

Aneurisma Gigante de Artéria Coronária Direita com Fístula Arteriovenosa

Giant Right Coronary Artery Aneurysm with Arteriovenous Fistula

Maria Eduarda Menezes de Siqueira,¹  Mayra Isabel Dias,¹  Ana Claudia Vincezi Raudan Uski,¹  Luciano Figueiredo de Aguiar Filho¹ 

Hospital Santa Catarina,¹ São Paulo, SP – Brasil

Introdução

Aneurisma de artéria coronária (AAC) é definido como uma dilatação que excede o diâmetro normal da artéria adjacente ou o diâmetro da maior artéria coronária do paciente em 1,5 vezes.¹ Alguns autores consideram aneurisma de coronária gigante quando o diâmetro é > 20 mm, enquanto a American Heart Association define aneurisma gigante como aqueles > 8 mm. AAC gigante é uma patologia rara com incidência aproximada de 0,02%.² Relataremos um caso de aneurisma gigante de artéria coronária direita com fístula para o seio coronário apresentando-se como uma “massa” gigante.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 72 anos, admitida em nosso serviço com quadro de astenia, dispneia, confusão mental e perda ponderal. Apresentava história prévia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipotireoidismo e doença de Alzheimer. Estava em uso de Aradois 50 mg/dia, Syntroid 25 mcg e multivitamínico. Ao exame físico apresentava parâmetros hemodinâmicos normais (frequência cardíaca 75 bpm, pressão arterial 118/81 mmHg), saturação baixa de oxigênio (80%) e temperatura de 36 °C. Como complementação diagnóstica foi solicitada angiotomografia computadorizada do tórax revelando achados compatíveis com tromboembolismo pulmonar agudo bilateral além de ectasia da coronária direita com volumosa massa arredondada em seu segmento distal, de etiologia indeterminada. Prosseguiu-se com investigação através de angiotomografia de coronárias. O estudo foi realizado em tomógrafo de 320 canais (Aquilion One/Prism, Canon) e demonstrou ectasia importante da coronária direita (10 mm de diâmetro), placas calcificadas sem promover redução luminal importante e volumosa formação aneurismática em seu terço distal, parcialmente trombosada, medindo 80 × 67 mm. Observou-se também comunicação do aneurisma com o seio coronário (fístula arteriovenosa) (Figuras

1, 2 e 3). Foi realizada ressonância magnética cardíaca que corroborou o diagnóstico de AAC e demonstrou compressão do ventrículo direito pela volumosa massa com função biventricular preservada, além de ausência de fibrose/necrose miocárdica (Figura 4). Foi indicada correção cirúrgica do AAC, porém, pela idade e comorbidades da paciente, familiares optaram por tratamento expectante. Após um ano do diagnóstico, a paciente apresentou um episódio de dor torácica e foi internada com suspeita de síndrome coronariana. Foi realizada cineangiogramia sem sinais de doença coronária obstrutiva e, neste estudo, o AAC não foi caracterizado (Figura 5). Salienta-se que nos casos de aneurisma preenchidos com trombo, os mesmos podem não ser detectados pela coronariografia invasiva.

Discussão

A etiologia mais frequente de AAC é a aterosclerótica (provável etiologia do caso relatado). Outras causas incluem doença cardíaca congênita (por exemplo, doença de Kawasaki), trauma, intervenção coronária percutânea, arterite (por exemplo, sífilis, Takayasu), infecção (micótica) e distúrbios do tecido conjuntivo (síndrome de Ehlers-Danlos).³ Os locais mais acometidos são as porções proximal e média da artéria

Palavras-chave

Anomalias dos Vasos Coronários; Tomografia Computadorizada por Raios X; Disfunção Ventricular Direita; Aneurisma Coronário

Correspondência: Maria Eduarda Menezes de Siqueira •

UNIFESP. Rua Napoleão de Barros. CEP: 04080-005. São Paulo, SP – Brasil

E-mail: dadasiqueira@yahoo.com.br

Artigo recebido em 09/03/2023; revisado em 14/04/2023;

aceito em 22/05/2023.

