

## Infarto Agudo do Miocárdio como Apresentação de Dissecção Espontânea Coronariana

Relato  
de Caso

Acute Myocardial Infarction as Presentation of Spontaneous Coronary Artery Dissection

Hellen Ast de Andrade, Luiz Augusto Feijó, Guilherme Cruz Lavall, Angelo Leone Tedeschi

### Resumo

Relata-se o caso de uma mulher jovem, previamente hígida, com infarto agudo do miocárdio abordado inicialmente com o uso de trombolítico. Foi submetida a cateterismo cardíaco que evidenciou imagem compatível com longo trecho de dissecção em coronária direita, tratada através de angioplastia, com implante de dois *stents* convencionais e restauração completa do fluxo do vaso, evoluindo bem sob o ponto de vista clínico.

**Palavras-chave:** Dissecção, Infarto do miocárdio, Angioplastia, Terapia trombolítica

### Abstract

This case study presents a previously healthy young woman with acute myocardial infarction, initially treated with thrombolytic therapy, and transferred to our institution. She underwent cardiac catheterization that showed an image compatible with a long stretch of dissection in the right coronary artery, treated through angioplasty, with two bare metal stents implanted and complete restoration of vessel flow, progressing well from the clinical standpoint.

**Keywords:** Dissection, Myocardial infarction, Angioplasty, Thrombolytic therapy

### Introdução

Dissecção espontânea de artéria coronária é causa rara de infarto agudo do miocárdio, potencialmente fatal. Entende-se por dissecção espontânea de coronária, aquela que não é secundária à doença aterosclerótica, dissecção aórtica ou trauma intravascular.<sup>1</sup> É causa rara de síndrome coronariana aguda e morte súbita, podendo estar associada a vários fatores predisponentes: gravidez e puerpério, doenças do colágeno, uso de cocaína, hipertensão grave, tabagismo, anticoncepcional oral, exercício extenuante e vasoespasm.<sup>2</sup> Ocorre mais comumente em mulheres jovens, saudáveis, sendo 1/3 dos casos no período gestacional ou puerperal.<sup>3</sup> O diagnóstico é geralmente feito através da cineangiocoronariografia. A estratégia terapêutica ainda não é bem definida, representada na literatura como relato de casos. Espera-se que este relato de caso contribua com mais informações sobre esta tão rara doença.

### Relato do caso

P.D.A., 21 anos, feminina, parda, natural do Rio de Janeiro, previamente hígida, apresentou dor retroesternal constritiva de forte intensidade, sem irradiação, que a fez despertar durante a madrugada. Procurou atendimento médico de urgência cinco horas após o início da dor. Na admissão, o eletrocardiograma mostrava supradesnivelamento do segmento ST-T associado a padrão QS nas derivações DII, DIII, aVF, V5 e V6 (Figura 1). Foi medicada com tenecteplase, na dose de 30mg, endovenosa, em *bolus*, com redução da corrente de lesão nessas derivações e, inicialmente, com melhora da dor.

