

Relato de Caso

Manejo Cirúrgico de Aneurisma da Artéria Coronária Descendente Anterior com Fístula: Um Raro Relato de Caso do Suriname

Rosita Bihariesingh-Sanchit ^{1,*}, Pieter Voigt ², Santosh Gangaram Panday ², Prithvi Lachman ², Zorana Jagernath ³

¹ Department of Anesthesiology, Academic Hospital Paramaribo, Suriname.

² Department of Cardiothoracic Surgery, Academic Hospital Paramaribo, Suriname.

³ Department of Cardiology, Academic Hospital Paramaribo, Suriname.

* Correspondência: bihariesinghr@gmail.com; rbihariesingh@azp.sr.

Resumo: O aneurisma da artéria coronária (AAC) e a fístula da artéria coronária (FAC) são anomalias cardiovasculares raras, e sua ocorrência simultânea é extremamente incomum. Este caso destaca os desafios diagnósticos, terapêuticos e logísticos do manejo de tais anomalias em um cenário de baixos recursos. Apresentamos uma mulher de 56 anos com diabetes, hipertensão e hipotireoidismo que desenvolveu um infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSST) em maio de 2023, quase dois anos após ser diagnosticada com um aneurisma sacular na artéria descendente anterior (DA) proximal (15,5 × 19,2 mm) com duas conexões fistulosas (31,9 mm e 20 mm). A conduta conservadora inicial foi escolhida devido à estabilidade da paciente e às limitações do centro cirúrgico durante a pandemia de COVID-19. Apesar da terapia medicamentosa otimizada, com aspirina 80 mg/dia, clopidogrel 75 mg/dia, sinvastatina 40 mg/dia e bisoprolol 5 mg/dia, a piora dos sintomas levou à reparação cirúrgica de urgência. O aneurisma e as fístulas foram ligados e foi realizado um enxerto de artéria mamária interna esquerda (AMIE) para a DA. As complicações pós-operatórias incluíram congestão pulmonar e pneumonia, ambas tratadas com sucesso. A paciente permanece assintomática no acompanhamento de dois anos. Em anomalias das artérias coronárias anatomicamente complexas, a intervenção cirúrgica pode oferecer uma opção de tratamento definitivo. Nosso caso enfatiza a importância de estratégias adaptáveis e específicas para cada caso na assistência cardiovascular em ambientes com recursos limitados.

Citação: Bihariesingh - Sanchit R, Voigt P, Panday SG, Lachman P, Jagernath Z. Manejo Cirúrgico de Aneurisma da Artéria Coronária Descendente Anterior com Fístula: Um Raro Relato de Caso do Suriname. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06 (1):bjcr109.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr109>

Recebido: 9 Julho 2025

Aceito: 6 Agosto 2025

Publicado: 9 Agosto 2025



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Palavras-chave: Aneurisma da Artéria Coronária; Fístula da Artéria Coronária; Manejo Cirúrgico; NSTEMI; Países de Baixa e Média Renda.

1. Introdução

O aneurisma da artéria coronária (AAC) é definido como uma dilatação focal superior a 50% do diâmetro dos segmentos normais adjacentes [1, 3]. A fístula da artéria coronária (FAC), uma comunicação anormal entre uma artéria coronária e uma câmara cardíaca ou grande vaso, é igualmente rara [4, 5]. A coexistência de AAC com FAC é excepcionalmente incomum e pode levar a isquemia miocárdica, trombose ou ruptura [1, 5, 6, 7]. O manejo ideal ainda é controverso, especialmente em ambientes com recursos limitados [1, 7].

