



RELATO DE CASO

Dissecação Espontânea de Tronco de Coronária Esquerda em Puérpera: Um Relato de Caso

Spontaneous Dissection of the Left Coronary Trunk in Puerpera: A Case Report

Amanda Silva Fraga¹, Jivago Chaib Martins Lima¹, Franco Benjamim¹, Marcelo Ferreira Goldschald¹, Leandro Vladimir Silveira Cavalcanti¹, Gustavo Cervino Martineli¹, Joberto Sena^{1*}

¹ Serviço de Cardiologia Intervencionista do Hospital Santa Izabel; Salvador, Bahia, Brasil

A dissecação coronária espontânea é uma causa infrequente de infarto agudo do miocárdio e comumente. Ocorre de forma não traumática e não iatrogênica, sendo mais comum acometer jovens e mulheres. Este relato de caso apresenta uma paciente puérpera com dissecação espontânea do tronco da coronária esquerda. Palavras-chave: Dissecação Coronária Espontânea; Puérpério; Stents.

Correspondence addresses:

Dr. Joberto Sena
jobertosena@terra.com.br

Received: December 28, 2021

Revised: February 10, 2022

Accepted: February 26, 2022

Published: March 28, 2022

Data Availability Statement

All relevant data are with the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2022 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia. All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

Spontaneous coronary dissection is an infrequent cause of acute myocardial infarction and commonly affects young people and women. This case report presents the a puerperal patient with spontaneous dissection of the left main coronary artery. Keywords: Spontaneous Coronary Dissection; Puerperal; Stents.

Introdução

A dissecação espontânea de coronária (DEC) é uma causa pouco frequente de infarto agudo do miocárdio. Ocorre de modo não traumático e não iatrogênico, sendo mais comum em jovens e mulheres. Em gestantes ou puérperas, a dissecação pode ser uma consequência do aumento do estresse hemodinâmico fisiológico ou de efeitos hormonais que enfraquecem a parede arterial coronariana. Este relato de caso traz o caso de um paciente puérpera com dissecação espontânea (DEC) de tronco de coronária esquerda.

