

Relato
de Caso

Lesão Não Aterosclerótica do Óstio do Tronco da Coronária Esquerda

Non Atherosclerotic Left Main Coronary Artery Ostial Lesion

1

Andrea Rocha De Lorenzo, Valmir Barzan, Felipe José Monassa Pittella, Antônio Sérgio Cordeiro da Rocha

Resumo

Relata-se um caso de cardiopatia isquêmica como manifestação inicial da arterite de Takayasu (AT). Paciente internada para cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM), devido à angina estável e lesão isolada do tronco de coronária esquerda, apresentava alterações vasculares ao exame físico que sugeriram o diagnóstico de AT. O presente caso leva à reflexão sobre a pesquisa de etiologias alternativas à doença aterosclerótica coronariana, especialmente em indivíduos jovens ou com poucos fatores de risco. O acometimento da artéria coronária na AT, embora infrequente se comparado a outras lesões vasculares encontradas nesta doença, determina elevada morbimortalidade.

Palavras-chave: Arterite de Takayasu; Doença da artéria coronariana; Tronco arterial/lesões

Abstract

This report addresses a case of ischemic heart disease whose initial clinical expression was Takayasu's Arteritis (TA). Hospitalized for coronary artery bypass graft surgery (CABG) due to stable angina and isolated left main coronary artery lesion, the patient presented vascular anomalies during the physical examination that suggested a diagnosis of TA. This report prompts reflection on seeking etiologies other than atherosclerotic coronary artery disease, especially in young people or among those with few risk factors. Although infrequent compared to other vascular lesions found in this disease, involvement of the coronary artery in TA results in high morbidity and mortality rates.

Keywords: Takayasu arteritis; Coronary artery disease; Truncus arteriosus/injuries

Introdução

A arterite de Takayasu é uma vasculite sistêmica crônica, de etiologia desconhecida, que acomete as três camadas da parede de artérias de grande e médio calibre, como a aorta e seus ramos principais e a artéria pulmonar¹⁻³. Em geral, afeta mulheres, em idade reprodutiva³. A apresentação clínica é variável e não há sinais ou sintomas patognomônicos². As principais causas de morte são por origem cardíaca, por conta do envolvimento valvar aórtico, doença cardíaca hipertensiva e doença arterial coronariana³.

Relata-se o caso de paciente do sexo feminino, com arterite de Takayasu e envolvimento do óstio do tronco

da coronária esquerda, que foi tratada com sucesso por meio de cirurgia de revascularização miocárdica.

Relato de caso

Mulher de 47 anos, ex-tabagista e sedentária, com história de angina típica, classe funcional II da CCS com três anos de duração, foi encaminhada à instituição para se submeter à cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) por apresentar lesão isolada do tronco da coronária esquerda (TCE) evidenciada na cineangiogramia (Figura 1). Cintilografia de perfusão miocárdica, realizada antes da cineangiogramia, demonstrava presença de isquemia miocárdica induzida por esforço.

Divisão de Doença Coronária - Instituto Nacional de Cardiologia/MS - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Correspondência: Antônio Sérgio Cordeiro da Rocha

Rua das Laranjeiras, 374 2º andar - Laranjeiras - 22240-006 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

