

Dissecção de Artéria Coronária Após Ecocardiografia sob Estresse Farmacológico e o Seguimento do Tratamento Clínico: Um Relato de Caso

Coronary Artery Dissection Following Pharmacologic Stress Echocardiography and the Follow-Up of Clinical Management: A Case Report

Thiago Artioli,¹ Bruno Querido Marcondes Santos,¹ Denis Cárdenas Monteiro,¹ Layane Bonfante Batista,¹ Matheus Zavaris Lorenzoni,¹ Hsu Gwo Jen,¹ Kelvyn Melo Vital,¹ Kelvin Henrique Vilalva¹

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia,¹ São Paulo, SP – Brasil

Introdução

A dissecção espontânea da artéria coronária (DEAC) continua sendo um desafio diagnóstico e terapêutico na avaliação de dor torácica. A interpretação inadequada das características da dor, associada à falta de consideração do perfil epidemiológico do paciente, pode conduzir a abordagens diagnósticas e terapêuticas inadequadas. O caso descrito neste relato representa apenas o segundo caso com características semelhantes publicado em bases de dados médicas de grande relevância.¹ Este relato enfatiza a importância de considerar causas incomuns de dor torácica e síndrome coronariana aguda (SCA), além de apresentar uma breve revisão da literatura pertinente. Este relato foi elaborado de acordo com as diretrizes CAsE Rêport (CARE).²

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 42 anos, branca, natural de São Paulo, Brasil. Divorciada, com ensino médio completo, trabalha como secretária administrativa e declara-se católica. Apresentava peso de 72 kg e altura de 1,75 m no momento da avaliação.

Sintomas iniciais

A paciente referiu início de dor torácica, inicialmente sugestiva de origem não cardíaca, em janeiro de 2024. A dor era de leve intensidade, localizada na região torácica, sem relação com esforço físico. Os sintomas persistiram até março de 2024, quando procurou avaliação com cardiologista da rede privada. Na consulta inicial, a hipótese diagnóstica foi de angina estável provável. Foram prescritos os seguintes medicamentos: ácido acetilsalicílico a 100 mg/dia,

sinvastatina a 20 mg/dia, metoprolol a 50 mg/dia e enalapril a 20 mg/dia. Até então, a paciente fazia uso apenas de desogestrel a 75 mg/dia como contraceptivo oral. Foi solicitado ecocardiograma sob estresse com dobutamina para avaliação funcional complementar.

Histórico médico, familiar e psicossocial

A paciente apresentava histórico conhecido de enxaqueca esporádica e anemia ferropriva. Negava tabagismo, etilismo e relatava estilo de vida sedentário. O histórico cirúrgico incluía cesariana, safenectomia por insuficiência venosa e tireoidectomia parcial devido a nódulo benigno. Relatava quatro gestações, sendo três partos cesáreos e um aborto espontâneo de etiologia não esclarecida. Não havia histórico familiar significativo de doenças cardiovasculares ou reumatológicas.

Intervenções prévias relevantes

Em 20 de março de 2024, a paciente foi submetida a ecocardiograma sob estresse com dobutamina em hospital da rede privada. Durante o exame, apresentou início súbito de dor precordial intensa, distinta dos sintomas previamente relatados, descrita como sensação de aperto com intensidade referida de 10/10, irradiando para a cabeça, associada a náuseas e vômitos. O exame foi imediatamente interrompido.

Foi encaminhada para o pronto-socorro de um hospital público, onde foi admitida com diagnóstico inicial de síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCA sem supra de ST). O eletrocardiograma não evidenciou alterações isquêmicas; contudo, a curva de troponina foi positiva. A cineangiocoronariografia diagnóstica revelou artéria descendente anterior esquerda (DAE) tortuosa e alongada, também responsável pela irrigação da parede inferior, com imagem compatível com dissecção coronariana tipo 1 (Figura 1) no segmento médio a distal. O ecocardiograma transtorácico demonstrou fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada (47%), com hipocinesia no segmento basal da parede inferior e na região apical. Recebeu alta hospitalar mantendo as medicações previamente prescritas, com a adição de clopidogrel a 75 mg/dia e nitrato de isossorbida sublingual a 5 mg, conforme necessidade para alívio da dor torácica. Foi encaminhada para seguimento ambulatorial em nosso serviço público terciário de cardiologia.

