

Aneurismas Calcificados de Artérias Coronárias em Paciente de 48 Anos

Marcelo Kuhn Momolli, José Luis de Castro e Silva Pretto, Daniel Sato, Cristiane Pereira Seibel, Norberto Duda, Roque Paulo Falleiro, Luis Sérgio de Moura Fragomeni

Passo Fundo, RS

É descrito o caso clínico de uma paciente de 48 anos de idade com história compatível com doença de Kawasaki na infância, admitida na unidade de emergência coronariana, com quadro clínico de angina de peito instável. A cineangiogramia realizada identificou dois aneurismas coronarianos, um acarretando oclusão da coronária direita e o outro causando obstrução severa da artéria coronária descendente anterior. O tratamento indicado foi a revascularização cirúrgica.

A doença de Kawasaki é uma afecção sistêmica aguda, usualmente autolimitada, que acomete múltiplos órgãos e apresenta uma distribuição mundial, porém é mais frequente em países asiáticos^{1,2}. A doença de Kawasaki ocorre na infância, geralmente em crianças antes dos cinco anos e com pico de incidência entre o 1º e o 2º ano de vida^{2,3}. A etiopatogenia da doença ainda permanece desconhecida, mas se suspeita de que um agente infeccioso possa estar envolvido^{1,4}. Uma toxina estafilocócica pode servir como “superantígeno” que interage com as células “T”. O diagnóstico é clínico e feito por exclusão. É necessário que, além de febre alta durante cinco ou mais dias, o paciente apresente quatro das cinco manifestações seguintes: conjuntivite bilateral não-supurativa, alteração da mucosa oral, linfadenopatia cervical, exantema maculopapular e alterações das extremidades, como edema e eritema da palma das mãos e pés^{2,4}.

A maior morbimortalidade associada a essa condição é atribuída ao desenvolvimento de complicações cardiovasculares como aneurismas de artérias coronárias, trombose e miocardite^{1,4-6}. Outras complicações incluem artrite, hepatite, pancreatite, uretrite, meningite asséptica e disfunção

valvular, mas aneurismas de artérias periféricas de médio calibre são raros⁶. O manejo dessa doença com antiinflamatórios não hormonais, antitrombóticos e imunoglobulina parece reduzir os riscos cardiovasculares^{1,2,4}. A doença de Kawasaki deve ser incluída no diagnóstico diferencial das doenças arteriais coronarianas, principalmente em pacientes jovens ou sem fatores de risco. O objetivo deste relato é apresentar o caso de uma paciente com angina instável devido a aneurismas de artérias coronárias, provavelmente como consequência da doença de Kawasaki, submetida a revascularização cirúrgica do miocárdio.

Relato do Caso

Paciente feminina, 48 anos, natural e procedente do interior do Rio Grande do Sul, internou-se com queixa de exacerbação de dor anginosa típica, iniciada há um ano. Nos últimos meses, teve várias internações em clínicas de pronto atendimento, quando o quadro clínico de dor precordial era atribuído a fatores emocionais. Relatava que os sintomas haviam piorado nos últimos meses, quando começou a ter dor em repouso. Era tabagista de 10 cigarros por dia há aproximadamente 20 anos. Ao exame físico, não apresentava outras alterações além de um estalido telessistólico audível no 5º espaço intercostal esquerdo. A investigação laboratorial e eletrocardiográfica de repouso eram normais. A radiografia de tórax demonstrava calcificações mediastinais (fig. 1-A). Um ecocardiograma transtorácico detectou a presença de massa hipocóica, localizada externamente à parede ântero-lateral do ventrículo direito, sugestivo de aneurisma coronariano calcificado. A valva mitral apresentava prolapso sistólico dos folhetos e regurgitação mínima. As demais válvulas e câmaras cardíacas eram normais, com adequada sinergia contrátil e desempenho sistólico preservado. O estudo cineangiogramiográfico diagnosticou oclusão proximal da coronária direita e severa obstrução na porção inicial da coronária descendente anterior em consequência de compressão por aneurismas calcificados

Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo
Correspondência: Luis Sérgio de Moura Fragomeni – Rua Teixeira Soares, 777 – S/702 – 99010-080 – Passo fundo, RS – E-mail: fragomeni@annex.com.br
Recebido para publicação em 3/2/00
Aceito em 26/4/00

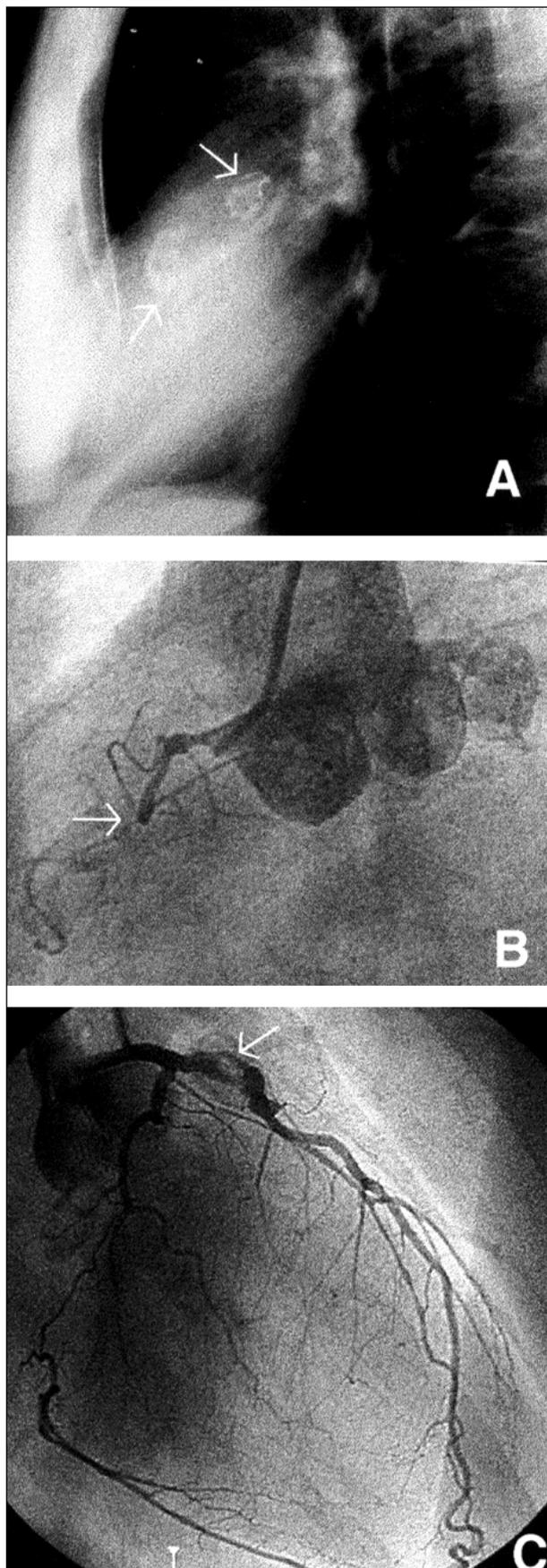


Fig. 1 – A) Radiografia de tórax com demonstração dos aneurismas coronarianos calcificados (setas); B) oclusão da coronária direita (seta); C) aneurisma e obstrução da coronária descendente anterior (seta).

