

Pseudoaneurisma do Ventrículo Esquerdo Descoberto Tardamente: Um Caso Clínico Raro

Late Discovery of Left Ventricular Pseudoaneurysm: A Rare Clinical Case

Angélica Pedreira da Silva,¹ Gilson Soares Feitosa,¹ Gabriel de Castro Vaz Leal,¹ Rilson Fraga Moitinho,¹
Jorge Andion Torreão¹

Hospital Santa Izabel,¹ Salvador, BA – Brasil

Resumo

O pseudoaneurisma do ventrículo esquerdo (VE) é uma complicação rara do infarto agudo do miocárdio (IAM). O presente artigo relata o caso de um paciente de 67 anos visto em 2024 que, após um IAM em 2019, foi diagnosticado com um pseudoaneurisma do VE após queixas de dispneia e a realização de exames de imagem como ecocardiograma e ressonância magnética. O paciente foi submetido à cirurgia de aneurismectomia e revascularização, evoluindo de forma satisfatória no pós-operatório.

Introdução

Pseudoaneurisma de ventrículo esquerdo (VE) é uma entidade clínico-patológica e constitui uma complicação mecânica rara do infarto agudo do miocárdio (IAM).¹ É formado quando a ruptura cardíaca é contida por pericárdio ou tecido cicatricial, sem a presença de miocárdio como componente tecidual.¹ Geralmente, ocorre na parede ventricular inferior e posterior, pois rupturas da parede anterior tendem a levar ao tamponamento cardíaco e à morte imediata, enquanto que a face ínfero-posterior do coração se apoia sobre o diafragma, facilitando a contenção da cavidade ventricular pelo pericárdio.² Atendendo à sua composição, é grande o risco de ruptura, ditando a necessidade de correção cirúrgica.³

Relato do caso

Relatamos o caso de um paciente masculino de 67 anos, morador do estado da Bahia, hipertenso há 10 anos, diabético há 5 anos e ex-tabagista há 32 anos, com carga tabágica estimada em 51 maços-ano.

Em 2019, apresentou quadro de IAM com supradesnivelamento do segmento ST na parede

anterior. Porém, só chegou em unidade com serviço de hemodinâmica após 8 dias do diagnóstico, sem ter recebido terapia fibrinolítica. Ao ser admitido, realizou cineangiocoronariografia que evidenciou primeiro ramo diagonal com estenose de 90% e demais artérias coronarianas apenas com irregularidades parietais. Foi submetido à angioplastia transluminal e obteve alta hospitalar. Houve a orientação de acompanhamento ambulatorial no serviço de cardiologia, o que não foi seguido pelo paciente.

Após 5 anos, o paciente voltou em consulta solicitando liberação para cirurgia de herniorrafia inguinal. Queixava-se de dispneia aos médios esforços, como subir ladeira, mas afirmava que tal sintoma estava presente desde 2019, sem progressão. Negou associação com dor torácica ou outros equivalentes anginosos. O cirurgião geral relatou que havia massa no VE na tomografia de tórax.

Ao exame físico, possuía precórdio ativo, ictus cordis aparente visível e palpável no 4º espaço intercostal esquerdo, entre a linha hemiclavicular esquerda e linha axilar anterior, propulsivo, 3 polpas digitais. Vinha em uso de ácido acetilsalicílico 100 mg/dia, succinato de metoprolol 50 mg 12/12h, espironolactona 25 mg/dia, atorvastatina 80 mg/dia, enalapril 20 mg 12/12h, metformina XR 500 mg 12/12h. Optou-se pelo internamento para confirmação diagnóstica.

Na radiografia estava presente uma massa adjacente ao VE (Figura 1) e no eletrocardiograma foi possível notar supradesnivelamento do segmento ST residual em derivações precordiais (Figura 2).

No ecocardiograma transtorácico, houve a descrição de acinesia dos segmentos médio e apical das paredes anterossseptal, anteroapical, inferobasal e inferossseptal do VE, além de formação de pseudoaneurisma na parede inferolateral com disfunção sistólica global de grau importante, com fração de ejeção (FE) de 21% pelo método de Simpson. Foram observados enchimento diastólico e doppler tecidual compatíveis com disfunção diastólica do tipo 3 (padrão restritivo). No exame realizado em 2019, encontrava-se FE de 27% e comprometimento segmentar do VE com disfunção sistólica grave, sem menção à formação de pseudoaneurisma.