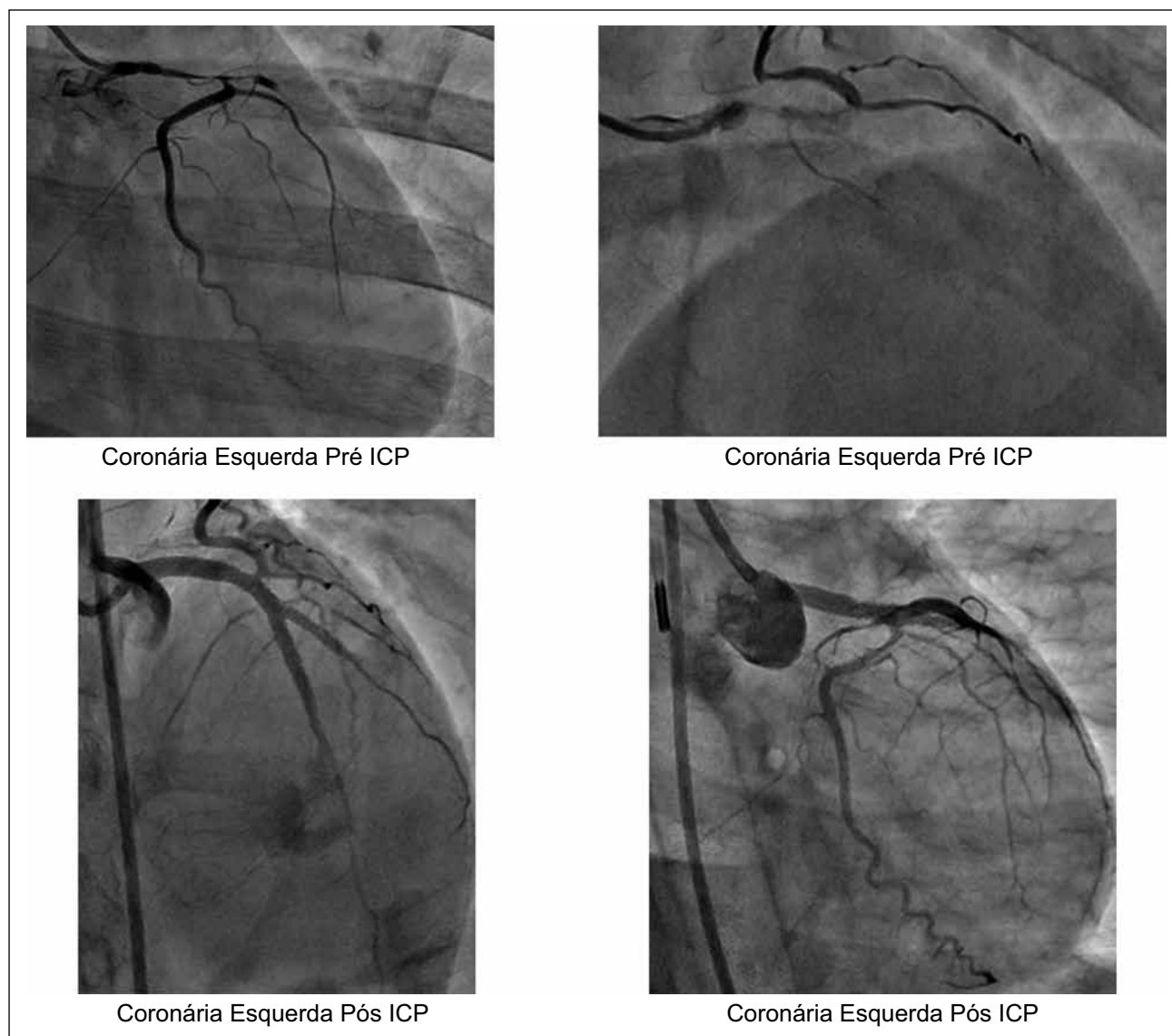
Apresentação do Caso

JSN, sexo feminino, 39 anos, sem comorbidades, no 14º dia pós parto foi admitida na emergência, proveniente de serviço de unidade pré-hospitalar, com relato de dor precordial súbita, em aperto, com irradiação para membros superiores. Eletrocardiograma evidenciou supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior extensa, KILLIP 1 na sua apresentação inicial. Evoluiu com piora do padrão respiratório e instabilidade hemodinâmica sendo transferida para centro terciário em choque cardiogênico. Foi instalado balão intra-aórtico (BIA) e iniciado vasopressor. A coronariografia evidenciou

dissecção de coronária, acometendo tronco de coronária esquerda (TCE) e descendente anterior (DA), com fluxo TIMI 0. Foi realizado procedimento de angioplastia primária, com implante direto de três *stents* farmacológicos em TCE> DA, DA e primeiro diagonal (Figura 1). Logo em seguida, foi encaminhada à UTI coronariana. Após 48 horas, foi retirado o BIA e extubada. Exames: curva de troponina: >250 > 50 > 25 > 2,0ug/L (Valor de referência < 0,160ug/L). Ecocardiograma transtorácico (Ecott) revelou disfunção ventricular esquerda de grau moderado (FE:35%/Simpson). Encaminhada para

enfermaria, foi realizado ajuste medicamentoso. Para rastreio de outros sítios, foi submetida a angiotomografia de coronárias, aorta torácica e abdominal que evidenciou: *stent(s)* em tronco da coronária esquerda, artéria descendente anterior e primeiro ramo diagonal; artéria esplênica apresentava tortuosidade e aneurisma sacular, sem sinais de dissecção ou trombose. A paciente referia prole constituída de 3 filhos e que não desejava nova gestação. Recebeu alta hospitalar após 7 dias do evento, em uso de dupla antiagregação plaquetária e medidas para disfunção ventricular esquerda. Encaminhada para

Figura 1. Angioplastia primária com implante de 3 *stents*.



acompanhamento no ambulatório de referência, com orientação de repetir Ecott após 03 meses da alta.

