

Aneurisma de Ventrículo Esquerdo Roto e Contido: Um Relato de Caso

Left Ventricular Aneurysm With Contained Rupture

Priscila Nasser de Carvalho,¹ Mariane Higa Shinzato,² Roberto Tadeu Magro Kroll,² Andrea Cunha Cortellazzi,¹ Aloysio Abdo Silva Campos²

Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo Eurycles de Jesus Zerbini,¹ São Paulo, SP – Brasil

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia,² São Paulo, SP – Brasil

Introdução

Aneurismas do ventrículo esquerdo (AVE) e pseudoaneurismas do ventrículo esquerdo (PAVE) são complicações graves decorrentes do infarto transmural do miocárdio. Suas incidências diminuíram consideravelmente com o desenvolvimento da cardiologia intervencionista, considerando a revascularização precoce da artéria coronária comprometida, o que possibilita a prevenção do remodelamento ventricular.¹ O diagnóstico diferencial muitas vezes não é fácil, contudo, deve ser precoce.

AVE ocorrem meses ou anos após o infarto agudo do miocárdio. São formados por área de tecido cicatricial e contêm as três camadas da parede ventricular (endocárdio, miocárdio e pericárdio), sendo sua parede íntegra, podendo conter trombos. Já o PAVE é uma complicação rara que pode ocorrer dias ou meses após o infarto, sendo formado pela parede enfraquecida que se rompe após o infarto, de modo que esta ruptura é contida pelo pericárdio, havendo descontinuidade da borda endocárdica.² Usualmente, AVE são localizados nas regiões apical e anterior, enquanto PAVE se localizam na região pósterio-lateral do ventrículo esquerdo.³

A ressecção cirúrgica do AVE é necessária em casos de angina refratária, insuficiência cardíaca, embolização sistêmica e arritmia refratária.^{2,3} Já os pseudoaneurismas têm elevado risco de ruptura (30% a 45%) e de morte súbita por tamponamento cardíaco. Por isso, o tratamento cirúrgico é recomendado imediatamente após detectado.^{4,5}

A ruptura de um aneurisma verdadeiro do ventrículo esquerdo na fase crônica é um fenômeno incomum.² O objetivo deste estudo foi relatar o caso de um paciente com aneurisma do ventrículo esquerdo que se rompeu, evoluindo com dor torácica e necessidade de cirurgia cardíaca.

Palavras-chave

Infarto do Miocárdio; Aneurisma Cardíaco; Cirurgia Torácica

Correspondência: Priscila Nasser de Carvalho •

Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo Eurycles de Jesus Zerbini, Cardiologia. Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 2651. CEP: 01401-000. São Paulo, SP – Brasil

E-mail: priscila.kroll@htejz.spdm.org.br

Artigo recebido em 30/07/2023; revisado em 19/10/2023;

aceito em 21/11/2023

Editor responsável pela revisão: Daniela do Carmo Rassi Frota

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20230072>

Relato de caso

Paciente masculino, 70 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico e ex-tabagista. Apresentou infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST de parede anterior, sendo submetido à angioplastia da artéria descendente anterior em julho de 2022. Em setembro de 2022, foi admitido em serviço de emergência de hospital geral com quadro de dor torácica ventilatório-dependente e dispneia. Ao exame físico, seu quadro era estável hemodinamicamente.

Devido à presença de volumoso derrame pleural à esquerda na radiografia de tórax, foi realizada toracocentese de alívio com saída de 1000 ml de líquido serohemático. Posteriormente, foi realizada tomografia computadorizada de tórax, que evidenciou colapso parcial do pulmão esquerdo devido ao derrame pleural volumoso, além de pequeno derrame pleural à direita e saculação do ventrículo esquerdo, com focos de gás de permeio em contiguidade com o ápice, sugerindo aneurisma roto contido do ventrículo esquerdo (Figuras 1 e 2). No ecocardiograma transtorácico (Figura 3), pode-se observar imagem aneurismática de grandes proporções em região apical do ventrículo esquerdo com formações móveis, sugerindo a presença de trombo, tendo contiguidade com o saco pericárdico, além de discinesia apical, hipocinesia da parede anterior e disfunção ventricular esquerda importante.