Foi realizada a ressonância cardíaca e assim foi estabelecido o diagnóstico de pseudoaneurisma do VE com tamanho de 48 × 36 × 30 mm a partir do segmento anterior apical, com colo de 30 mm. Apresentava realce tardio transmural maior que 50% em toda a região apical e anterossseptal (Figura 3).

O paciente foi submetido à nova cineangiocoronariografia pela programação de intervenção cirúrgica, sendo visto

Palavras-chave

Falso Aneurisma; Diagnóstico por Imagem; Ruptura Cardíaca Pós-Infarto

Correspondência: Angélica Pedreira da Silva •

Hospital Santa Izabel. Praça Conselheiro Almeida Couto. CEP: 40050-410. Salvador, BA – Brasil

E-mail: angelica.pedreira@outlook.com

Artigo recebido em 26/01/2025; revisado em 26/03/2025;

aceito em 27/04/2025

Editor responsável pela revisão: Isabela Costa

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20250006>

primeiro ramo marginal com 75% de estenose na bifurcação, segundo ramo marginal com 90% de estenose ostial, ramo pósterolateral com 75% a 90% em terço médio e coronária direita com 75% em terço médio (Figura 4).

O paciente foi encaminhado para cirurgia de aneurismectomia e revascularização de ramo marginal e coronária direita com ponte de safena. Constatou-se, durante a cirurgia, o diagnóstico de pseudoaneurisma (Figura 5). No pós-operatório, evoluiu com acidente vascular cerebral após episódio de fibrilação atrial de alta reposta ventricular, porém recebeu alta cerca de 7 dias após o procedimento e sem sequelas.

Discussão

O IAM é a causa mais comum de pseudoaneurisma do VE (55%). Menos frequentemente, os pseudoaneurismas ocorrem como complicação de cirurgia cardíaca, trauma torácico, em consequência de endocardite e, raramente, após pericardite supurativa ou infiltração tumoral.^{1,4,5}

As complicações mecânicas no contexto de IAM são, atualmente, pouco frequentes em virtude da implementação eficaz de estratégias de revascularização precoce. Ainda que rara, a ruptura cardíaca é um dos eventos mais temíveis.³ No caso do pseudoaneurisma, cerca de 30% a 45% possuem a chance de ruptura e, diante disso, a intervenção cirúrgica pode diminuir substancialmente esse risco.^{1,4,5}

Alguns pacientes podem apresentar sintomas de insuficiência cardíaca pela disfunção ventricular esquerda. Porém, cerca de 10% são assintomáticos.⁴

O pseudoaneurisma pode ser detectado à radiografia do tórax como uma área adjacente ao coração. Ao eletrocardiograma, pode haver alterações inespecíficas de repolarização.⁶

O ecocardiograma identifica alteração em 90% dos casos, mas cerca de 67% a 75% dos casos são confundidos com aneurisma.^{4,5,7} A ventriculografia esquerda, por seu lado, tem sido considerada uma modalidade de imagem importante, com uma acuidade diagnóstica da ordem dos 85%, uma vez que é possível determinar o colo do pseudoaneurisma e a ausência de coronárias circundantes.^{3,7}

Em 2005, Konen et al. avaliaram 22 imagens de ressonância cardíaca de pacientes com pseudoaneurisma ou aneurisma do VE. O realce tardio pericárdico era mais comum nos pacientes com pseudoaneurisma, levando a uma sensibilidade de 100% e especificidade de 83,3%. Para esses pacientes, o volume diastólico final era maior do que naqueles com aneurisma verdadeiro. Assim, este exame tem papel importante para diferenciar as duas patologias.⁸

O tratamento para os casos agudos e sintomáticos se restringe à correção cirúrgica, sendo levado em consideração o risco do paciente.¹

Em 1998, Yeo et al. acompanharam 52 pacientes com pseudoaneurisma por cerca de 4 anos. A maioria teve



Figura 1 – Radiografia de tórax. Alteração da silhueta cardíaca.

