuma doença significativa no passado. Tinha uma vida ativa, participando regularmente em atividades esportivas não-competitivas. Também relatou duas gestações bem sucedidas, sem qualquer complicação.

A paciente foi submetida ao exame físico e mostrou estar em boa saúde, exceto pela presença de sopros cardíacos suaves (inocentes) melhor audíveis na borda esternal superior esquerda. Os sopros adquiriam maior intensidade durante a sístole, com diminuição significativa na diástole. Não havia desdobramento da segunda bulha cardíaca. O eletrocardiograma de superfície e a telerradiografia do tórax foram normais.

O ecocardiograma transtorácico (ETT) mostrou função global normal, com as dimensões cardíacas e pressão sistólica da artéria pulmonar dentro dos padrões de normalidade. O ETT também mostrou dilatação da artéria coronária direita (ACD) e esquerda (ACE). A ACE apresentava trajeto tortuoso com fluxo turbulento, desembocando na artéria pulmonar (AP). A angiotomografia coronária revelou ramo arterial anômalo com dilatação e significativa tortuosidade localizado anteriormente à artéria pulmonar com origem na aorta, próximo à emergência da ACD, comunicando-se com a artéria descendente anterior (ADA). Dessa artéria, emergia um vaso tortuoso que se comunicava com a AP (Figura 1). A cineangiogramiografia

percutânea confirmou os achados anteriores. O exame de imagem por perfusão miocárdica foi normal.

Discussão

As fístulas coronárias são caracterizadas por comunicações anômalas entre um ou mais ramos das artérias coronárias, seio coronário das câmaras cardíacas, veia cava superior e a artéria pulmonar.

As anomalias coronárias são ocasionais e geralmente são achados incidentais durante a cineangiogramiografia, com uma incidência estimada de 0,6 a 1,5% de pacientes submetidos ao exame¹⁻³. A maior parte das fístulas coronárias são congênitas, com causas provavelmente adquiridas⁴. Elas representam um amplo espectro de variações de tamanhos e anatômicas e cada uma apresenta implicações clínicas diferentes. Mais frequentemente, elas se originam na ACD (55%)⁵.

Palavras chave

Doença das coronárias; Fístula coronária; Anomalias coronárias.

Correspondência: Whady Hueb •

Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 44 AB 114 - 05403-000 - São Paulo, SP, Brasil
E-mail: whady.hueb@incor.usp.br

Artigo recebido em 05/10/08; revisado recebido em 27/11/08; aceito em 24/03/09.

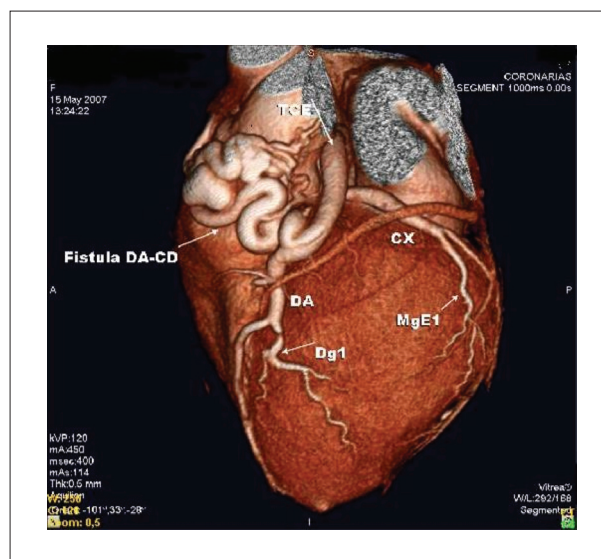


Fig. 1 - Angiograma Coronário com Tomografia Computadorizada mostrando uma grande fístula arterial coronária.

Pelo menos metade dos casos são sintomáticos, causando sintomas inespecíficos^{2,4}. Em pacientes com fístulas grandes e sintomáticas, as possíveis complicações de longo prazo incluem hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca em casos de shunt significativo; endocardite infecciosa, trombose ou ruptura da fístula; ou isquemia miocárdica secundária ao roubo de fluxo miocárdico^{1,4}. Entretanto, estudos de pacientes assintomáticos livres de intervenção são escassos.

Um consenso referente ao tratamento ideal da fístula não existe, especialmente quando tratamos fístulas moderadas e assintomáticas⁴. Essa falta de consenso é devida à escassez de acompanhamento clínico desses pacientes. Os poucos estudos de tratamento conservador com monitorização regular dos pacientes mostra, bom progresso a longo prazo⁵.

A maioria dos autores⁶⁻⁹ recomenda cirurgia, temendo um possível risco de eventos adversos. Outros^{4,5,10}, entretanto, descrevem tratamento conservador bem sucedido em pacientes selecionados. Eles recomendam o acompanhamento clínico regular, com intervenção em caso de aparecimento de sintomas ou ocorra aumento do shunt.

Portanto, sugerimos o acompanhamento clínico para pacientes assintomáticos e/ou aqueles sem complicações – disfunção ventricular, isquemia, hipertensão pulmonar – como neste relato de caso. Em pacientes sintomáticos ou com complicações, entretanto, as intervenções percutâneas ou cirúrgicas são indicadas e essas intervenções são também melhor relatadas na literatura nessas situações⁴.

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. Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2007.
2. Angelini P. Coronary fistulae: which ones deserve treatment, and what kind of treatment do they need? [Commentary]. *Tex Heart Inst J*. 2007; 34 (2): 202-3.
3. Cebi N, Schulze-Waltrup N, Frömke J, Scheffold T, Heuer H. Congenital coronary artery fistulas in adults: concomitant pathologies and treatment. *Int J Cardiovasc Imaging*. 2008; 24 (4): 349-55.
4. Luo L, Kebede S, Wu S, Stouffer GA. Coronary artery fistulae. *Am J Med Sci*. 2006; 332: 79-84.
5. Sherwood MC, Rockenmacher S, Colan SD, Geva T. Prognostic significance of clinical silent coronary artery fistulas. *Am J Cardiol*. 1999; 83: 407-11.
6. Mehta D, Redwood D, Ward DE. Multiple bilateral coronary arterial to pulmonary artery fistulae in an asymptomatic patient. *Int J Cardiol*. 1987; 16: 96-8.
7. Lowe JE, Oldham HN Jr, Sabiston DC Jr. Surgical management of congenital coronary artery fistulas. *Ann Surg*. 1981; 194: 373-80.
8. Macri R, Capulzini A, Fazzini L, Cornali M, Verunelli F, Reginato E. Congenital coronary artery fistula: report of five patients, diagnostic problems and principles of management. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1982; 30: 167-71.
9. Armsby LR, Keane JF, Sherwood MC, Forbess JM, Perry SB, Lock JE. Management of coronary artery fistulae: patient selection and results of transcatheter closure. *J Am Coll Cardiol*. 2002; 39: 1026-32.
10. Cheung DLC, Au WK, Cheung HHC, Clement SW, Chin WTL. Coronary artery fistulas: long-term results of surgical correction. *Ann Thorac Surg*. 2001; 71: 190-5.