

Tronco de Coronária Esquerda Ocluso Secundário a Lues Terciária

Occlusion of the Left Coronary Trunk Secondary to Tertiary Syphilis

Ricardo Wang^{1,2,3}, Gustavo Blume¹, Newton Fernando Stadler Souza Filho^{1,2}, Lidia Zytynski Moura^{1,3}

Hospital Santa Casa de Curitiba¹; Instituto de Neurologia e Cardiologia de Curitiba²; Pontifícia Universidade Católica do Paraná³, Curitiba, PR, Brasil

Resumo

Paciente de 27 anos, portador de sífilis terciária, manifestando isquemia miocárdica, com angina instável, secundária à oclusão do tronco da coronária esquerda. O diagnóstico foi confirmado pelos achados da sorologia e da patologia do fragmento da aorta.

Introdução

Apesar do aumento da incidência da doença arterial coronária em pacientes jovens, o infarto agudo do miocárdio ainda é raro nessa faixa etária¹. Mesmo nesse grupo, a etiologia aterosclerótica é, de longe, a principal causa da doença isquêmica do coração. Tendemos a tratar todos os pacientes de uma forma padronizada e esquecemos que nesse grupo de pacientes deve ser aventada a etiologia não aterosclerótica. Esta apresenta particularidades na condução, assim como no tratamento e no prognóstico (em geral melhor).

A proposta deste relato de caso é demonstrar e discutir a propedêutica e a terapêutica de um paciente jovem com síndrome coronária aguda, com etiologia adquirida não aterosclerótica.

Descrição do Caso

Um paciente masculino, de 27 anos, filho adotivo, casado, trabalhador da construção civil, refere que há cinco meses apresentou episódio de dor precordial típica desencadeada durante esforço físico intenso, associada à dispnéia com duração aproximada de 60 minutos e alívio espontâneo. Na ocasião, não deu a devida importância, achando que se tratava de dor muscular. A partir desse momento, apresentava dor precordial aos grandes esforços (classe funcional I da CCS), e nos últimos 15 dias, evoluiu com piora da dor, passando a ser aos médios esforços (classe funcional II-III), agora acompanhado de dispnéia.

O indivíduo negava outras moléstias ou uso de medicações. Por ser filho adotivo, relata uma história vaga de coronariopatia com o pai biológico, não sabendo informar a idade deste, na ocasião do diagnóstico. De história pregressa relata comportamento sexual de risco na adolescência, com

relações desprotegidas e uso de cocaína dos 16 aos 18 anos, negando uso após esse período. Ao exame físico apresentava um bom estado geral, sem alteração à macroscópica, com pressão arterial de 110/60 mmHg, frequência cardíaca de 70 batimentos por minuto, ausculta cardíaca sem alterações significativas, bem como ocorreu no exame vascular.

As alterações no eletrocardiograma (ECG) e no teste ergométrico isquêmico são demonstradas nas figuras 1 e 2. O ECG demonstrou raiz aórtica de 29 mm; átrio esquerdo de 32 mm; ventrículo direito de 16 mm; septo e parede posterior de 11 mm. A fração de ejeção encontrava-se em 63% com hipocinesia difusa leve.

Pela presença de isquemia na avaliação funcional, foi optada pela realização da angiografia coronariana (figura 3). A coronariografia mostrou circulação coronariana com padrão de dominância da coronária direita, esta sem lesão significativa. Nota-se ainda a presença de circulação colateral intercoronariana, originando do ramo da artéria do cone para a artéria descendente anterior (circulação colateral de Vieussens) de grau III de Rentrop, e circulação colateral dos ramos ventriculares posteriores para a artéria circunflexa. A coronária esquerda apresentava-se oclusa na origem (figura 4 e 5). Na ventriculografia, nota-se função ventricular preservada com fração de ejeção calculada de 74%, pelo método de Simpson (figura 6).

Foi indicada a cirurgia de revascularização miocárdica, sendo realizado enxerto de mamária direita para a artéria descendente anterior e enxerto de mamária esquerda para o primeiro ramo marginal da artéria circunflexa, com auxílio de circulação extracorpórea. Na canulação da aorta, notou-se um espessamento anormal de sua parede, sendo retirado um fragmento e encaminhado para patologia.