2. Relato de Caso

Uma mulher de 56 anos com diabetes tipo 2, hipertensão e hipotireoidismo apresentou-se em junho de 2021 com palpitações, dispneia classe II-III da NYHA e dor torácica intermitente. O ECG mostrou ritmo sinusal e alterações inespecíficas do segmento ST-T;

o ecocardiograma revelou função sistólica normal. A angiografia coronária identificou um aneurisma sacular (15,5×19,2 mm) da artéria descendente anterior (ADA) proximal com duas conexões fistulosas (31,9 mm e 20 mm) para a ADA e fluxo TIMI II distalmente (Figura 1). Devido à COVID-19 e a restrições de recursos cirúrgicos, a intervenção foi adiada. A paciente foi tratada com aspirina, clopidogrel, sinvastatina e bisoprolol. Em maio de 2023, ela apresentou um NSTEMI (infarto do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST). Os biomarcadores cardíacos estavam elevados, e uma nova angiografia confirmou a persistência das dimensões do aneurisma. Foi indicada intervenção cirúrgica de urgência.

Figura 1. Angiograma coronário pré-operatório da nossa paciente demonstrando o grande aneurisma sacular da ADA e a conexão fistulosa para a aorta (dados próprios; com consentimento da paciente).



2.1 Técnica Cirúrgica

Foi realizada uma esternotomia mediana sob anestesia geral com circulação extracorpórea (CEC). O aneurisma e ambas as fístulas foram ligados (Figura 2). A artéria descendente anterior (ADA) foi ocluída proximal e distalmente ao aneurisma, e foi realizado um enxerto de revascularização da artéria torácica interna esquerda (ATIE) para a ADA. Não foi realizada a ressecção do aneurisma para evitar lesão a estruturas adjacentes.

2.2 Evolução Pós-operatória

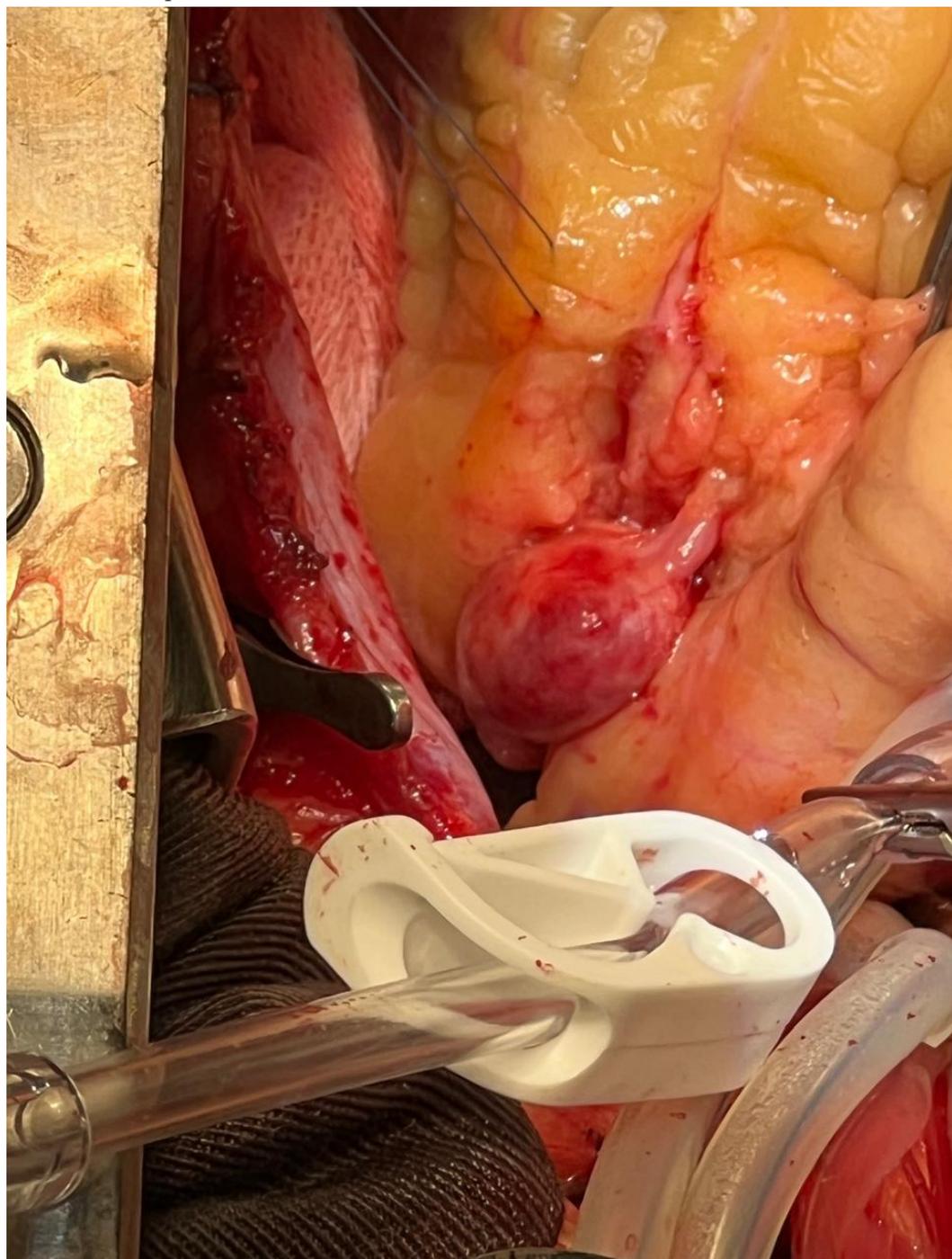
A paciente foi extubada no mesmo dia da cirurgia. A congestão pulmonar, atribuída a alterações volêmicas e comorbidades, foi manejada com diuréticos e ventilação não invasiva. Uma pneumonia do lobo inferior direito foi tratada com ceftriaxona e azitromicina. Ela recebeu alta no 11º dia de pós-operatório. Em dois anos de seguimento, ela permanece assintomática e com função cardíaca preservada.