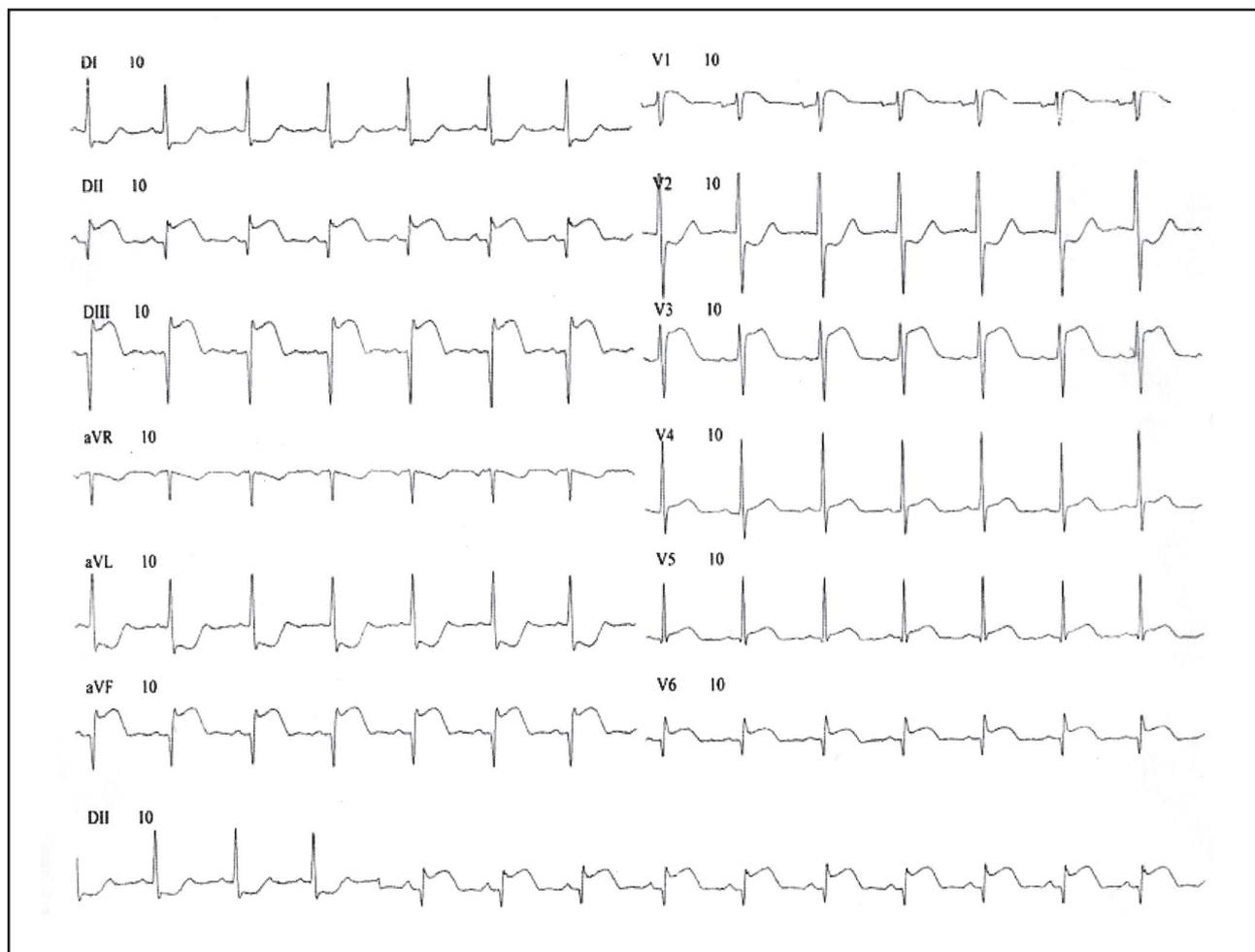
Nesse mesmo dia, foi transferida para a Unidade Coronariana (UC) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ) com os seguintes parâmetros: eupneica, corada, sem queixa de dor, PA: 120x80mmHg, FC: 76bpm, sem turgência jugular

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - Serviço de Cardiologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Correspondência: ast.hellen@gmail.com / cardiologia@hucff.ufrj.br

Hellen Ast de Andrade | Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, 255 8º andar - Ilha do Fundão - Rio de Janeiro (RJ), Brasil | CEP: 21941-913