Relato de Caso

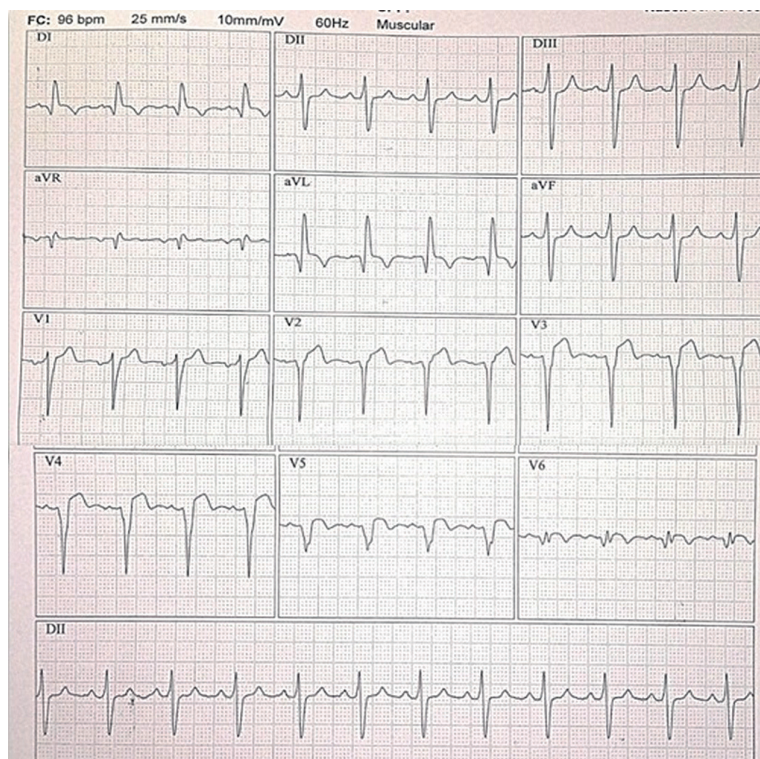


Figura 2 – Eletrocardiograma. Supradesnivelamento do segmento ST em V1 a V5.

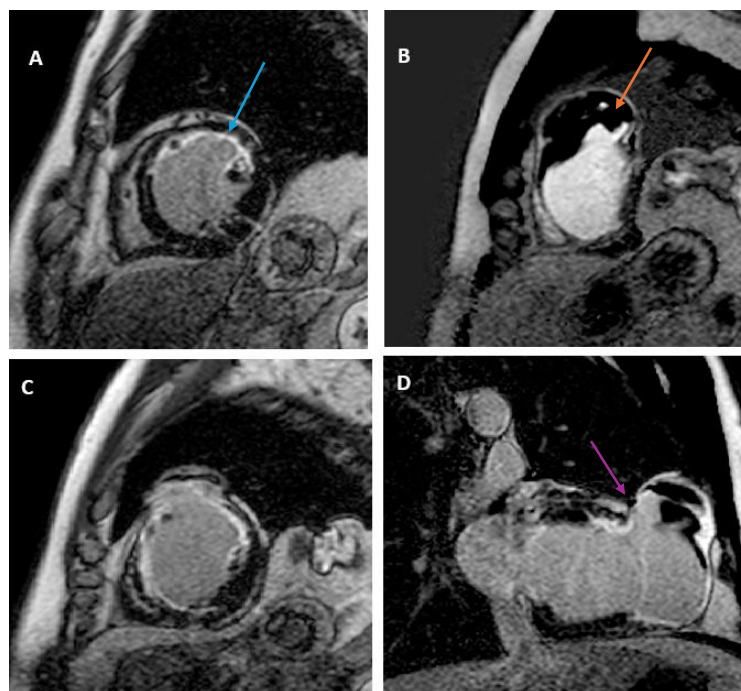


Figura 3 – Cine-ressonância magnética cardíaca. Na imagem A, na região média do coração, é possível notar área de infarto anterior pela presença do realce tardio (seta azul). Na imagem B, numa visualização apical, há a constatação de trombo intracavitário (seta laranja). Na imagem D, o colo do pseudoaneurisma torna-se evidente (seta roxa).

