

Oclusão de Tronco da Artéria Coronária Esquerda Detectada à Cinecoronariografia em Paciente com Angina Estável: Relato de Caso

Left Main Coronary Artery Occlusion Detected on Coronary Angiography in a Patient With Stable Angina: Case Report

Francisco de Assis Costa^{1,2,3}, Cléber Costa de Oliveira¹, Jorge Inácio Pinto Cotto¹, Marcos Henrique Araújo Melo¹, Eolo Ribeiro de Alencar Neto¹, Peter Conde Vidal¹, Thiago Rabello^{1,3}, Carlos Dornels Freire de Souza²

Hospital Veredas, Maceió – AL¹, Universidade Federal de Alagoas – UFAL², Centro Universitário Tiradentes – UNIT-AL³

Resumo

A obstrução total e aguda do tronco da artéria coronária esquerda (TCE) é uma situação rara e de prevalência desconhecida, provavelmente devido ao alto índice de morte súbita, não havendo tempo hábil para o diagnóstico e tratamento adequados do problema. Nos processos mais lentos, de oclusão crônica, as manifestações clínicas mais comuns são insuficiência cardíaca, angina do peito e infarto agudo do miocárdio. O caso aqui relatado é de um paciente com provável oclusão crônica, clinicamente manifesta por angina estável, uma condição não habitual. Também se discute a importância da existência de circulação colateral, fundamental para a proteção miocárdica, para a preservação da função ventricular esquerda e da sobrevivência.

Abstracty

Acute total obstruction of the left main coronary artery (LMCA) is a rare condition of unknown prevalence, probably due to the high rate of sudden death, and there is not enough time for proper diagnosis and treatment of the problem. In the slowest processes of chronic occlusion, the most common clinical manifestations are heart failure, angina pectoris and acute myocardial infarction. The case reported here is a patient with probable chronic occlusion clinically manifested by stable angina, an unusual condition. The importance of the existence of collateral circulation, fundamental for myocardial protection, for the preservation of left ventricular function and survival, is also discussed.

Introdução

A obstrução completa e aguda do tronco da artéria coronária esquerda (TCE) é uma situação rara. Sua prevalência é desconhecida, provavelmente em virtude do alto índice de morte súbita, não havendo tempo hábil para o diagnóstico e tratamento adequados, sobretudo nas oclusões agudas¹. Nos processos mais lentos, de oclusão crônica, as apresentações mais comuns são insuficiência cardíaca, angina do peito e infarto agudo do miocárdio. Relata-se, aqui, um caso de provável oclusão crônica, clinicamente manifesta por angina estável, condição inusual.

Relato do caso

EAV, homem, branco, 61 anos, aposentado, natural e procedente de Maceió – AL. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença arterial coronariana (DAC), tendo-se submetido, 10 anos antes, a angioplastia com implante de dois stents farmacológicos em artéria coronária direita (CD) com resultado ótimo. Fazia uso regular da medicação prescrita por seu cardiologista: aspirina + betabloqueador

+ bloqueador do receptor de angiotensina 1 + estatina. Também fazia acompanhamento médico periódico, cerca de duas consultas cardiológicas anuais. Na última consulta queixava-se de angina progressiva há aproximadamente quatro meses, culminando com dor limitante, angina estável classe funcional III-IV (Canadian Cardiovascular Society). O exame físico era normal, glicemia de jejum e perfil lipídico controlados. Ecocardiograma: ventrículo esquerdo (VE) = 54/32; aorta = 32 mm; átrio esquerdo = 33 mm; septo interventricular = parede posterior = 10 mm; fração de ejeção do VE = 71%, valvas normais, disfunção diastólica tipo I. Apesar dos antecedentes, como o quadro era estável, optou-se por cintilografia miocárdica com técnica tomografia (teste ergométrico + MIBI), que revelou grande alteração da perfusão miocárdica (32%) em toda a parede ântero-lateral, exame interrompido já no primeiro estágio do protocolo de Ellestad. Solicitada cinecoronariografia de imediato que demonstrou: CD com estenose de 80% intra-stent (reestenose proliferativa) e TCE ocluído (figura 1), com ampla circulação colateral intercoronária, grau III (figura 2). Via-se toda a árvore

