

Dissecção Coronária Espontânea Recorrente: Quando a Estratégia Conservadora Falha

Miguel Bernardino Antunes Vicente ^{1, 2, #, *}, Roger Dopico ³, Luis Mariano ², Humberto Morais ^{4, 5, #}, Paula Matadi ⁶, Elizabeth Banzanga ^{2, #}, Domingos Ramos ¹

¹ Departamento de Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

² Centro Cardiovascular e Torácico, Clínica Girassol, Luanda, Angola.

³ Departamento de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Hospital Carlos J. Finlay, Havana, Cuba.

⁴ Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED), Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

⁵ Hospital Militar Principal / Instituto Superior, Luanda, Angola.

⁶ Pesquisador independente, Luanda, Angola.

Os autores são membros do GPEC (Grupo de Pesquisa e Escrita Científica Brasil-África).

* Correspondence: miguelantunesv@gmail.com.

Citação: Vicente MBA, Dopico R, Mariano L, Morais H, Matadi P, Banzanga E, Ramos D. Dissecção Coronária Espontânea Recorrente: Quando a Estratégia Conservadora Falha. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr82.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr82>

Recebido: 25 Março 2025

Aceito: 19 Abril 2025

Publicado: 22 Abril 2025



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

Resumo: Não aplicável.

Palavras-chave: Doença Arterial Coronariana; Dissecção Coronária Espontânea; Síndrome Coronariana Aguda.

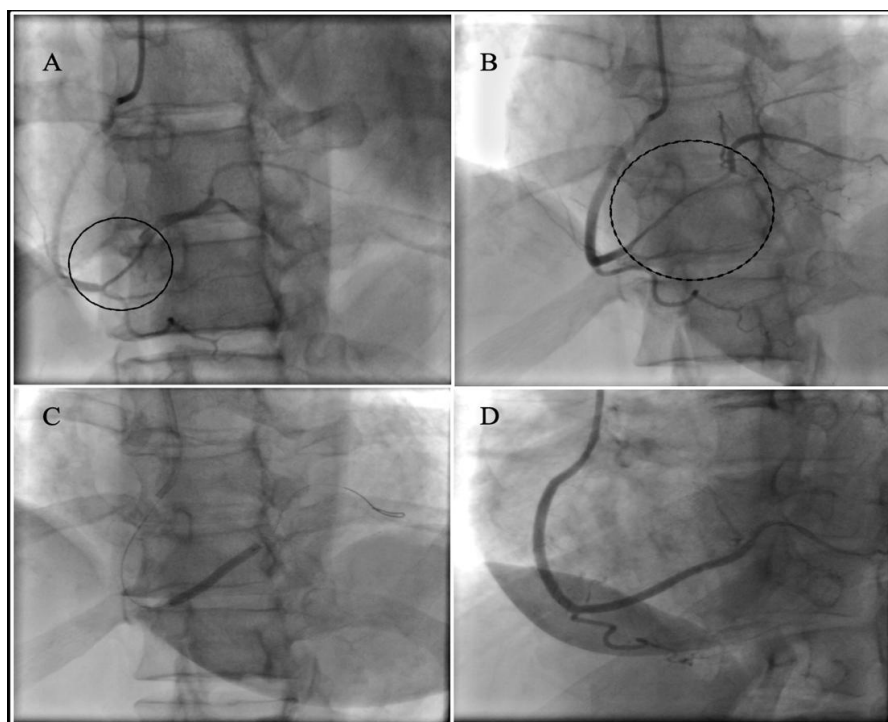


Figura 1. Angiografia coronariana. A. Dissecção coronária espontânea da artéria coronária direita (seta). B. Extensão da dissecção, tipo 2 (seta). C. Intervenção coronária percutânea, implante direto

de dois stents farmacológicos. D. Restabelecimento do fluxo TIMI III após a angioplastia. E. Ritmo sinusal, FC: 75 bpm, eixo elétrico normal, supra do segmento ST nas paredes inferior e ântero-lateral baixa, infra de ST ântero-septal, bloqueio atrioventricular de primeiro grau.

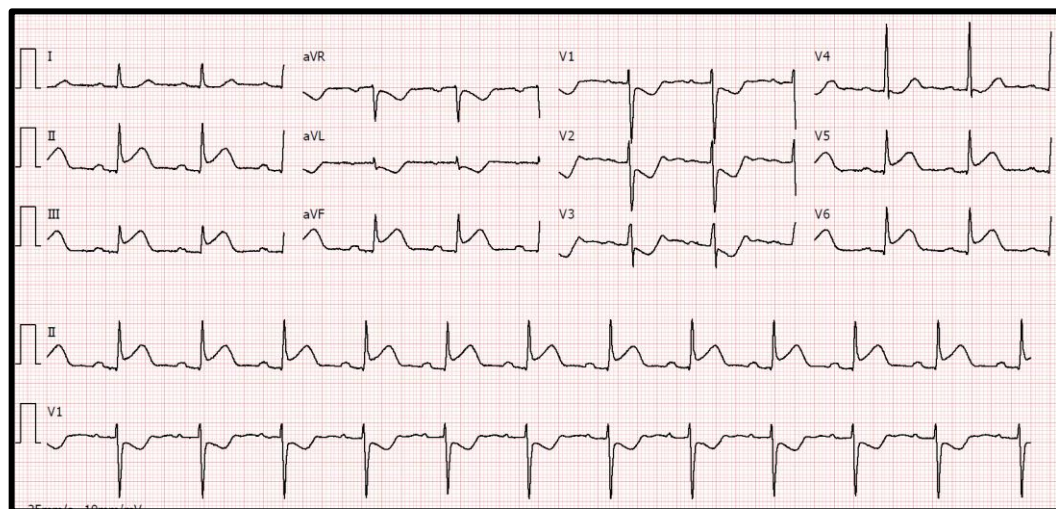


Figura 1. (Continuação).