No exame patológico do fragmento da aorta, observou-se uma degeneração da túnica média e um infiltrado linfoplasmocitário perivascular focal na túnica adventícia, compatível com aortite sífilítica (figura 7). A partir do diagnóstico anatomopatológico, foi iniciado o tratamento etiológico com penicilina cristalina. No exame do liquor não foi evidenciada alteração compatível com neurosífilis.

Também não houve intercorrências no pós-operatório imediato, com o paciente tendo alta hospitalar no quinto dia. No seguimento de quatro meses o paciente encontra-se assintomático, retornando as suas atividades diárias.

Discussão

A dor torácica é responsável por aproximadamente quatro milhões dos pacientes atendidos anualmente. A dor de origem isquêmica destaca-se tanto pela sua morbidade como por sua mortalidade, devendo por esse motivo ser sempre descartada².

Palavras-chave

Tronco arterial / anormalidades, sífilis cardiovascular.

Correspondência: Ricardo Wang •

Praça Rui Barbosa 245 – Centro - 80010-030 - Curitiba, Paraná, Brasil

E-mail: rwang@cardiol.br, rwang@terra.com.br

Artigo recebido em 23/08/08; revisado recebido em 13/09/08; aceito em 10/10/08

Artigo de Revisão



Fig. 1 - Eletrocardiograma de repouso à admissão.

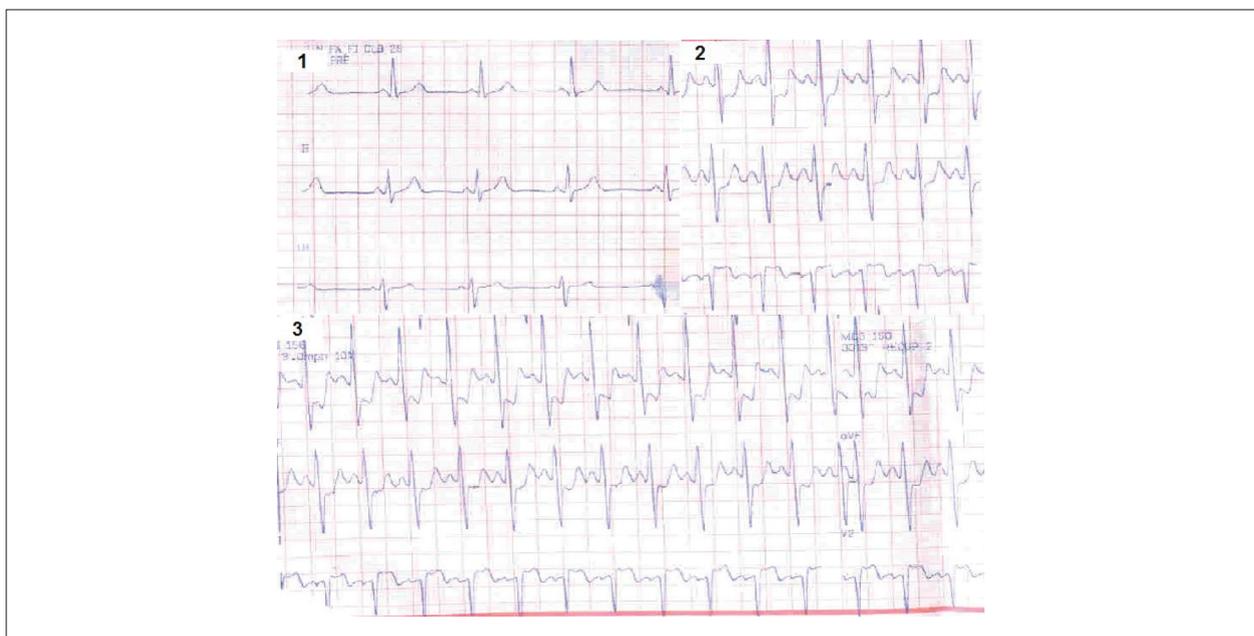


Fig. 2 - Teste ergométrico. Box 1: Registro em repouso pré-esforço. Box 2: Registro no terceiro minuto do primeiro estágio de Ellestad com dor e PA = 120/60mmHg. Box 3: Aos 18 segundos do segundo estágio, PA = 130/60 mmHg. PA: Pressão arterial

A etiologia aterosclerótica representa a principal causa de isquemia miocárdica. Porém, abaixo dos 35 anos, a etiologia não-aterosclerótica é quatro vezes maior, destacando-se as anomalias congênitas de coronárias ou as causas extrínsecas³.