Relato de Caso

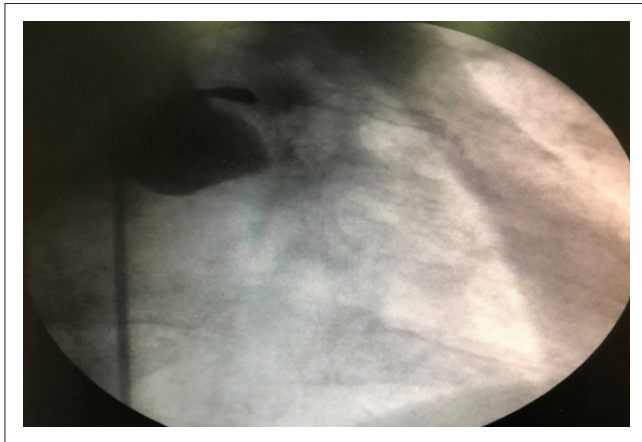


Figura 1 - TCE ocluído na porção média, projeção pósterio-anterior.

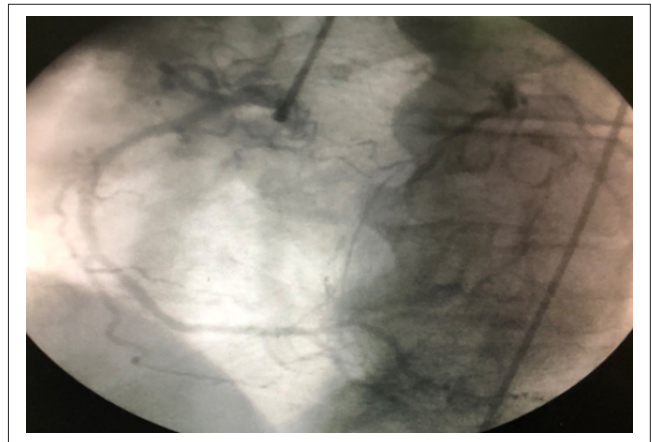


Figura 1 - Artéria coronária direita em OAE. Toda a árvore coronariana esquerda contrastando por circulação colateral grau III.

coronariana esquerda. Paciente internado e submetido a cirurgia cardíaca para revascularização miocárdica (artéria mamária interna esquerda-artéria descendente anterior esquerda + ponte de veia safena-ramo diagonal + ponte de veia safena-ramo marginal esquerdo + ponte de veia safena-artéria coronária direita). Evoluiu sem intercorrências e obteve alta hospitalar no oitavo dia de pós-operatório.

Discussão

Sabe-se que as lesões obstrutivas do TCE são extremamente graves e relacionadas com altas taxas de mortalidade. Chaitman et al.² demonstraram que em até quatro anos metade dos pacientes com diâmetro de estenose > 60% no TCE morria, quando tratados clinicamente. A exata prevalência da oclusão crônica do TCE é desconhecida. Alguns estudos têm apontado uma prevalência entre 0,04% e 0,1%³⁻⁴. As manifestações clínicas são variáveis, mas em geral o quadro predominante é de insuficiência ventricular esquerda, angina instável e infarto agudo do miocárdio, sendo o prognóstico e a função do VE dependentes da existência de circulação colateral intercoronária (direita-esquerda) e do padrão de dominância da artéria coronária direita⁵⁻⁶. Algumas séries de casos reforçaram a importância da presença de circulação colateral e mostraram que metade dos pacientes com oclusão do TCE apresentava estenose significativa da artéria coronária direita (diâmetro de estenose > 50%), como no caso ora relatado.