Indicada correção cirúrgica. O paciente foi transferido para hospital terciário, onde foi submetido à reconstrução do ventrículo esquerdo e trombectomia (Figura 4). Evoluiu no pós-operatório com várias intercorrências, inclusive choque cardiogênico e vasoplégico, com necessidade de uso de drogas vasoativas e balão intra-aórtico. Após meses de internação, recebeu alta hospitalar para reabilitação.

Discussão

Aneurismas ventriculares são compostos por uma área de estreitamento em uma região cicatricial do miocárdio que tem um movimento discinético. Na maioria das vezes, são decorrentes da oclusão da artéria descendente anterior em casos em que não há circulação colateral bem desenvolvida.¹ Ocorrem devido à pressão intraventricular que leva à expansão da área necrosada do infarto.^{4,6} Os pacientes geralmente são assintomáticos e, por muitas vezes, são um achado de um ecocardiograma transtorácico (ETT) de rotina.¹

O ETT apresenta uma boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de AVE.¹ A parede mais fina da região do infarto se comunica com o ventrículo através de um colo largo, ao contrário do pseudoaneurisma, em que este colo é estreito.

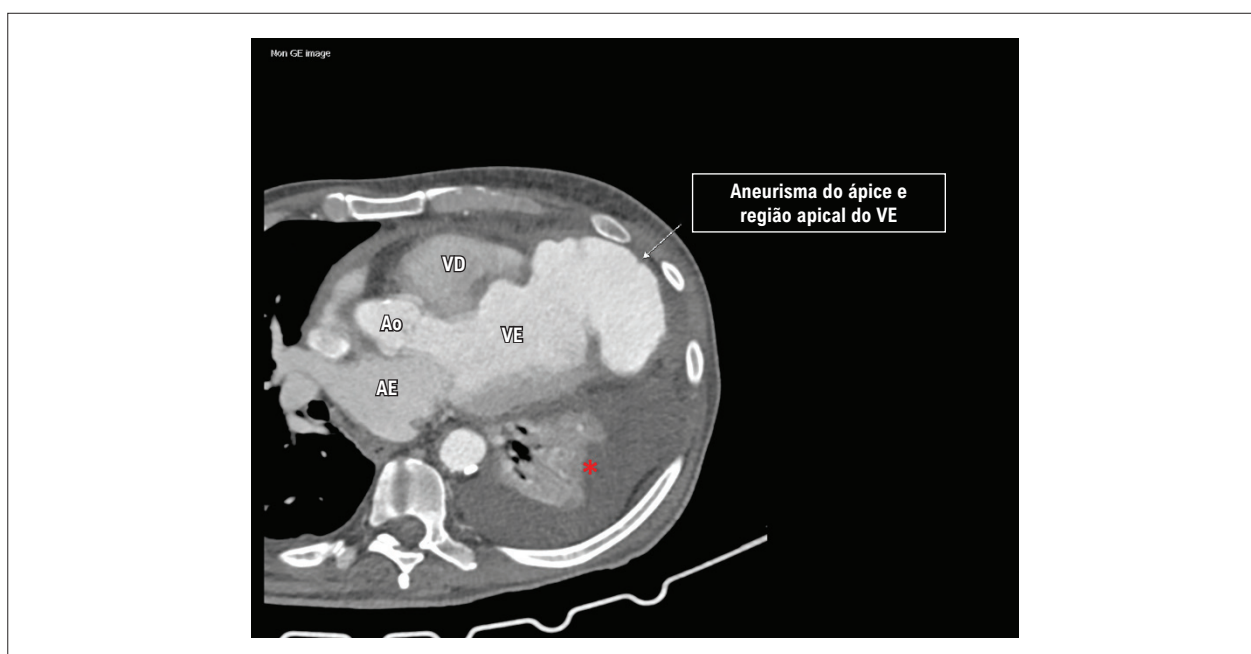


Figura 1 – Imagem tomográfica em eixo longo três câmaras (via de saída do ventrículo esquerdo) demonstrando aneurisma do ápice do ventrículo esquerdo (seta branca). Nota-se também derrame pleural à esquerda com atelectasia compressiva (asterisco vermelho).