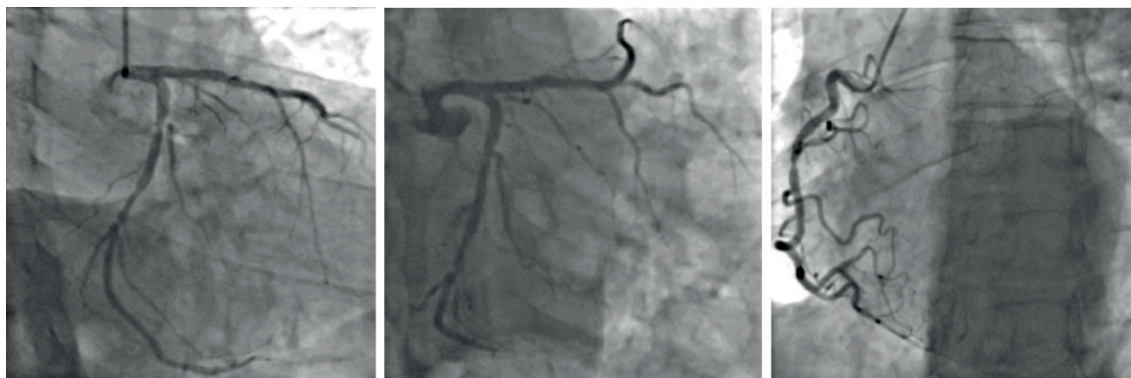


Figura 4 – Cineangiogramia. Padrão biarterial residual, com lesões significativas em território direito e de circunflexa.

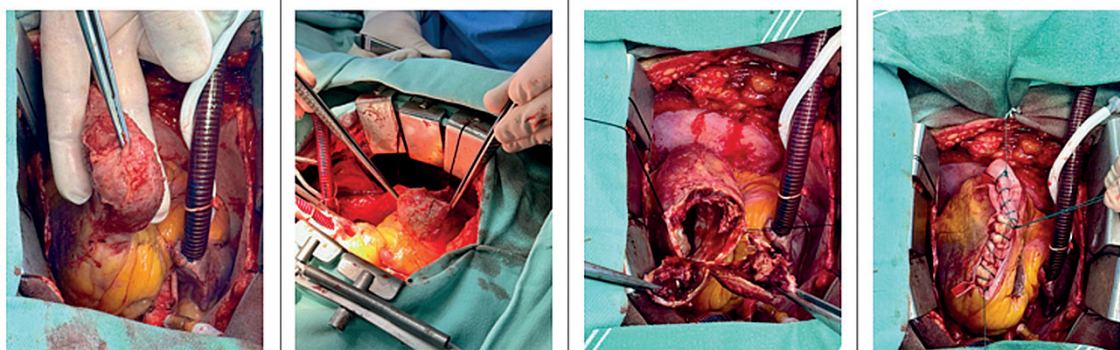


Figura 5 – Cirurgia cardíaca. Aneurismectomia.

o diagnóstico de forma incidental; 42 pacientes foram submetidos à correção cirúrgica e a mortalidade chegou a 7%. Dez pacientes foram tratados de forma conservadora; não foram submetidos ao procedimento pelo risco elevado. Dezenove pacientes faleceram com 2,3 anos de estudo, sendo 6 do grupo conservador. Não houve relato de ruptura.^{9,10}

Seguindo esse mesmo modelo, em 2003, Moreno et al. acompanharam 10 pacientes ao longo de 3,8 anos, todos com diagnóstico de pseudoaneurisma e em tratamento conservador, sendo que nenhum deles evoluiu para ruptura fatal nesse período. Porém, a incidência de acidente vascular cerebral chegou a 33%, o que sugere a possibilidade de anticoagulação crônica adjacente ao tratamento.¹⁰

De acordo com Faustino et al., para casos crônicos, o tratamento ainda não é um consenso, mas a indicação cirúrgica se torna rotineira pelo risco de ruptura e embolização trombótica. Em pacientes com pseudoaneurisma maior que 3 cm, o procedimento é indiscutível.⁴ No caso de pacientes com alto risco cirúrgico, pode-se avaliar o procedimento percutâneo. Como é uma afecção que também pode estar presente em pacientes previamente operados, a presença de aderências dificulta o manejo intraoperatório e eleva a mortalidade. Os defeitos

podem ser ocluídos com oclusores septais, assim como os usados nas cardiopatias congênitas.^{1,4,11}

Conclusão

Este caso ilustra a importância do diagnóstico do pseudoaneurisma do VE, que levou ao comprometimento da FE. É uma condição rara que pode permanecer assintomática por anos, mas apresenta risco significativo de complicações. A vigilância e o acompanhamento regular são essenciais, especialmente em pacientes com histórico de IAM. O diagnóstico e a intervenção cirúrgica são fundamentais pelo risco elevado de ruptura, mesmo na ausência de sintomas. Modalidades de imagem, como a ressonância magnética, são cruciais para avaliação e planejamento do tratamento.