O papel da avaliação funcional na abordagem da dor torácica é, além de afastar o diagnóstico de isquemia miocárdica, estratificar o risco cardiovascular. O caso em questão apresentava dados clínicos e alterações no teste ergométrico com critérios de gravidade, sendo feita a opção pela coronariografia.

As descrições de oclusões crônicas do tronco da artéria coronária esquerda são raras na literatura, ainda mais quando

associadas com a função ventricular normal, sendo sua incidência estimada entre 0,04% a 0,4% dos pacientes coronariopatas⁴. Para chegar a essa condição clínica, o paciente necessariamente deve ter uma circulação colateral bem desenvolvida, já que a sua ausência está associada com disfunção ventricular grave, levando invariavelmente a morte, devido à grande área isquêmica. Neste caso, o paciente apresentava a coronária direita sem lesão obstrutiva, o que não limitou o fluxo coronariano, associado a uma circulação colateral bem desenvolvida, que foi responsável pela preservação da função ventricular⁴.

O achado cirúrgico de espessamento aórtico associado à ausência de outras lesões coronarianas na coronariografia

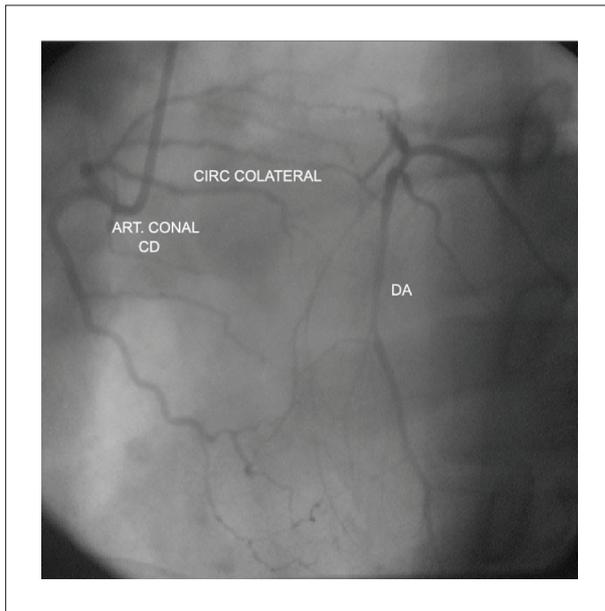


Fig. 3 - Angiografia da coronária direita em obliqua anterior esquerda, com injeção seletiva na artéria do cone, demonstrando circulação colateral para a artéria descendente anterior (anel anastomótico de Vieussens).



Fig. 5 - Injeção de contraste no seio coronário esquerdo, em obliqua anterior esquerda, com ausência de opacificação da coronária esquerda.

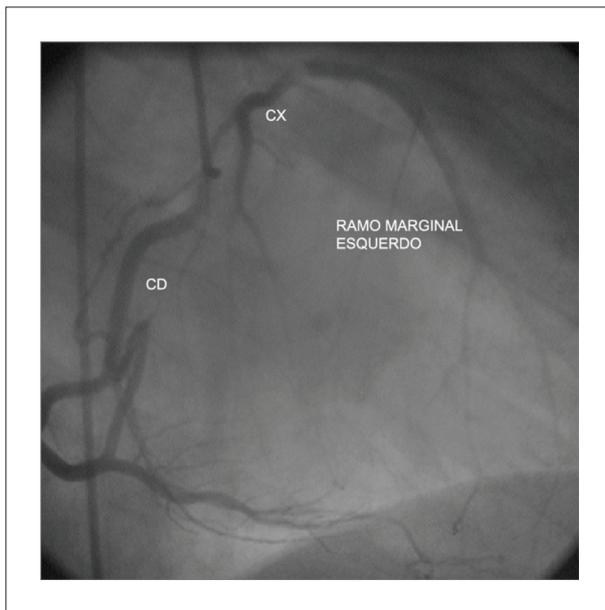


Fig. 4 - Angiografia da coronária direita (CD) em obliqua anterior direita, demonstrando circulação colateral dos ramos distais da CD para a artéria circunflexa.