3. Discussão

O reparo cirúrgico do aneurisma da artéria coronária (AAC), com ou sem fístula da artéria coronária (FAC), está associado a uma excelente sobrevida em longo prazo e alívio dos sintomas, com a maioria dos pacientes permanecendo livre de eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE) entre 5 e 10 anos [1,2]. Em nossa paciente, a ligadura do aneurisma e das fístulas, combinada com a revascularização do miocárdio, eliminou efetivamente o risco de ruptura ou trombose, garantindo a perfusão distal [2,3]. A ligadura é tecnicamente simples e confiável, mas sacrifica o fluxo nativo, enquanto a reconstrução preserva a anatomia, mas apresenta o risco de estenose residual ou recorrência [3]. Em

países de baixa e média renda, o acesso limitado a dispositivos de intervenção e a especialistas muitas vezes favorece o manejo cirúrgico em detrimento do percutâneo [5]. Nossa experiência corrobora essa prática, demonstrando que, mesmo em ambientes com recursos restritos, bons resultados podem ser alcançados com estratégias cirúrgicas adaptadas.

Figura 2. Angiograma coronário pré-operatório da nossa paciente demonstrando o grande aneurisma sacular da ADA e a conexão fistulosa para a aorta (dados próprios; com consentimento da paciente).



Ao decidir entre a intervenção coronária percutânea (ICP) e a cirurgia, diversos fatores devem ser considerados, incluindo o tamanho da lesão, a complexidade, as

comorbidades do paciente e a experiência institucional. A ICP é geralmente preferida para aneurismas e fístulas pequenos e simples em pacientes com baixo risco cirúrgico e boa anatomia coronária, especialmente em centros com fácil acesso a stents recobertos e dispositivos de oclusão [1,5]. Em contraste, lesões grandes, complexas ou múltiplas, ou casos de falha da ICP, são mais adequados para o reparo cirúrgico, que oferece resultados mais definitivos e duradouros [2,7].