E-mail: ascrbr@centroin.com.br

Recebido em: 07/02/2011 | Aceito em: 23/02/2011

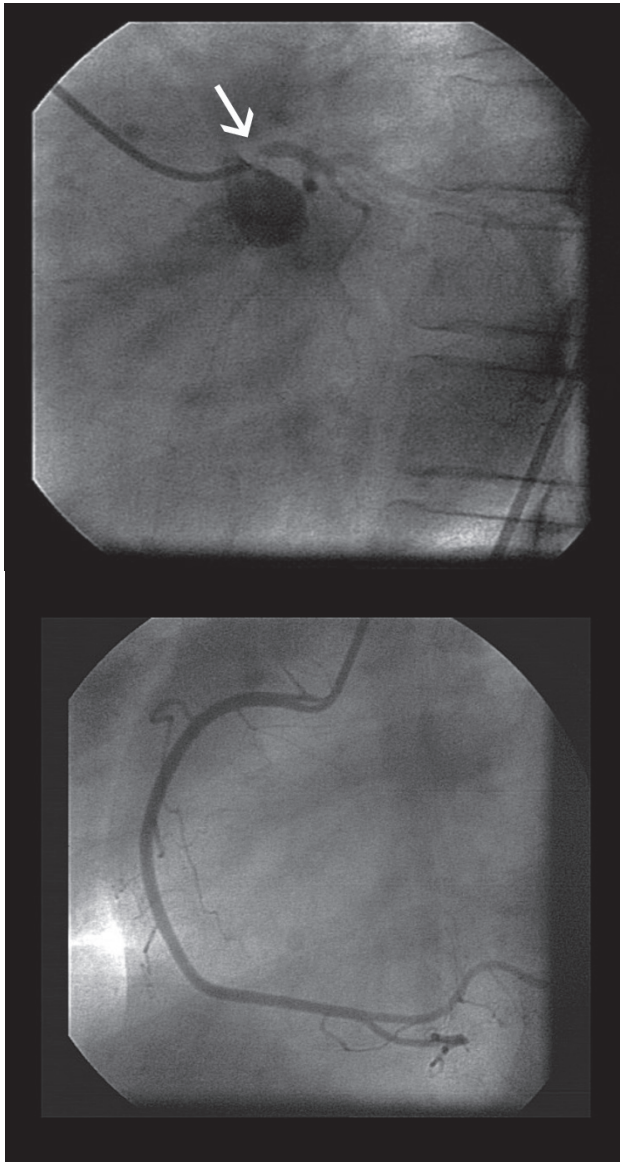


Figura 1
Coronariografia evidenciando a lesão ostial grave do tronco da coronária esquerda (seta) e a coronária direita sem lesões obstrutivas.

Ao exame físico de admissão, apresentava reduções das amplitudes dos pulsos arteriais e da pressão arterial no membro superior esquerdo (PA=80/50mmHg), em comparação à do membro superior direito (PA=90/50mmHg). Os demais pulsos apresentavam amplitudes normais. No pescoço auscultavam-se sopros sistólicos em ambas as carótidas, com maior intensidade à esquerda. No exame do precórdio da paciente, a palpação do *ictus* evidenciava uma onda pré-sistólica e na ausculta uma quarta bulha audível em ponta. O restante do exame físico era normal. O eletrocardiograma em repouso também era normal, assim como o RX de tórax. Os exames laboratoriais demonstravam um VHS de 25mm na primeira hora, proteína-C reativa titulada normal,

alfa1 glicoproteína ácida, fator antinuclear, fator reumatoide e sorologia para lues negativos.

A angiotomografia das artérias coronárias confirmou a lesão obstrutiva ostial do tronco da coronária esquerda, com escore de cálcio zero (Figura 2). A angiotomografia da aorta demonstrava espessamento difuso da parede da aorta ascendente, arco aórtico e origem dos vasos da base, com obstrução dos óstios das artérias carótida comum e subclávia esquerdas (Figura 2). Com base nesses dados, diagnosticou-se arterite de Takayasu tipo IV, segundo a classificação de Lupi-Herrera et al.³ A paciente foi submetida à CRVM, com anastomose de artéria torácica direita para artéria descendente anterior e ponte de veia safena para artéria marginal esquerda. A histopatologia da biopsia da parede da aorta ascendente mostrou espessamento e fibrose intimal e da adventícia, consistente com lesão em fase cicatricial da arterite de Takayasu. A paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório e obteve alta assintomática.



Figura 2
Angiotomografia coronariana
Acima, a seta aponta para a lesão suboclusiva em óstio do tronco da coronária esquerda;
Abaixo, as setas apontam para as estenoses no óstio da carótida comum esquerda e artéria subclávia esquerda.

Discussão

A incidência de lesões nas artérias coronárias na arterite de Takayasu é relativamente baixa, todavia a isquemia causada por essas lesões é uma das suas maiores causas de morte².

Antes de 1977, lesões oclusivas das artérias coronárias eram encontradas ocasionalmente nas necropsias^{3,4}; mais recentemente, no entanto, essas lesões estão cada vez mais sendo identificadas e, em um desses relatos, foram encontradas em 45% dos casos necropsiados⁴. Lesões envolvendo os óstios coronarianos variam de 73% a 87,5% dos casos de acometimento arterial coronariano e, em geral, poupam os segmentos arteriais distais, como no presente caso⁵.