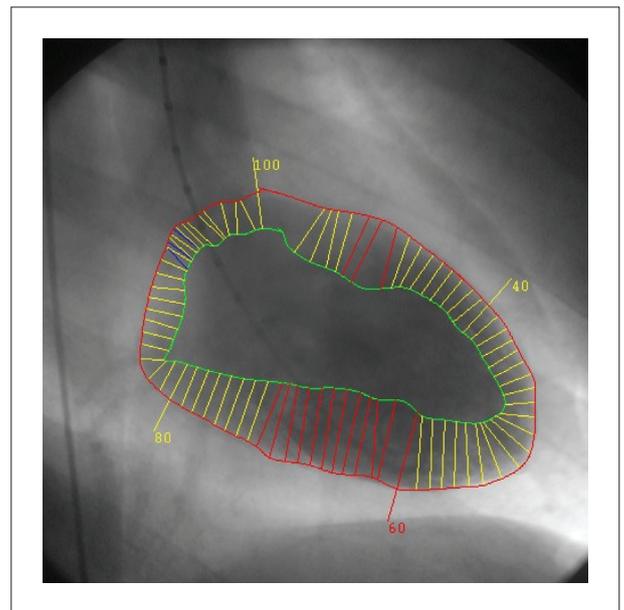


Fig. 6 - Ventriculografia esquerda na projeção oblíqua direita, com função ventricular normal e fração de ejeção de 74%.

previa, chamou a atenção para a pesquisa de uma patologia que acomete primariamente a aorta. Dentre os diagnósticos diferenciais, devemos ter atenção principalmente para as vasculites, a exemplo a arterite de Takayasu, arterite de células gigantes e síndrome de Reiter⁵. Outro diagnóstico que deve ser lembrado é a aortite sífilítica, que é cada vez mais rara nos dias atuais, principalmente com o advento da antibioticoterapia. O diagnóstico pode ser feito através de um quadro clínico e laboratorial, confirmado através dos achados patológicos.

O acometimento cardiovascular da Lues pode ser dividido em quatro categorias principais: 1^a: Aortite sífilítica; 2^a: Aortite com aneurisma; 3^a: Aortite com valvulite e regurgitação aórtica; 4^a: Estenose de óstios de coronárias, esta a segunda complicação cardiovascular mais comum³. No estudo de Heggveit⁶, onde foram analisados 100 casos de pacientes com sífilis terciária; 40% a apresentavam com aneurisma; 29% com acometimento valvar; e 26% com acometimento das coronárias, sendo destes, 11% de forma isolada. Apresenta

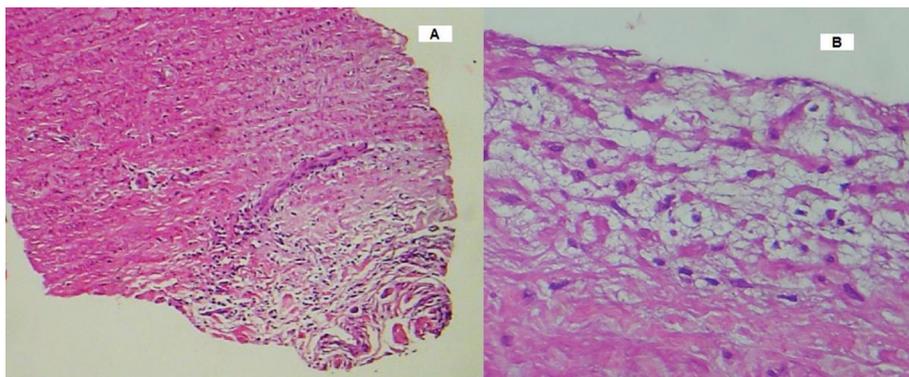


Fig. 7 - Corte histológico do fragmento da aorta. A: Corte mostrando a superfície endotelial com espessamento da intima. B: Infiltrado plasmocitário na camada adventícia da aorta. (coloração HE, cortesia Dr. Luiz Kortze).