Discussão

A síndrome coronária aguda (SCA) permanece como uma das principais causas de morbimortalidade em todo mundo. Habitualmente, encontra-se relacionada a idade e fatores clássicos de doença cardiovascular, como hipertensão e diabetes melito, manifestando-se como apresentação aguda da doença aterosclerótica. No entanto, outras causas de doença coronariana aguda devem ser consideradas, principalmente em apresentações ou grupos clínicos não habituais. Mais recentemente, a compreensão e manejo da DEC é alvo de novo entendimento. Essa é uma condição clínica não-traumática, não-aterosclerótica causadora de doença coronária aguda e morte súbita.⁴ Recentemente, tem havido um aumento acerca da disponibilidade de informações retrospectivas, permitindo maior entendimento da doença. Trata-se de uma condição clínica causadora de síndrome coronariana aguda em até 35% dos pacientes com menos de 50 anos, cuja apresentação geralmente envolve mulheres (em até 95% dos casos), em sua maioria entre 45-53 anos, embora tenham sido descritos casos nas mais variadas faixas etárias. Análises recentes refutam a predileção por etnias.

A prevalência de condições que elevam o risco cardiovascular, como tabagismo e hipertensão é similar à população na mesma faixa etária. A fisiopatologia proposta envolve a dissecação da camada íntima com formação de um hematoma mural, com subsequente compressão da luz verdadeira e indução de isquemia e infarto. A formação do hematoma pode ocorrer a partir de sangramento da camada média, estando o endotélio preservado ou a partir de lesão sub-intimal a partir da luz, com formação de hematoma. A primeira hipótese é mais provável.

A herança genética ainda não está estabelecida, porém suscetibilidade genética pode justificar

a maior prevalência em mulheres. Em casos de história familiar ou aortopatias, convém considerar aconselhamento genético. O papel dos hormônios tem sido implicado na ocorrência de DEC, embora em pacientes com reposição exógena, o risco do evento não esteja estabelecido.

A DEC relacionada a gestação merece atenção. Embora possa ocorrer em qualquer momento no ciclo gravídico, é mais comum no puerpério, geralmente na primeira semana do parto. As pacientes acometidas têm quadro clínico mais grave, como disfunção ventricular, choque, dissecação de tronco de coronária esquerda ou envolvimento multiarterial. Acomete 1,81 para cada 100.000 gestações. A apresentação clínica é similar à SCA aterosclerótica, com dor torácica, alteração eletrocardiográfica sugestiva de isquemia e alteração de marcadores de necrose miocárdicas, podendo apresentar-se com arritmias graves e morte súbita. A coronariografia é o exame padrão, geralmente suficiente para o diagnóstico, sendo comumente identificada lesão médio-distal, preferencialmente na descendente anterior, com afilamento do vaso seguido de aspecto normal do mesmo após lesão. A avaliação por método de imagem é possível, sendo a tomografia de coerência óptica superior ao ultrassom intracoronário, que deve ser reservada para casos duvidosos ou no planejamento terapêutico. A ressonância nuclear magnética tem utilidade no diagnóstico diferencial de infarto do miocárdio (MINOCA).

O manejo é similar no período gestacional, incluindo a realização da coronariografia, que deve ser realizada com a devida proteção fetal. É importante atentar para a maior morbimortalidade relacionada com esta condição durante a gestação. Em até 95% dos pacientes ocorre cicatrização espontânea da lesão coronária. A intervenção percutânea (ICP) é a estratégia de revascularização de eleição, com maiores complicações descritas, quando comparada à revascularização na doença aterosclerótica coronariana aguda. A cirurgia de revascularização está indicada em cenários de falha da intervenção percutânea, com séries

demonstrando alta taxa de perda de patência de enxertos em 05 anos.