Editor responsável pela revisão: Leonardo Sara da Silva

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20230025>

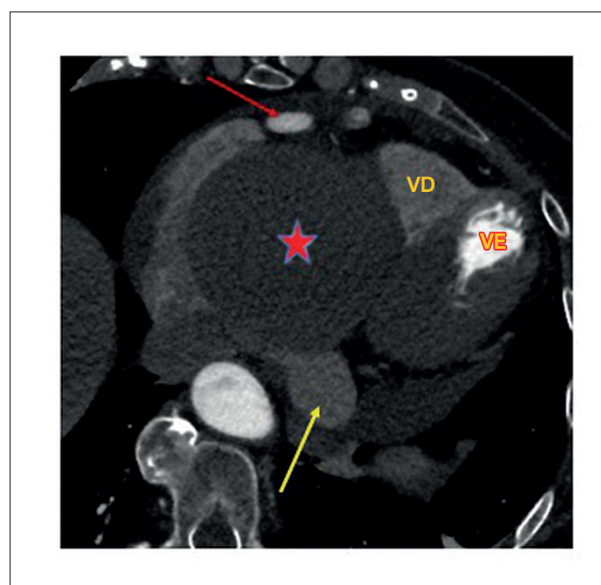


Figura 1 – Corte axial da angiotomografia demonstrando o volumoso aneurisma (estrela vermelha), ectasia da artéria coronária direita (seta vermelha) e seio coronário dilatado comunicando-se com o aneurisma (seta amarela). VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.

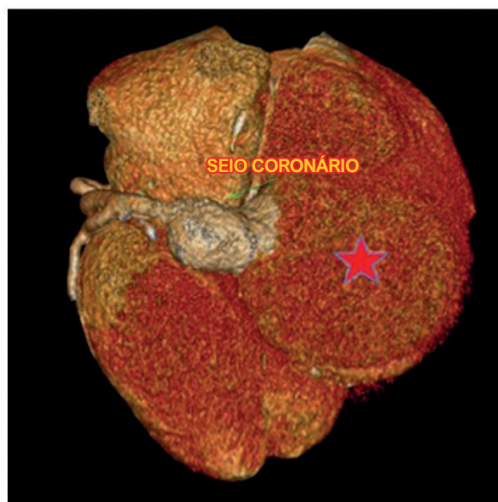


Figura 2 – Reconstrução tridimensional da angiotomografia demonstrando o seio coronário dilatado (seta verde) e o aneurisma gigante de artéria coronária direita (estrela vermelha).

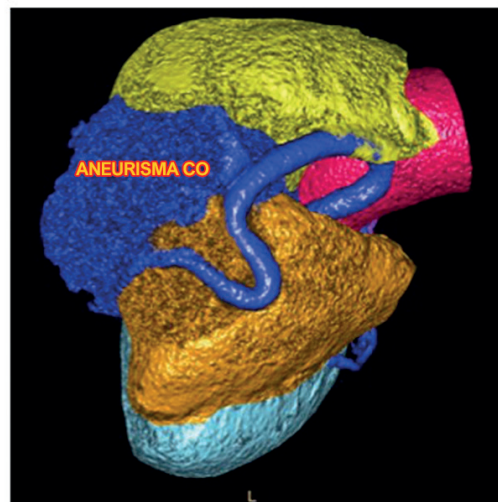


Figura 3 – Reconstrução tridimensional da angiotomografia demonstrando ectasia e o aneurisma gigante de artéria coronária direita. CO: coronário.

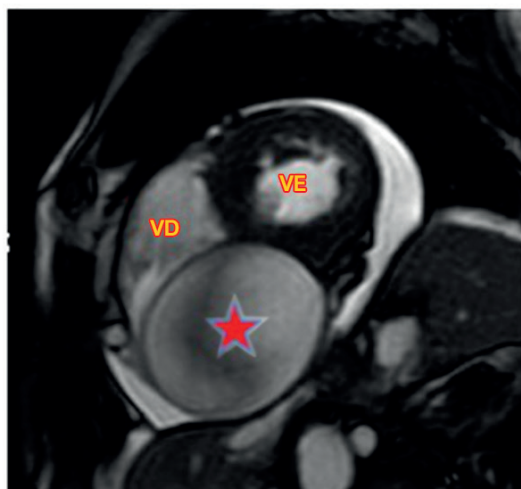


Figura 4 – Ressonância magnética cardíaca corte em eixo curto evidenciando o volumoso aneurisma de artéria coronária direita (estrela vermelha). VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.



Figura 5 – Cineangiogramografia demonstrando artéria coronária direita ectasiada sem evidência de aneurisma no estudo.

coronária direita e a porção proximal das artérias coronárias descendente anterior e circunflexa.⁴

A maioria dos pacientes portadores de AAC tem apresentação clínica assintomática, sendo a detecção um achado incidental durante exames de imagem. Quando sintomáticos, esses aneurismas podem se apresentar como síndromes coronarianas agudas ou mimetizar outras condições, como aneurismas de aorta ascendente ou de tronco pulmonar, cistos pericárdicos, tumores cardíacos e timomas.⁵ Infarto do miocárdio pode ocorrer devido

à isquemia por estado de baixo fluxo, trombose ou embolização distal.⁶ Fístulas entre o aneurisma e alguma câmara cardíaca também são complicações possíveis dependendo do tamanho do saco aneurismático. A associação de AAC com fístula para o seio coronário não é incomum com alguns casos já descritos na literatura.⁷ O diagnóstico é feito por angiotomografia de coronárias ou invasivamente pela angiografia. O manejo clínico pode variar desde a abordagem farmacológica com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários ao manejo endovascular com stents,

Relato de Caso

ou ainda de forma cirúrgica por ressecção e reconstrução com enxerto.⁸

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa e redação do manuscrito: Siqueira MEM; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Dias MI, Uski ACVR, Aguiar Filho LF.

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 artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Referências

1. Swaye PS, Fisher LD, Litwin P, Vignola PA, Judkins MP, Kemp HG, et al. Aneurysmal Coronary Artery Disease. *Circulation*. 1983;67(1):134-8. doi: 10.1161/01.cir.67.1.134.
2. Li D, Wu Q, Sun L, Song Y, Wang W, Pan S, et al. Surgical Treatment of Giant Coronary Artery Aneurysm. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005;130(3):817-21. doi: 10.1016/j.jtcvs.2005.04.004.
3. Jha NK, Ouda HZ, Khan JA, Eising GP, Augustin N. Giant Right Coronary Artery Aneurysm- Case Report and Literature Review. *J Cardiothorac Surg*. 2009;4:18. doi: 10.1186/1749-8090-4-18.
4. Erdöl C, Celik S, Baykan M, Gökçe M, Karahan B, Bayram A. A Coronary Aneurysm Complicated by Acute Myocardial Infarction. A case report. *J Cardiovasc Surg*. 2001;42(1):65-7.
5. Kawsara A, Núñez Gil JJ, Alqahtani F, Moreland J, Rihal CS, Alkhouli M. Management of Coronary Artery Aneurysms. *JACC Cardiovasc Interv*. 2018;11(13):1211-23. doi: 10.1016/j.jcin.2018.02.041.
6. Yoshino S, Minagoe S, Yu B, Kosedo I, Yamashita M, Ishizawa M, et al. Cardiac Tamponade due to Rupture of Coronary Artery Fistula to the Coronary Sinus with Giant Aneurysm of Coronary Artery: Usefulness of Transthoracic Echocardiography. *Heart Vessels*. 2013;28(4):536-40. doi: 10.1007/s00380-012-0279-9.
7. Gala AB, Pope MTB, Leo M, Kelion AD, Bashir Y. Giant Right Coronary Artery Aneurysm and Fistula Into the Coronary Sinus. *Rev Port Cardiol*. 2021;40(6):463-464. doi: 10.1016/j.repce.2021.07.013.
8. Kawsara A, Núñez Gil JJ, Alqahtani F, Moreland J, Rihal CS, Alkhouli M. Management of Coronary Artery Aneurysms. *JACC Cardiovasc Interv*. 2018;11(13):1211-23. doi: 10.1016/j.jcin.2018.02.041.



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