Em pacientes com lesões do TCE \geq 50%, segundo o clássico estudo CASS⁷, em seguimento de 15 anos, pacientes revascularizados cirurgicamente tiveram sobrevida média de 13,3 anos, em contraposição com apenas 6,6% de sobrevida

daqueles abordados clinicamente. Cabe ressaltar a importância de testes funcionais, como a ergometria, cintilografia miocárdica e ecocardiograma de estresse, sobretudo quando há evidência de isquemia miocárdica relevante induzida por baixas intensidades de exercício, infusão de drogas, duplo-produto ou evidentes sinais eletrocardiográficos ao teste ergométrico, como supradesnível de segmento ST isolado na derivação aVR; concomitância de supradesnível de ST em aVR + infradesnível em V5 ou supradesnível de ST em aVR e V1 simultaneamente⁸⁻⁹.

No caso aqui discutido o TCE encontrava-se totalmente obstruído e o paciente evoluía com angina estável, fato raro. Em tais situações é de se ressaltar o papel fundamental da circulação colateral na proteção miocárdica e na sobrevida. Em humanos, entre 30% e 50% das oclusões silenciosas não são acompanhadas de disfunções mecânicas do VE, o que sugere a preservação miocárdica conferida pela circulação colateral¹⁰. O caso em discussão é de apresentação não habitual, com o paciente mantendo-se clínica e hemodinamicamente estável até o diagnóstico do problema. A progressão da lesão inicial até a completa obstrução deve ter sido lenta, permitindo o desenvolvimento de abundante circulação colateral, capaz de manter a viabilidade miocárdica, a estabilidade clínico-hemodinâmica e a vida do paciente.

Conclusão

Embora de ocorrência rara, dadas a alta e precoce morbimortalidade, a oclusão do TCE tem sido relatada e deve ser suspeitada diante dos sintomas típicos de DAC ou seus equivalentes, principalmente quando acompanhados de proeminentes alterações nos testes funcionais.

Referências

1. Rosa LF, Kaufman R, Montenegro M, Assumpção C, Serra S. Contribuição do teste de exercício na suspeita de lesão coronariana grave: um caso de oclusão total de tronco da artéria coronária esquerda. *Rev DERC*. 2014; 20(4): 114-116.
2. Chaitman BP, Fisher LD, Bourassa MG. Effects of coronary by-pass surgery on survival patterns in subsets of patients with left main coronary artery disease. Report of the Collaborative Study in Coronary Artery Surgery (CASS). *Am J Cardiol*. 1981; 48: 765-77.
3. Saraon T, Chadow HL, Castillo R. The power of collateral Circulation: a case of asymptomatic chronic total occlusion of the left main coronary artery. *J Invasive Cardiol*. 2012; 24(9): E196-E198.
4. Ward DE, Valantine H, Hui W. Occluded left main stem coronary artery. Report of five patients and review of published reports. *Br Heart J*. 1983; 49(3): 276-279.
5. Topaz O, Disciascio G, Cowley MJ, Lanter P, Soffer A, Warner M, et al. Complete left main coronary artery occlusion: angiographic Evaluation of collateral vessel patterns and assessment of hemodynamic correlates. *Am J Cardiol*. 1991; 121: 450-6
6. Zimmern SH, Rogers WJ, Bream PR, et al. Total occlusion of left main artery: the Coronary Artery Surgery Study (CASS) experience. *Am J Cardiol*. 1982; 49(8): 2003-10.
7. Caracciolo EA, Davis KB, Sopko G, Kaiser GC, Corley SD, Schaff H, et al. For the CASS Investigators. Comparison of surgical and medical group survival in patients with left main coronary artery disease. Long-term CASS experience. *Circulation*. 1995; 91: 2325-34.
8. Rostoff P, Wnuk M, Piwowarska W. Clinical significance of exercise-induced ST segment elevation in lead aVR and V1 in patients with chronic stable angina pectoris and strongly positive exercise test results. *Archiwum Medycyny Weenertrnej*. 2005; 114: 1180-9
9. Goelzer LS, Miyahira MT, Tamazato E, Bueno RHM, Flecher G. Supradesnível do segmento ST em aVR e V1 no teste de exercício como preditor de lesão obstrutiva da artéria descendente anterior. *Rev DERC* 2012; 18(3): 89-91.
10. Luz PL, Favarato D. Doença coronária crônica. *Arq Bras Cardiol*. 1999; 72: 5-38.