destas artérias. A descendente anterior apresentava estenose de 90% e a coronária direita estava ocluída, mas com enchimento retrógrado adequado (figs. 1-B e 1-C). Investigando-se os fatos progressos, a mãe descreveu que aos sete anos de idade a paciente fora acometida de enfermidade caracterizada por febre por duas semanas, acompanhada de faringite, eritema e edema cutâneo e adenopatias cervicais. Na ocasião, nenhuma conclusão diagnóstica foi estabelecida, e após três semanas de internação hospitalar foi liberada com melhora geral do quadro. Diante das evidências clínicas, dos exames complementares e da exclusão de outras causas, o diagnóstico de aneurismas de artérias coronarianas como seqüela da doença de Kawasaki foi aceito como o mais provável. Com o diagnóstico de angina instável corroborado com os achados anatômicos das coronárias, foi indicada cirurgia de revascularização do miocárdio. No transoperatório foi confirmada a existência dos aneurismas nas coronárias, responsáveis pelas lesões nesses vasos (fig. 2). Com o intuito de restabelecer o fluxo coronariano, foram realizados dois enxertos vasculares: para a coronária direita, um enxerto aortocoronariano com veia safena e para a descendente anterior, com a artéria torácica interna. Toda a superfície intimal coronariana visível apresentava sinais e consistência de arterite, fora dos padrões habituais de aterosclerose, sendo que a descendente anterior estava subocluída e tinha trajeto intramiocárdico. A paciente teve boa evolução pós-cirúrgica, tendo alta hospitalar no 7º dia.

Discussão

A doença de Kawasaki provoca uma inflamação aguda da camada íntima dos vasos arteriais, seguida de uma panvasculite que pode resultar em dano nas artérias coro-



Fig. 2 - Imagem transoperatória onde se evidencia o aneurisma na coronária descendente anterior (seta).

nárias, predispondo à formação de trombos ou aterosclerose progressiva³. A doença pode manter-se clinicamente silenciosa, com o diagnóstico feito anos ou décadas mais tarde. A frequência de complicações cardiovasculares agudas varia de 30 a 60%, sendo aneurismas de artérias coronárias e trombose as mais frequentes. Tardamente, a persistência das alterações estruturais pode resultar em manifestações de insuficiência coronariana ou, em alguns casos, até morte súbita³. Aproximadamente 10 a 25% das crianças afetadas com a doença de Kawasaki desenvolvem aneurismas de artérias coronárias⁴⁻⁹. A história natural desses aneurismas demonstra que a maioria regride com o tempo. Idade menor de um ano, sexo feminino, aneurisma fusiforme e diâmetro máximo de 4mm são fatores que indicam alta probabilidade de regressão^{4,6,10}. Estudos de necropsia em crianças com doença de Kawasaki revelaram que os aneurismas de artérias coronárias podem ser únicos ou, mais raramente, múltiplos e que as suas dimensões variam de 2 até 8mm em seu diâmetro máximo⁸. Estudos revelam que a média de idade de apresentação dos achados cardíacos e presumíveis seqüelas da doença de Kawasaki é de, aproximadamente, 25 anos³. Os sintomas da apresentação, na maioria precipitados pelo exercício, incluem dor torácica em primeiro lugar (60%), seguida de morte súbita (16%) e arritmia (10%). Um achado incomum é a visualização radiográfica do aneurismas de artérias coronárias calcificado, que pode ser útil no diagnóstico, principalmente em pacientes com história compatível de doença de Kawasaki como no presente caso³. O ecocardiograma está indicado sempre que houver suspeita da doença, mesmo que os critérios diagnósticos estejam incompletos. Hiraishi e cols.¹¹, ao analisar 60 pacientes com doença de Kawasaki, obtiveram, respectivamente, 95 e 99% de sensibilidade e especificidade na identificação precisa de aneurismas. O diagnóstico dos aneurismas de artérias coronárias e das lesões obstrutivas deve ser também avaliado pela angiografia coronariana após as evidências obtidas pelos dados