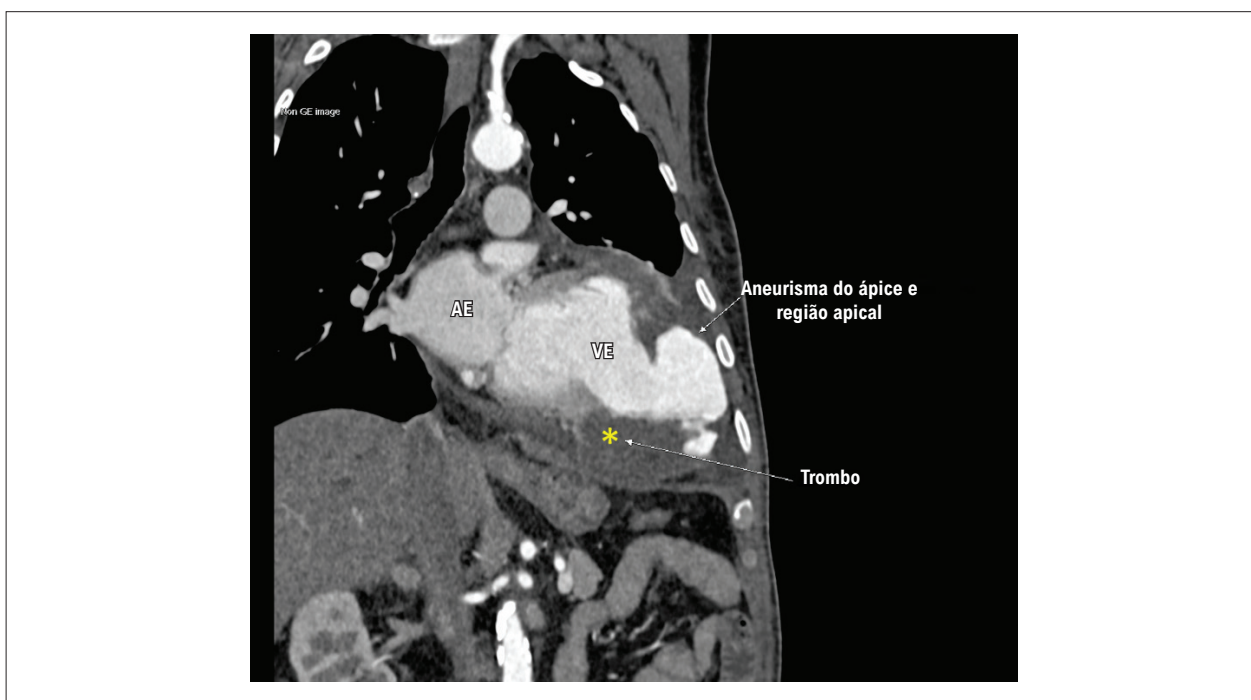
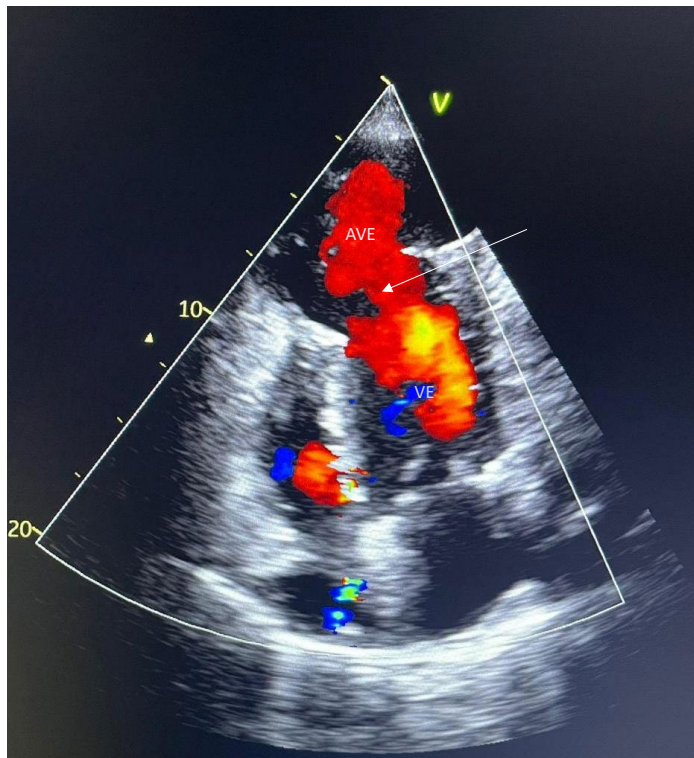