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa: Silva AP, Feitosa GS; obtenção de dados: Silva AP, Moitinho RF, Torreão JA; análise e interpretação dos dados: Silva AP, Feitosa GS, Leal GCV, Moitinho RF, Torreão JA; redação do manuscrito: Silva AP; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Feitosa GS, Leal GCV, Torreão JA.

Relato de Caso

Potencial Conflito de Interesse

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.

Aprovação Ética e Consentimento Informado

Este estudo foi aprovado pelo *Comitê de Ética do Hospital Santa Izabel* sob o número de protocolo

90416125.4.0000.5520. Todos os procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes incluídos no estudo.

Uso de Inteligência Artificial

Os autores não utilizaram ferramentas de inteligência artificial no desenvolvimento deste trabalho.

Disponibilidade de Dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Referências

1. Inayat F, Ghani AR, Riaz I, Ali NS, Sarwar U, Bonita R, et al. Left Ventricular Pseudoaneurysm: An Overview of Diagnosis and Management. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2018;6:2324709618792025. doi: 10.1177/2324709618792025.
2. Coelho SC, Jorge CF, Carlos PB, Delgado A, Vicente L. Evolved Inferior Wall Myocardial Infarction with Left Ventricular Pseudoaneurysm: A Diagnostic Dilemma. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(4):730-1. doi: 10.36660/abc.20200029.
3. Oliveira SM, Dias P, Pinho T, Gavina C, Almeida PB, Madureira AJ, et al. Giant Left Ventricular Pseudoaneurysm: The Diagnostic Contribution of Different Non-Invasive Imaging modalities. *Rev Port Cardiol.* 2012;31(6):439-44. doi: 10.1016/j.repc.2012.04.009.
4. Faustino M, Ranchordás S, Abecasis J, Freitas A, Ferreira M, Gil V, et al. Left Ventricular Pseudoaneurysm - A Challenging Diagnosis. *Rev Port Cardiol.* 2016;35(6):373.e1-6. doi: 10.1016/j.repc.2015.09.008.
5. Jacob JL, Buzelli G, Machado NC, Garzon PG, Garzon SA. Pseudoaneurysm of Left Ventricle. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(1):e1-2. doi: 10.1590/s0066-782x2007001300012.
6. Fialho GL, Fischer CH, Cordovil A, Campos O Filho. Chronic Left Ventricular Pseudoaneurysm of Undetermined Etiology. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(1):e4-6. doi: 10.1590/s0066-782x2010000100024.
7. Frances C, Romero A, Grady D. Left Ventricular Pseudoaneurysm. *J Am Coll Cardiol.* 1998;32(3):557-61. doi: 10.1016/s0735-1097(98)00290-3.
8. Konen E, Merchant N, Gutierrez C, Provost Y, Mickleborough L, Paul NS, et al. True versus False Left Ventricular Aneurysm: Differentiation with MR Imaging--Initial Experience. *Radiology.* 2005;236(1):65-70. doi: 10.1148/radiol.2361031699.
9. Yeo TC, Malouf JF, Oh JK, Seward JB. Clinical Profile and Outcome in 52 Patients with Cardiac Pseudoaneurysm. *Ann Intern Med.* 1998;128(4):299-305. doi: 10.7326/0003-4819-128-4-199802150-00010.
10. Moreno R, Gordillo E, Zamorano J, Almeria C, Garcia-Rubira JC, Fernandez-Ortiz A, et al. Long Term Outcome of Patients with Postinfarction Left Ventricular Pseudoaneurysm. *Heart.* 2003;89(10):1144-6. doi: 10.1136/heart.89.10.1144.
11. Manica JLL, Bender LP, Borges MS, Prates PRL, Rossi-Filho RI. Percutaneous Treatment of Left Ventricle and Aortic Pseudoaneurysms: Three Case Series. *Rev Bras Cardiol Invasiva.* 2015;23(1):73-6. doi: 10.1016/j.rbciev.2015.02.002.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons