

Ectasia de artérias coronárias: causa incomum de infarto do miocárdio

Antonio Américo Friedmann¹

Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

CASO 1

Indivíduo esportista, sem comorbidades e sem fatores de risco cardiovascular, mas muito preocupado com a sua saúde, fazia controles cardiológicos com regularidade e apresentava eletrocardiograma (ECG) de esforço sempre normal. Aos 68 anos apresentou infarto agudo do miocárdio (IAM) com elevação do segmento ST (**Figura 1**). O cateterismo cardíaco (**Figura 2**) revelou coronárias dilatadas e oclusão da artéria coronária direita (ACD) por trombos. Realizada recanalização por trombectomia aspirativa e infusão de trombolítico com sucesso. Repetido cateterismo, verificou-se ACD pérvia. Mantido com anticoagulante e antiagregantes plaquetários, teve boa evolução, sem complicações.

CASO 2

Hipertenso controlado, de 68 anos de idade, sem outros fatores de risco para aterosclerose, medicado com anti-hipertensivos e aspirina preventiva, ao suspender o ácido acetilsalicílico para cirurgia de herniorrafia inguinal, apresentou IAM (**Figura 3**). A angiografia por cateterismo mostrou ectasia das artérias coronárias e obstrução completa da ACD

por trombo. A angioplastia por aspiração do trombo não teve sucesso, mas o paciente evoluiu satisfatoriamente e foi medicado com antiagregantes plaquetários.

CASO 3

Paciente em tratamento de hepatopatia crônica, aos 58 anos teve IAM (**Figura 4**) e o cateterismo cardíaco evidenciou coronárias dilatadas e oclusão da coronária direita por trombo. A angioplastia e a recanalização do trombo tiveram sucesso parcial. Aos 62 anos, teve novo IAM que comprovou a ectasia das artérias e a obstrução proximal da ACD, mas não foi feita a angioplastia. A evolução foi satisfatória. A medicação constou de antiagregantes plaquetários.

DISCUSSÃO

A ectasia de artérias coronárias (EAC) é uma condição cardiovascular caracterizada pela dilatação anormal das artérias coronárias. Esta dilatação é definida como um aumento do diâmetro da artéria que excede em 1,5 vezes o tamanho normal. Difere do aneurisma de artéria coronária, que é uma dilatação localizada.

As causas da ectasia de artérias coronárias são aterosclerose, em cerca de 50% dos casos, vasculites como na doença

¹Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9830-8094>

Editor responsável por esta seção:

Antonio Américo Friedmann. Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência:

R. Itapeva, 574 — 5º andar — São Paulo (SP) — CEP 01332-000
E-mail: aafriedmann@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma; Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 07 de agosto de 2024. Última modificação: 14 de agosto de 2024. Aceite: 07 de agosto de 2024.

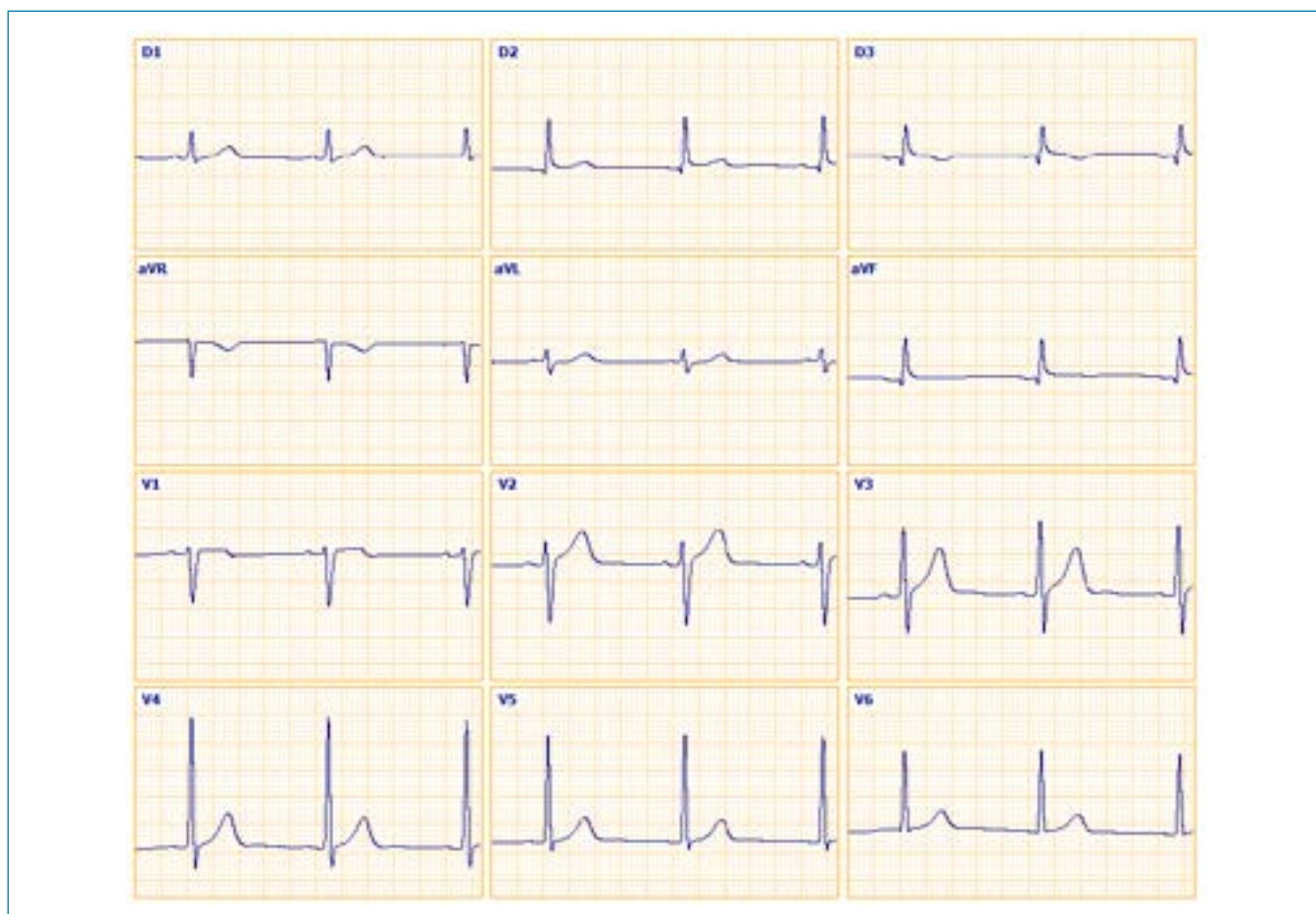


Figura 1. Supradesnivelamento discreto do segmento ST em D2, D3 e aVF.



Figura 2. Ectasia de artérias coronárias e obstrução total por trombo.

de Kawasaki, doenças do tecido conjuntivo como a síndrome de Marfan e a síndrome de Ehlers-Danlos e congênita em menor número.¹

Na aterosclerose pode ocorrer remodelamento positivo (expansão) da parede arterial, devido ao comprometimento da camada média das artérias, como acontece nos aneurismas em geral. Há infiltração da parede do vaso por linfócitos e macrófagos, destruição de elastina e colágeno nas camadas média e adventícia por proteases e perda de células de músculo liso com afinamento da parede arterial.² Na artéria dilatada, o fluxo sanguíneo se torna lento e turbulento, propiciando a formação de trombos e a consequente obstrução do vaso, determinando infarto agudo do miocárdio.

A maioria das pessoas com EAC pode ser assintomática. O diagnóstico é feito por meio de exames de imagem, como: a angiografia coronária durante o cateterismo cardíaco, a tomografia computadorizada cardíaca ou a ressonância magnética cardíaca. Qualquer artéria coronária pode estar comprometida, mas a coronária direita é a mais frequentemente afetada.³

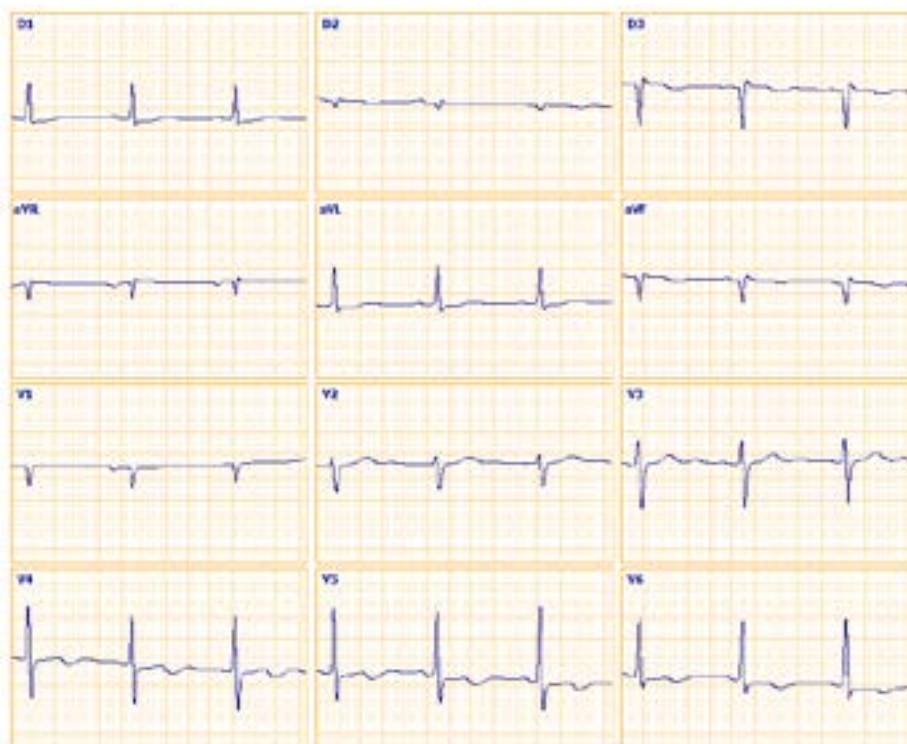


Figura 3. Supradesnivelamento discreto do segmento ST e ondas Q proeminentes nas derivações inferiores. Infradesnível de ST e ondas T negativas de V4 a V6.

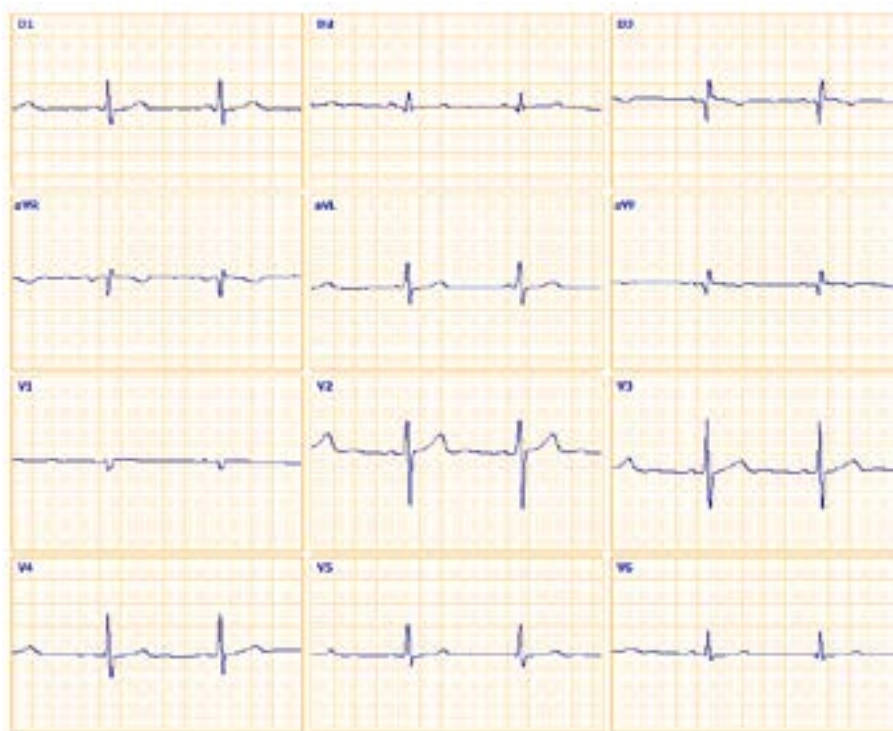


Figura 4. Ondas Q, ST supradesnivelado e ondas T negativas em D3 e aVF.

O tratamento da ectasia de artérias coronárias pode variar dependendo da gravidade e dos sintomas. No infarto agudo, o cateterismo cardíaco, a infusão de trombolíticos e a desobstrução mecânica do trombo são indicados. Na prevenção de recorrência da trombose, o uso de antiagregantes plaquetários é fundamental.⁴

O prognóstico varia conforme a extensão da ectasia e a presença de outras condições cardíacas. Pacientes com EAC têm um risco aumentado de eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio.

É interessante observar que nos 3 casos apresentados não havia evidências de processo aterosclerótico e não apresentavam fatores de risco para doença cardiovascular. O ECG de esforço foi ineficaz para o diagnóstico de doença arterial coronária. O diagnóstico só foi possível durante a síndrome

coronariana aguda confirmada pelo supradesnivelamento do segmento ST no ECG.

CONCLUSÃO

O ECG é um dos critérios fundamentais para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Embora a maioria dos casos de IAM seja decorrente de doença aterosclerótica obstrutiva, há outras condições, como a ectasia de artérias coronárias, que podem predispor a trombose coronária. Nesses casos, o ECG de esforço é pouco eficaz para o diagnóstico. Apenas exames de imagem podem revelar esta anomalia e, quando constatada, a prevenção com antiagregantes plaquetários ou com anticoagulantes é o tratamento de escolha.

REFERÊNCIAS

1. Hartnell GG, Parnell BM, Pridie RB. Coronary artery ectasia. Its prevalence and clinical significance in 4993 patients. *Br Heart J*. 1985;54(4):392-5. PMID: 4052280; <https://doi.org/10.1136/hrt.54.4.392>.
2. Markis JE, Joffe CD, Cohn PF, et al. Clinical significance of coronary arterial ectasia. *Am J Cardiol*. 1976;37(2):217-22. PMID: 1108631. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(76\)90315-5](https://doi.org/10.1016/0002-9149(76)90315-5).
3. Mavrogeni S. Coronary artery ectasia: from diagnosis to treatment. *Hellenic J Cardiol*. 2010;51(2):158-63. PMID: 20378518.
4. Sorrell VL, Davis MJ, Bove AA. Current knowledge and significance of coronary artery ectasia: a chronologic review of the literature, recommendations for treatment, possible etiologies, and future considerations. *Clin Cardiol*. 1998;21(3):157-60. PMID: 9541758; <https://doi.org/10.1002/clc.4960210304>.