Palavras-chave

Dissecção de Vasos Sanguíneos; Doença das Coronárias; Ecocardiografia sob Estresse; Relatos de Casos

Correspondência: Thiago Artioli •

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Av. Dr. Dante Pazzanese, 500.

CEP: 04012-909. Vila Mariana, São Paulo, SP – Brasil

E-mail: thiago.artioli48@gmail.com

Artigo recebido em 05/05/2025; revisado em 05/05/2025;

aceito em 05/05/2025

Editor responsável pela revisão: Marcelo Tavares

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20250034>

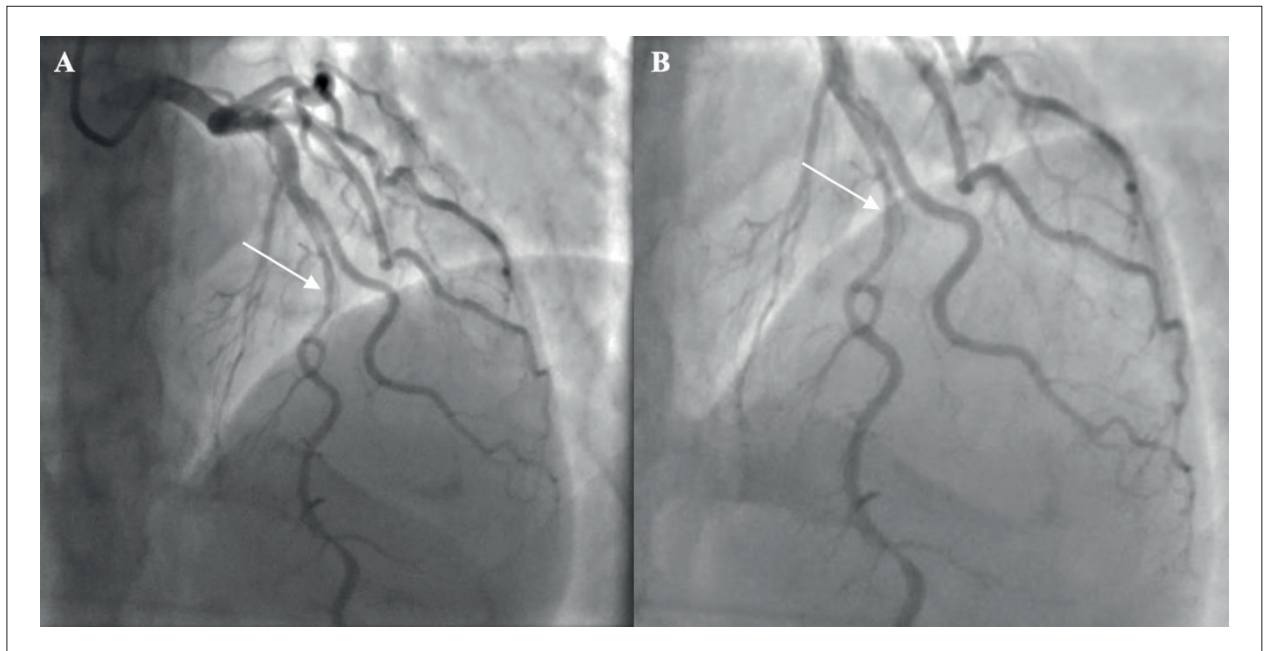


Figura 1 – Dissecção da artéria descendente anterior esquerda visualizada em projeção oblíqua anterior direita com incidência cranial durante cineangiografografia (A). Visão ampliada da dissecção (B).

Exame físico e achados clínicos no centro terciário de cardiologia

A paciente foi avaliada pela primeira vez em nosso centro terciário de cardiologia em 10 de maio de 2024. Relatava angina persistente, classificada como classe II pela *Canadian Cardiovascular Society* (CCS), com características distintas da dor atípica inicial apresentada em janeiro de 2024, mas semelhantes à dor experimentada durante o episódio de SCA. O exame físico não revelou alterações, e tanto o eletrocardiograma quanto a radiografia de tórax realizados em nosso serviço estavam dentro dos limites da normalidade.

Após a avaliação clínica, foi solicitada cintilografia de perfusão miocárdica em repouso e sob estresse farmacológico com sestamibi e dipiridamol, além de angiotomografia coronariana (TC) para monitoramento da anatomia coronariana e avaliação do plano de dissecção. Optou-se por manter o tratamento clínico, sem indicação, naquele momento, para intervenção percutânea. A terapia antianginosa foi otimizada com aumento da dose de metoprolol para 100 mg/dia.

Seguimento e desfechos

A paciente retornou para seguimento em 15 de julho de 2024. Clinicamente, continuava apresentando episódios de desconforto torácico inespecífico, associado a dor torácica atípica, descrita como sensação de queimação com duração de horas, irradiando para o membro superior esquerdo e agravada ao se deitar sobre o lado esquerdo.

Os exames laboratoriais mostraram hemograma, função renal e hepática dentro dos parâmetros normais, sem alterações eletrolíticas, análise de urina sem cristais e sorologias negativas para HIV, sífilis e hepatites B e C. O nível de colesterol LDL foi de 62 mg/dl e o NT-proBNP de 53 pg/ml.

A cintilografia de perfusão miocárdica não evidenciou sinais de isquemia miocárdica. A angiotomografia coronariana demonstrou escore de cálcio zero (método de Agatston), sem estenoses luminais coronarianas e sem sinais residuais de dissecção (Figura 2).

Etiologia e seguimento futuro

Após a consulta de julho de 2024, a paciente manteve acompanhamento regular em nosso serviço. Não apresentou novos episódios de dor torácica com características sugestivas de angina. Foi realizada investigação complementar da etiologia da dissecção coronariana, incluindo avaliações para síndrome de Marfan, vasculites e doenças do colágeno. Todos os exames clínicos e laboratoriais resultaram negativos.

Discussão

A DEAC é responsável por 0,1% a 4% dos casos de SCA, sendo mais frequentemente observada em mulheres, especialmente em jovens.³ A fisiopatologia da DEAC não aterosclerótica ainda não é completamente compreendida; os mecanismos propostos incluem ruptura da túnica íntima, sangramento dos *vasa vasorum*, inflamação arterial e tortuosidade vascular. Aproximadamente 20% dos casos são classificados como idiopáticos. Outras etiologias relatadas incluem gestação, uso de contraceptivos orais, predisposição genética e associação com determinadas condições, como enxaqueca, doenças do tecido conjuntivo, entre outras.^{4,5}

A DEAC deve ser considerada em qualquer paciente jovem que apresente SCA ou parada cardiorrespiratória, especialmente em mulheres sem fatores de risco tradicionais para doença arterial coronariana.⁶ Estresse emocional, esforço

Relato de Caso

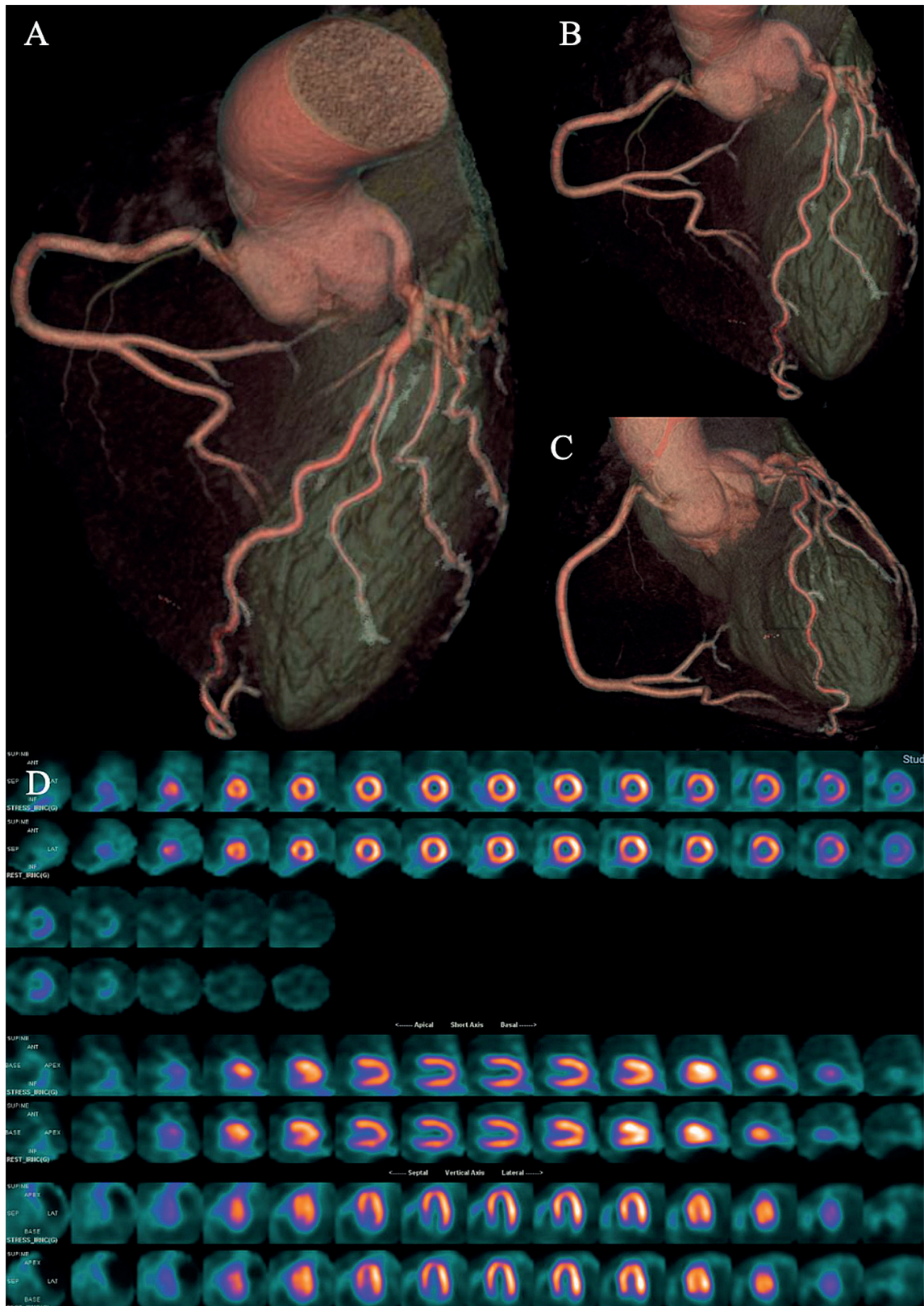


Figura 2 – Angiotomografia coronariana e cintilografia de perfusão miocárdica durante o seguimento.

físico e influências hormonais são reconhecidos como possíveis fatores desencadeantes da DEAC. A abordagem diagnóstica deve incluir eletrocardiograma, marcadores cardíacos e cineangiografografia. O ecocardiograma é útil para avaliação da função ventricular, prognóstico e diagnóstico diferencial com outras condições, como a síndrome de Takotsubo. A DEAC é classificada em três tipos angiográficos: tipo 1, caracterizado pela impregnação da parede arterial pelo contraste, com múltiplos lúmens radiotransparentes; tipo 2, apresentando estenose difusa de gravidade variável, desde estreitamento leve até oclusão completa; e tipo 3, que mimetiza a aterosclerose, apresentando estenose focal ou tubular. A imagem intracoronária, a angiotomografia coronariana ou a ressonância magnética cardíaca podem auxiliar no diagnóstico, especialmente em casos ambíguos.^{7,8}

A revascularização em pacientes com DEAC continua sendo um desafio e está associada a maiores taxas de insucesso do procedimento e complicações. Portanto, o manejo conservador é geralmente recomendado como tratamento de primeira linha, salvo em casos de isquemia persistente, instabilidade hemodinâmica ou envolvimento do tronco da coronária esquerda.⁹ A cicatrização angiográfica das lesões de DEAC tem sido frequentemente observada após o manejo conservador. Em relação ao tratamento a longo prazo, atualmente não há estudos que comparem diretamente diferentes estratégias terapêuticas. Assim, o tratamento costuma ser extrapolado das diretrizes de SCA, incluindo tipicamente o uso de aspirina, betabloqueadores, estatinas e agentes antianginosos. Considera-se razoável a interrupção da terapia antiplaquetária dupla após confirmação da cicatrização da dissecção, a qual se espera ocorrer entre 4 e 6 semanas após o evento.^{7,8}