Recebido em: 21/06/2010 | Aceito em: 02/08/2010

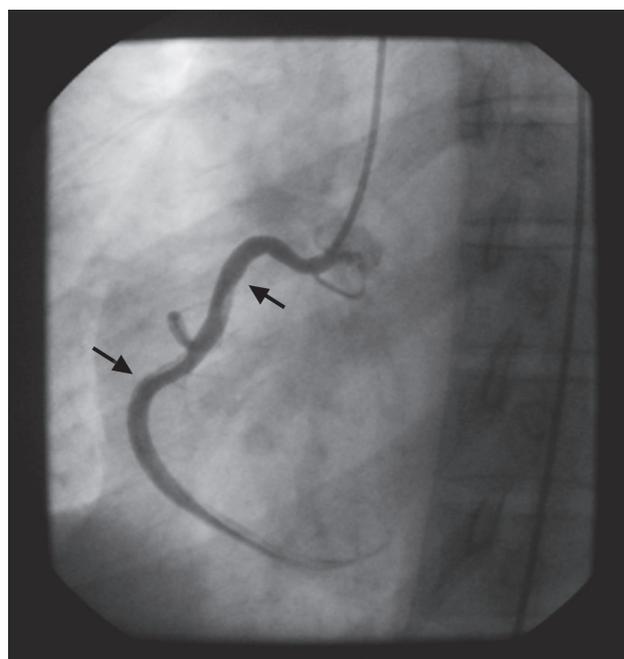


**Figura 1**

Na admissão, o eletrocardiograma mostrava supradesnivelamento do segmento ST-T com onda Q patológica em parede inferior e V6, além de supradesnivelamento em V1, V3 e V5.

patológica, RCR, sem sopros ou bulhas acessórias, pulmões limpos, abdome sem alterações e ausência de edema de MMII. Exames laboratoriais: hemoglobina 13mg/dl; hematócrito 35%, leucometria 16300/mm<sup>3</sup> (diferencial sem alterações); CPK 2828; CPKMB 194; colesterol total 170mg/dl; HDL 32mg/dl; LDL 121mg/dl; TG 83mg/dl; sódio, potássio, glicose, ureia e creatinina normais, assim como TSH e T4I.

Evoluiu na UC com queixas de dor torácica de difícil caracterização, sem alteração evolutiva no ECG. Foi submetida a cateterismo cardíaco que evidenciou presença de um *flap* da íntima, e longo trecho de dissecção com falha de enchimento, compatível com hematoma intramural, no terço médio da coronária direita (Figura. 2) com fluxo distal TIMI II, sem evidência de doença coronariana nos demais vasos. Ventriculografia com função sistólica preservada e hipocinesia inferobasal. No mesmo procedimento, foram implantados dois *stents* convencionais 3,5x20mm e 3,5x12mm a 20atm, com sucesso angiográfico primário.



**Figura 2**

Setas apontam a dissecção no terço médio da coronária direita.

## Relato de Caso

Na história patológica pregressa, havia história de tabagismo (18 maços/ano), uso regular de anticoncepcional oral e duas gestações, sendo o filho mais novo de um ano de idade. Negava abortos ou qualquer outra complicação obstétrica, uso de drogas ilícitas, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Pai falecido de causa externa, mãe viva e saudável.

Além disso, os seguintes exames laboratoriais foram realizados: proteína-C reativa inferior a 5mg/dl; VHS 3mm/1h; fator reumatoide inferior a 11UI/ml e fator antinúcleo (FAN) não reagente.

Recebeu alta 11 dias após a admissão, assintomática, com a seguinte prescrição: ácido acetilsalicílico 100mg/d, clopidogrel 75mg/d e atenolol 25mg/d. Evoluiu sem eventos cardíacos maiores até dois meses após a intervenção.

## Discussão

A dissecção espontânea de artéria coronária é um evento raro, com incidência estimada nas cineangiografias de 0,04% a 0,2%.<sup>1</sup> Morte súbita é a apresentação clínica em 50% dos casos, logo, pode-se estar diante de uma entidade subestimada;<sup>4</sup> 75% dos pacientes acometidos são do sexo feminino, com idade média de 40 anos.<sup>5</sup>

A principal coronária acometida pela dissecção é a descendente anterior; no entanto, naqueles pacientes que sobrevivem ao evento agudo, a coronária direita está mais frequentemente envolvida.<sup>3</sup> Nos homens, há maior predileção pela coronária direita.<sup>3</sup>

O conhecimento da patogênese ainda é limitado. Propõe-se que o surgimento de hematoma intramural a partir dos vasos *vasa vasorum*, cuja expansão leva à dissecção e compressão da luz verdadeira, seja um mecanismo mais prevalente que o surgimento de um *flap* na íntima.<sup>1</sup>