Nos últimos anos, novos dispositivos percutâneos foram desenvolvidos, como stents recobertos e dispositivos de oclusão Amplatzer, que melhoraram as taxas de sucesso para fístulas da artéria coronária (FACs) e aneurismas da artéria coronária (AACs) selecionados. Contudo, sua disponibilidade é frequentemente limitada em países de baixa e média renda (PBMR), e os dados de longo prazo sobre sua eficácia em lesões complexas permanecem escassos [4,6]. É também digno de nota que os AACs assintomáticos são cada vez mais descobertos incidentalmente durante a angiografia coronária ou a angiotomografia computadorizada (angio-TC) realizadas por outros motivos. Nesses casos, o manejo é individualizado com base no tamanho do aneurisma, na sua localização, na presença de trombo e nos fatores de risco do paciente, com muitos aneurismas pequenos e assintomáticos sendo manejados de forma conservadora com terapia antiplaquetária e seguimento por imagem [1,5].

Uma revisão sistemática de Kamiya, Yasuda, Nagamine, Shimura, Kanazawa, Uchida e Saito [7], abrangendo 1007 pacientes com AAC e/ou FAC, confirmou que o tratamento cirúrgico resultou em maiores taxas de patência a longo prazo e menores taxas de recorrência do que a intervenção coronária percutânea (ICP) em lesões complexas ou grandes, particularmente em pacientes com fístulas concomitantes. A ICP foi associada a um menor tempo de internação hospitalar e menor morbidade imediata, mas a maiores taxas de reintervenção em casos complexos [7]. Este caso ressalta as complexidades do manejo de anomalias coronárias raras em PBMR. O intervalo de quase dois anos entre o diagnóstico e a cirurgia foi ditado por limitações sistêmicas e pela estabilidade da paciente sob terapia medicamentosa. A morfologia do aneurisma — uma lesão de colo largo perto do primeiro ramo diagonal com fístulas duplas — impediu uma ICP segura, mesmo que os recursos estivessem disponíveis. A cirurgia foi, portanto, tanto uma necessidade quanto a modalidade de preferência.

4. Conclusões

Este caso reforça a ligadura cirúrgica e a revascularização como uma opção viável para o AAC da artéria descendente anterior (ADA) com FAC quando a intervenção percutânea é impraticável. Diagnóstico oportuno, vigilância contínua e adaptabilidade às restrições sistêmicas são vitais. O relato mais amplo de casos semelhantes é essencial para orientar o cuidado futuro em países de baixa e média renda.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o paciente aprovou o estudo ao assinar um termo de consentimento informado, e que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinki.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Kawsara A, Núñez Gil IJ, Alqahtani F, Moreland J, Rihal CS, Alkhouli M. Management of coronary artery aneurysms. *JACC Cardiovasc Interv.* 2018;11(13):1211-23. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2018.04.003>.
2. Li D, Wu Q, Sun L, Song Y, Wang W, Pan S, et al. Surgical treatment of giant coronary artery aneurysm. *J Card Surg.* 2017;32(11):767-71. <https://doi.org/10.1111/jocs.13172>.

3. Swaye PS, Fisher LD, Litwin P, Vignola PA, Judkins MP, Kemp HG, et al. Aneurysmal coronary artery disease. *Curr Cardiol Rev.* 2016;12(2):123-30. <https://doi.org/10.2174/1573403x12666160516103604>.
4. Latson LA. Coronary artery fistula: How to manage them. *Tex Heart Inst J.* 2017;44(2):130-2. <https://doi.org/10.14503/THIJ-17-6275>.
5. Syed M, Lesch M. Coronary artery fistula: A review. *Arch Cardiovasc Dis.* 2020;113(1):47-53. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2019.09.002>.
6. Güvenç TS, Tutar HE, Şaşmaz A, Erer D. Left anterior descending coronary artery compressed by a giant coronary fistula aneurysm: A case report. *Eur Heart J Case Rep.* 2019;3(1):ytz002. <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytz002>.
7. Kamiya H, Yasuda T, Nagamine H, Shimura T, Kanazawa T, Uchida T, et al. Systematic review of 1007 patients with coronary artery aneurysm and fistula (2002–2021): Outcomes of surgical versus percutaneous treatment. *Ann Thorac Surg.* 2022;114(3):982-90. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2022.03.046>.