Até o momento, apenas um relato de caso descrevendo dissecção de artéria coronária após ecocardiografia sob estresse foi identificado nas principais bases de dados médicas. Nesse caso, um paciente do sexo masculino, de meia-idade, apresentou elevação significativa do segmento ST, seguida por ritmo idioventricular acelerado. De forma semelhante ao nosso caso, o paciente foi tratado de maneira conservadora, com restauração completa da perviedade do vaso.¹ Uma limitação do nosso relato é a impossibilidade de determinar de forma definitiva se a dissecção ocorreu durante a ecocardiografia sob estresse com dobutamina ou se o exame apenas agravou uma DEAC pré-existente, uma vez que não dispomos de imagens prévias da anatomia coronariana da paciente. Entretanto,

a diferença notável entre os sintomas apresentados antes, durante e após o exame sugere a possibilidade de que o teste tenha atuado como fator desencadeante da dissecção.

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa e redação do manuscrito: Artioli T, Santos BQM, Monteiro DC, Batista LB, Lorenzoni MZ, Jen HG, Vital KM, Vilalva KH; obtenção de dados: Artioli T, Santos BQM, Monteiro DC, Batista LB, Lorenzoni MZ; análise e interpretação dos dados: Artioli T, Santos BQM, Monteiro DC, Batista LB; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Artioli T, Lorenzoni MZ, Jen HG, Vital KM, Vilalva KH.

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 Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia sob o número de protocolo 89472225.7.0000.5462. 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. Karabinos I, Papadopoulos A, Koulouris S, Kranidis A, Korovesis S, Katritsis D. Spontaneous Coronary Artery Dissection during a Dobutamine Stress Echocardiography. *Echocardiography*. 2006;23(3):232-4. doi: 10.1111/j.1540-8175.2006.00141.x.
2. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE Guidelines for Case Reports: Explanation and Elaboration Document. *J Clin Epidemiol*. 2017;89:218-35. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026.
3. Saw J, Starovoytov A, Aymong E, Inohara T, Alfidhel M, McAlister C, et al. Canadian Spontaneous Coronary Artery Dissection Cohort Study: 3-Year Outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2022;80(17):1585-97. doi: 10.1016/j.jacc.2022.08.759.
4. Djokovic A, Krljanac G, Matic P, Zivic R, Djulejic V, Haljilji MM, et al. Pathophysiology of Spontaneous Coronary Artery Dissection: Hematoma, Not Thrombus. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1260478. doi: 10.3389/fcvm.2023.1260478.
5. Stanojevic D, Apostolovic S, Kostic T, Mitov V, Kutlesic-Kurtovic D, Kovacevic M, et al. A Review of the Risk and Precipitating Factors for Spontaneous Coronary Artery Dissection. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1273301. doi: 10.3389/fcvm.2023.1273301.

Relato de Caso

6. Offen S, Yang C, Saw J. Spontaneous Coronary Artery Dissection (SCAD): A Contemporary Review. Clin Cardiol. 2024;47(6):e24236. doi: 10.1002/clc.24236.
7. Hayes SN, Kim ESH, Saw J, Adlam D, Arslanian-Engoren C, Economy KE, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Current State of the Science: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation. 2018;137(19):523-57. doi: 10.1161/CIR.0000000000000564.
8. Hayes SN, Tweet MS, Adlam D, Kim ESH, Gulati R, Price JE, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2020;76(8):961-84. doi: 10.1016/j.jacc.2020.05.084.
9. Tweet MS, Eleid MF, Best PJ, Lennon RJ, Lerman A, Rihal CS, et al. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Revascularization versus Conservative Therapy. Circ Cardiovasc Interv. 2014;7(6):777-86. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.114.001659.



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