A associação com o período periparto tem sido explicada pelas alterações hormonais e hemodinâmicas. Mudanças no tecido conjuntivo com enfraquecimento da camada média do vaso, retenção hídrica e aumento do débito cardíaco, além da elevação da pressão arterial durante o trabalho de parto são fatores que podem aumentar a susceptibilidade da mulher à dissecção espontânea.<sup>4</sup> Postula-se que o uso de anticoncepcional oral possa ter um mecanismo patogênico semelhante.<sup>4</sup>

A dissecção espontânea de coronária foi descrita em pacientes portadores de doenças do tecido conjuntivo, cujo mecanismo se explica na degeneração da camada

média e enfraquecimento da parede arterial.<sup>6</sup> A relação com lúpus eritematoso sistêmico também foi relatada, acreditando-se que o processo inflamatório da vasculite aumente a susceptibilidade à dissecção.<sup>6</sup>

O prognóstico dos pacientes que sobrevivem ao evento inicial é bom, com taxas de sobrevida de aproximadamente 80% em 30 meses.<sup>1</sup> Mulheres possuem sobrevida pior que os homens, principalmente quando o evento ocorre fora do período periparto.<sup>1</sup> Aproximadamente metade dos pacientes pode evoluir com uma segunda dissecção até dois meses após o primeiro evento.<sup>6</sup>

O tratamento ideal da dissecção espontânea não é definido. Terapia medicamentosa pode ser apropriada para pacientes que evoluem assintomáticos, com dissecções limitadas.<sup>5</sup> O benefício dos trombolíticos é questionável, pois podem tanto dissolver o coágulo intramural como causar expansão de hematoma, com conseqüente propagação da dissecção.<sup>3</sup> Uma das hipóteses é que o longo trecho de dissecção com hematoma intramural seja decorrente do uso prévio de trombolítico. O tratamento percutâneo com implante de *stent* deve ser considerado em pacientes sintomáticos com dissecções bem delimitadas, que não envolvam o tronco da coronária esquerda.<sup>1</sup> Os pacientes com acometimento de tronco da coronária esquerda, ou com doença multivascular ou ainda os que permanecem instáveis apesar do tratamento clínico otimizado são candidatos à cirurgia de revascularização miocárdica.<sup>1</sup>

Em conclusão, o diagnóstico de dissecção espontânea de artéria coronária ainda é um desafio e não existem diretrizes quanto ao tratamento. Neste caso apresentado, a realização de cateterismo cardíaco pode ter sido crucial, apesar da sintomatologia pouco expressiva apresentada pela paciente na UC, sendo observado grande hematoma intramural que pode ter se expandido devido o uso prévio de trombolítico. A restauração completa da luz vascular e fluxo distal foram possíveis com o emprego de dois *stents* convencionais. Além disso, a localização da dissecção na coronária direita, que é a menos envolvida em mulheres, possivelmente evitou que o desfecho fosse dramático.

### Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

### Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

### Vinculação Acadêmica

O presente estudo não está vinculado a qualquer programa de pós-graduação.

## Referências

1. Vanzetto G, Berger-Coz E, Barone-Rochette G, Chavanon O, Bouvaist H, Hacini R, 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;35:250-54.
2. Leone F, Macchiusi A, Ricci R, Cerquetani E, Reynaud M. Acute myocardial infarction from spontaneous coronary artery dissection: a case report and review of the literature. *Cardiol Rev.* 2004;12(1):3-9.
3. Khan N, Miller M, Babb J, Ahmed S, Saha P, Shammam R, et al. Spontaneous coronary artery dissection. *Acute Card Care.* 2006;8:162-71.
4. Evangelou D, Letsas K, Korantzopoulos P, Antonellis I, Sioras E, Kardaras F. Spontaneous coronary artery dissection associated with oral contraceptive use: a case report and review of the literature. *Int J Cardiol.* 2006;112:380-82.
5. Dwyer N, Galligan L, Harle R. Spontaneous coronary artery dissection and associated CT coronary angiographic findings: a case report and review. *Heart Lung Circ.* 2007;16:127-30.
6. Tanis W, Stella P, Pijlman A, Kirkels J, Peters R, Man F. Spontaneous coronary artery dissection: current insights and therapy. *Neth Heart J.* 2008;16(10):344-49.