Em pacientes readmitidos após diagnóstico de DEC com dor torácica, devem ser inicialmente conduzidos de maneira conservadora, com ajuste de terapia anti-anginosa, visto que a maioria desses pacientes tem etiologia não isquêmica para o sintoma. Reserva-se a estratificação invasiva para paciente com instabilidade hemodinâmica, isquemia progressiva e sintomas refratários. Por esse motivo, recomenda-se vigilância hospitalar prolongada em casos selecionados.

O tratamento farmacológico tem como objetivo o alívio dos sintomas bem como redução de risco de complicações. Na presença de disfunção ventricular, deve-se manter a terapia padrão para esta condição. A utilização de beta-bloqueador pode estar relacionada à redução da recorrência de DEC. O controle pressórico é importante, e reduz recorrência deste evento. A utilização de estatina está reservada para pacientes com indicação em prevenção primária ou dislipidêmicos. A utilização de dupla anti-agregação plaquetária deve ser indicada em todos os pacientes submetidos à ICP, ou por 30 dias seguidos de AAS por 12 meses nos casos conduzidos de forma conservadora. A recorrência de DEC é responsável pelos eventos relacionados à doença, que pode ocorrer em até 30% dos pacientes, correspondendo a nova síndrome coronariana aguda com dissecção em local distinto do previamente acometido, geralmente em até 07 dias do início dos sintomas, embora eventos tardios já tenham sido descritos. No acompanhamento ambulatorial, é necessário ficar atento à recorrência de angina, comum nesses pacientes. A realização de provas isquêmicas pode ser realizada e guiar a indicação de nova avaliação invasiva, que pode permitir complementação com métodos de imagem ou funcionais, bem como indicação de revascularização. A otimização clínica deve ser regra e outras causas de dor torácica, como vasoespasmos, doença microvascular e dor não cardíaca devem ser consideradas, principalmente em testes não invasivos negativos para isquemia. Recomenda-se reavaliação da função ventricular em 03 meses.

A atividade física supervisionada moderada é recomendada, sendo contraindicado esforços que induzam valsalva. Suporte psicológico também pode ser necessário. Recomendam-se métodos esterilizantes em pacientes com prole formada. O uso de anticoncepcional confere risco menor que o de engravidar, dando-se preferência àqueles de progesterona. Nas pacientes cursando com sangramento uterino, o uso de DIU com progesterona pode reduzir o sangramento relacionado. É recomendado evitar gestação após dissecção espontânea de coronárias e, caso ocorra, deve ser acompanhado por equipe multiprofissional em programa de gestão de alto risco.

Conclusão

A DEC é uma condição clínica que envolve a camada íntima da artéria, com formação de hematoma mural com compressão da luz verdadeira, induzindo isquemia e infarto. O puerpério é uma condição de risco, ocorrendo principalmente na primeira semana pós-parto, apesar de haver relatos de ocorrência durante a gestação. Quando ocorre neste cenário, as pacientes costumam ter quadro clínico mais grave, com choque cardiogênico, dissecção de TCE, a exemplo do relato exposto. Desta forma, muitos pacientes devem ser considerados para uso de aspirina e betabloqueador a longo prazo, com o intuito de evitar recorrência.

Referências

1. Alfonso FTAT. Spontaneous coronary artery dissection: new insights from the tip of the iceberg. *Circulation* 2012;126(6):667.
2. Almaghraby A. Spontaneous coronary artery dissection and cardiogenic shock. *JACC* 2021;77(12):1590–7.
3. Saw J, Mancini GB, Humphries KH. Contemporary review on spontaneous coronary artery dissection. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:297–312.
4. Tweet MS, Hayes SN, Pitta SR, et al. Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Circulation* 2012 Jul 31;126(5):579–88.