semiológicos e complementares pelo eletrocardiograma, pela cintilografia miocárdica, e o ecocardiograma. Na maioria dos relatos de aneurismas de artérias coronarianas, o paciente não tem uma história consistente de doença de Kawasaki e o diagnóstico baseia-se em dados presumíveis, após pesquisa e exclusão de outras causas capazes de levar a um aneurisma ou dilatação⁵. No presente caso, a paciente apresentava quadro clínico anginoso evolutivo devido à estenose severa da coronária descendente anterior e à obstrução total da coronária direita. O tratamento cirúrgico para quadros clínicos isquêmicos como o discutido é o mais indicado. Em casos selecionados, há lugar para a cardiologia intervencionista e a colocação de *stents* pode ser uma indicação adequada. Entretanto, grandes aneurismas calcificados e vasos ocluídos, devem ser submetidos a cirurgia de revascularização com enxertos arteriais ou venosos. A simples ressecção e anastomose término-terminal após mobilização da coronária direita é uma opção técnica e já foi realizada com sucesso em dois casos de aneurismas volumosos por Westaby e cols.¹². Atualmente, os enxertos preferenciais utilizados na revascularização cirúrgica do miocárdio são os arteriais. Nesse caso, a coronária direita poderia ter sido revascularizada com a artéria torácica interna direita, não fosse o fluxo sanguíneo insuficiente por ela apresentado. A experiência cirúrgica em adultos com lesões coronarianas secundárias à doença de Kawasaki tem sido raramente relatada, mas de maneira geral, apresenta resultados satisfatórios⁷. Chama-se atenção para o fato que devido a inespecificidade da apresentação clínica, o diagnóstico precoce e a instituição do tratamento adequado na fase aguda, é difícil. Entretanto, o atraso no diagnóstico e no tratamento, que ocorre mais frequentemente em crianças maiores, estão associados a maior incidência de aneurismas coronarianos. Alta suspeição diagnóstica e o tratamento com gamaglobulina na fase aguda da doença pode reduzir drasticamente a incidência de complicações cardíacas tardias.

Referências

1. Laupland KB, Dele DH. Epidemiology, etiology, and management of Kawasaki disease: State of the art. *Pediatr Cardiol* 1999; 3: 117-83.
2. Rowe RD, Rose V. Kawasaki disease: Canadian update. *Can Med Assoc J* 1985; 1: 25-8.
3. Burns JC, Shike H, Gordon JB, et al. Sequelae of Kawasaki disease in adolescents and young adults. *J Am Coll Cardiol* 1996; 1: 253-7.
4. Barros KS. Kawasaki disease. Epidemiology, late prognosis, and therapy. *Rheum Dis Clin North Am* 1991; 4: 907-19.
5. Shaukat N, Ashraf S, Mebewu A, Freemont A, Keenan D. Myocardial infarction in a young adult due to Kawasaki disease. A case report and review of the late cardiological sequelae of Kawasaki disease. *Int J Cardiol* 1993; 3: 222-6.
6. Kato H, Sugimura T, Akagi T, et al. Long-term consequences of Kawasaki disease. A 10-to 21-years follow-up study of 594 patients. *Circulation* 1996; 6: 1379-85.
7. Sato T, Isomura T, Hayashida N, Aoyagi S. Coronary artery revascularization in an adult with coronary aneurysms probably secondary to childhood Kawasaki disease. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997; 2: 312-4.
8. Fujiwara T, Fujiwara H, Hamashima Y. Frequency and size of coronary arterial aneurysm at necropsy in Kawasaki disease. *Am J Cardiol* 1987; 8: 808-11.
9. Kato H, Ichimose E, Yoshioka F, et al. Fate of coronary aneurysms in Kawasaki disease: Serial coronary angiography and long-term follow-up study. *Am J Cardiol* 1982; 49: 1758.
10. Takahashi M, Mason W, Lewis AB. Regression of coronary aneurysms in patients with Kawasaki syndrome. *Circulation* 1987; 75: 387.
11. Hiraishi S, Misawa H, Takeda N, et al. Transthoracic ultrasonic visualization of coronary aneurysm, stenosis and occlusion in Kawasaki disease. *Heart* 2000; 83: 400-5.
12. Westaby S, Vaccari G, Katsumata T. Direct repair of giant right coronary aneurysm. *Ann Thorac Surg* 1999; 68:1401-03.