Figura 2 – Imagem tomográfica em eixo longo duas câmaras demonstrando aneurisma do ápice do ventrículo esquerdo (seta branca) parcialmente trombosado (asterisco amarelo).

Contudo, o diagnóstico diferencial entre ambos pode ser difícil, especialmente quando têm uma localização posterior.^{6,7}

A Angiotomografia Computadorizada de Tórax não só confirma os achados ecocardiográficos, como também permite uma descrição bastante acurada da anatomia do ventrículo esquerdo. A espessura fina da parede, as

características anatômicas (expansão regular da cavidade e o pericárdio envolvendo a cicatriz do miocárdio) e a ausência de descontinuidade da parede do endocárdio são sinais característicos do AVE.² Devido à sua melhor resolução espacial, a Tomografia Cardíaca ajuda na visualização de segmentos difíceis de serem avaliados pelo ETT.¹ Por permitir



Concepção e desenho da pesquisa e redação do manuscrito: Carvalho PN, Shinzato MH; obtenção de dados: Carvalho PN, Shinzato MH, Kroll RTM, Cortelazzi AC, Campos AAS; análise e interpretação dos dados: Kroll RTM; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Carvalho PN, Shinzato MH, Kroll

RTM; imagens das tomografias: Shinzato MH; imagem da ecocardiografia (Figura 3): Cortelazzi AC; imagem do intraoperatório: Campos AAS.

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 Brigadeiro UGA V – SP sob o número de protocolo 6/80705. 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.

Referências

1. El Ouazzani J, Jandou I. Aneurysm and Pseudoaneurysm of the Left Ventricle. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;75:103405. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103405.
2. Kumbasar B, Wu KC, Kamel IR, Lima JA, Bluemke DA. Left Ventricular True Aneurysm: Diagnosis of Myocardial Viability Shown on MR Imaging. *AJR Am J Roentgenol*. 2002;179(2):472-4. doi: 10.2214/ajr.179.2.1790472.
3. Pontone G, Andreini D, Ballerini G, Pompilio G, Alamanni F, Nobili E, et al. An Unusual Case of Large Left Ventricular Aneurysm: Complementary Role of Echocardiography and Multidetector Computed Tomography in Surgical Planning. *Eur J Radiol*. 2005;54(2):51-4. doi: 10.1016/j.ejrex.2005.03.010.
4. Habberthuer A, Andreas M, Wiedemann D, Rath C, Kocher A. Giant Lateral Left Ventricular Wall Aneurysm Sparing the Submitral Apparatus. *J Cardiothorac Surg*. 2013;8:201. doi: 10.1186/1749-8090-8-201.
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. Zoffoli G, Mangino D, Venturini A, Terrini A, Asta A, Zanchettin C, et al. Diagnosing Left Ventricular Aneurysm from Pseudo-Aneurysm: A Case Report and a Review in Literature. *J Cardiothorac Surg*. 2009;4:11. doi: 10.1186/1749-8090-4-11.
7. Aguiar J, Barba Mdel M, Gil JA, Caetano J, Ferreira A, Nobre A, et al. Left Ventricular Aneurysm and Differential Diagnosis with Pseudoaneurysm. *Rev Port Cardiol*. 2012;31(6):459-62. doi: 10.1016/j.repc.2012.04.001.



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