Como neste relato, a angina de peito é, em geral, a primeira manifestação clínica do envolvimento arterial coronariano⁶. Na série de Lupi-Herrera et al.³, o reconhecimento clínico da doença coronariana ocorreu em 9% dos casos.

A angiografia convencional é considerada o padrão-ouro para diagnóstico e classificação da doença por demonstrar as obstruções vasculares. No entanto, estudos recentes sugerem que novos métodos não invasivos como o PET com 18F-FDG, a angiotomografia e a angiorressonância possam permitir uma avaliação mais acurada da estrutura vascular, identificar a presença da inflamação e o espessamento da parede vascular, alterações habitualmente não detectáveis pela angiografia convencional^{7,8}.

Embora a melhor terapêutica para as obstruções coronarianas na arterite de Takayasu ainda não esteja definida, a CRVM tem sido considerada o procedimento de escolha⁹. A angioplastia percutânea coronariana, com o uso de *stents* convencionais ou farmacológicos, tem sido empregada com sucesso; no entanto não há evidência segura dos resultados em longo prazo desse procedimento¹⁰.

Na CRVM, por seu turno, há dúvidas quanto ao melhor tipo de enxerto a ser empregado por causa do envolvimento dos vasos da base, o que prejudicaria o fluxo nas artérias torácicas, e a utilização de enxertos de veia safena que são implantados proximalmente na parede potencialmente doente da aorta ascendente. No presente caso, o grupo cirúrgico optou por utilizar a artéria torácica interna direita por conta da obstrução da artéria subclávia esquerda e não haver sinais de acometimento do tronco braquiocéfálico na angiotomografia aórtica. Apesar do espessamento da

aorta ascendente, um enxerto de veia safena, entre esse segmento da aorta e a artéria marginal esquerda, também foi utilizado.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

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

Referências

1. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med.* 1994;120(11):919-29.
2. Ogino H, Matsuda H, Minatoya K, Sasaki H, Tanaka H, Matsumura Y, et al. Overview of late outcome of medical and a surgical treatment of Takayasu arteritis. *Circulation.* 2008;118(25):2738-47.
3. Lupi-Herrera E, Sanchez TG, Marcushamer J, Mispereta J, Horwitz S, Vela JE. Takayasu's arteritis: clinical study of 107 cases. *Am Heart J.* 1977;93(1):94-103.
4. Nagata S. Present state of autopsy cases of Takayasu's arteritis (aortitis syndrome) in Japan. *J Jpn Coll Angiol.* 1990;30:1303-8.
5. Endo M, Tomizawa Y, Nishida H, Aomi S, Nakazawa M, Tsurumi Y, et al. Angiographic findings and surgical treatments of coronary artery involvement in Takayasu arteritis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;125(3):570-7.
6. Viecili PR, Pamplona D, Cesena FHY, Luz PL. Angina instável devida à comunicação entre artéria coronária e artéria pulmonar direita em paciente com arterite de Takayasu. *Arq Bras Cardiol.* 1997;69(2):129-32.
7. Chung JW, Kim HC, Choi YH, Kim SJ, Lee W, Park JH. Patterns of aortic involvement in Takayasu arteritis and its clinical implications: evaluation with spiral computed tomography angiography. *J Vasc Surg.* 2007;45(5):906-14.
8. Kobayashi Y, Ishii K, Oda K, Nariai T, Tanaka Y, Ishiwata K, et al. Aortic wall inflammation due to Takayasu arteritis imaged with 18F-FDG PET coregistered with enhanced CT. *J Nucl Med.* 2005;46(6):917-22.
9. Gelape CL, Alvarenga FC, Figueroa CCS, Ribeiro ALP. Tratamento de estenose de tronco de coronária esquerda na arterite de Takayasu. *Rev Bras Reumatol.* 2007;47:390-3.
10. Tumelero RT, Teixeira JCC, Duda NT, Tognon AP, Rossato M. Tratamento percutâneo multivaso da arterite de Takayasu. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(5):e182-8.