característica insidiosa, ocorrendo geralmente de 15 a 30 anos após o surto infeccioso inicial da doença⁷. Neste caso, além da apresentação precoce das manifestações cardiovasculares da Lues, estas se manifestaram com oclusão do tronco da coronária esquerda, o que também é um fato raro.

O acometimento dos óstios das coronárias é a lesão típica da sífilis, acometendo os 3 a 4 mm iniciais, sendo raro o acometimento de segmentos distais³. A apresentação pode ir desde angina estável e síndrome coronariana aguda, até morte súbita⁸. Na análise da patologia, nota-se inflamação crônica com infiltrado linfoplasmocitário e destruição da média, acompanhado de fibrose. A abordagem cirúrgica preferencial é a realização de by-pass, de preferência com conduto arterial. A abordagem do óstio, apesar de ter bons resultados iniciais, apresenta um risco de recorrência da fibrose e reoclusão⁵.

No tratamento etiológico da sífilis, há controvérsia sobre o momento ideal para a abordagem no tratamento. Há autores que defendem que o tratamento com beta-lactâmico deve ser realizado após a revascularização miocárdica, à medida que o curso de antibiótico pode desencadear uma reação de Jarish-Herxheimer, com edema da aorta e até oclusão do óstio coronariano doente⁵. Há também a possibilidade de trombose intracoronariana, justificando o uso de corticoterapia associada.

Conclusão

O presente relato ilustra a necessidade de investigação etiológica em pacientes jovens com coronariopatia, principalmente com esta ocorrendo em TCE. O tratamento sindrômico reduz as chances da eficácia terapêutica e comprovadamente, nesse caso, pode levar a maiores complicações futuras, não impedindo a progressão natural da doença.

A aortite sífilítica não ocorre de maneira usual, mas seu reconhecimento e sua terapêutica eficaz diminuem não só a progressão da doença, como também sua transmissão.

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. Hong MK, Cho SY, Hong BK, Chang KJ, Chung IM, Lee MH, et al. Acute myocardial infarction in young adults. *Yonsei Med.* 1994; 35 (2): 184-9.
2. Baracioli LM, Borges FA. Dor torácica. In: Cavalcanti EFA, Martins HS. (eds.). *Clínica médica dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Editora Manole; 2007.
3. Waller BF. Nonatherosclerotic coronary heart disease. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA. *Hurst's the heart* 10th ed. Philadelphia: McGraw Hill; 2001.
4. Sugihita K, Shimizu T, Kinugawa K, Harada K, Ikenouchi H, Matsui H, et al. Chronic total occlusion of the left main coronary artery. *Inter Med.* 1997; 36: 471-8.
5. Scully RE, Mark EJ, McNeely WF, Ebeling SH, Phillips LD. Case 10-1998, Case record of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med.* 1998; 338: 897-903.
6. Heggveit HA. Syphilis aortitis: a clinical pathologic autopsy: study of 100 cases, 1950 to 1960. *Circulation.* 1964; 29: 346-55.
7. Virmani R, Burke AP. Nonatherosclerotic diseases of the aorta and miscellaneous diseases of the main pulmonary arteries and large veins. In: Silver MD, Gotlieb AI, Schoen FJ. *Cardiovascular pathology*. 3rd ed. Saint Louis: Churchill Livingstone; 2001.
8. Topaz O, Warner M, Lanter P, Soffer A, Burns C, DiSciascio G, et al. Isolated significant left main coronary artery stenosis: angiographic, hemodynamic, and clinical findings in 16 patients. *Am Heart J.* 1991; 122 (5): 1308-14.