Uma mulher de 45 anos, com dislipidemia e sem outros fatores de risco cardiovascular conhecidos, previamente autônoma em suas atividades diárias, deu entrada no departamento de emergência com dor torácica moderada, de início súbito e agravamento progressivo nas últimas duas horas. A dor não irradiava, aumentava com o esforço físico e vinha acompanhada de sensação de falta de ar. O eletrocardiograma não mostrou alterações isquêmicas, e a troponina ultrasensível apresentou leve elevação. Diante do agravamento da dor, foi realizada uma angiografia coronariana que revelou dissecção coronária espontânea (DCE) da artéria coronária direita (Figura 1A).

Inicialmente, adotou-se uma conduta conservadora, e a paciente recebeu alta após dois dias. No entanto, no 21º dia após a alta, retornou ao serviço de emergência com dor torácica mais intensa do que aquela que motivara sua internação anterior por dissecção coronária. Ela também apresentava ansiedade, dispneia e sensação de desmaio. O eletrocardiograma mostrou ritmo sinusal, FC: 75 bpm, eixo elétrico normal, supradesnívelamento do segmento ST nas paredes inferior e ântero-lateral baixa, infradesnívelamento ântero-septal e bloqueio atrioventricular de primeiro grau (Figura 1E). A troponina I ultrasensível encontrava-se elevada: 218,3 ng/mL (valor de referência: 0,0–0,056). Diante das alterações eletrocardiográficas, dor persistente e elevação da troponina, realizou-se nova angiografia coronariana, que demonstrou progressão da dissecção coronária anterior de tipo 3 para tipo 2, com extensão para o ramo pósterio-lateral, resultando em estenose de 90% (Figura 1B).

Foi realizada angioplastia com o uso de ultrassom intracoronário. Durante o procedimento, implantou-se um stent farmacológico (Xience Alpine 2,5 mm × 38 mm), com subobstrução utilizando balão de 3,0 mm × 30 mm (Figuras 1C e 1D). Devido à má expansão do stent proximal, em área tortuosa e com fluxo TIMI reduzido, foi necessário implantar um novo stent (Xience Alpine 2,75 mm × 12 mm) em posição mais proximal, com sobreposição, restabelecendo com sucesso o fluxo TIMI grau III. A paciente recebeu alta cinco dias depois, em uso de dupla antiagregação plaquetária com Ácido Acetilsalicílico 100 mg e Ticagrelor 90 mg, além de Atorvastatina 40 mg, Ezetimiba 10 mg e Bisoprolol 2,5 mg. No retorno ambulatorial, um mês após a alta, não foram registrados novos eventos ou sintomas sugestivos, permanecendo em acompanhamento ambulatorial cardiológico e em investigação etiológica para possíveis causas subjacentes.

A dissecção coronária espontânea, descrita em 1931 por Harold Pretty¹, apresenta uma taxa de recorrência de aproximadamente 27% no primeiro ano, especialmente quando associada à hipertensão, tortuosidade coronária, displasia fibromuscular, predisposição à manobra de Valsalva, histórico de enxaquecas e leitos coronarianos previamente comprometidos². Trata-se de uma causa infrequente, não aterosclerótica e não traumática de infarto agudo do miocárdio tipo 2 e de morte súbita, frequentemente relatada em mulheres de baixo risco cardiovascular na fase reprodutiva, principalmente com menos de 50 anos, com prevalência descrita entre 87% e 95% [3,4].

Duas hipóteses explicam a fisiopatologia da dissecção coronária: a primeira, denominada “dissecção de dentro para fora” (inside-out), postula que o sangue penetra no espaço subintimal do lúmen verdadeiro após a ruptura da camada endotelial-intimal. A segunda, chamada “dissecção de fora para dentro” (outside-in), sugere que o hematoma se forma na camada média em decorrência da ruptura de microvasos transversais. Ambas levam à obstrução variável do lúmen verdadeiro e podem ocorrer em novo território coronário ou por extensão de dissecção pré-existente, impactando no desequilíbrio entre oferta e demanda de nutrientes para os cardiomiócitos [2-4].

Avanços na imagem diagnóstica, como a angiografia coronariana, tomografia de coerência óptica, ultrassonografia intracoronária e ressonância magnética cardíaca, têm contribuído para o aumento da detecção ante morte [2,5]. A estratégia conservadora é recomendada em pacientes hemodinamicamente estáveis, visto que 95% das dissecções cicatrizam espontaneamente dentro de 30 dias. Por outro lado, a intervenção coronariana percutânea (ICP) e a cirurgia de revascularização do miocárdio são essenciais nos casos de choque cardiogênico, arritmias ventriculares, isquemia persistente, obstrução do tronco coronário, anatomia coronariana complexa e dor torácica recorrente [2,4,5].

Atualmente, não há ensaios clínicos randomizados sobre o tratamento farmacológico após DCE. Um estudo recente demonstrou que os betabloqueadores reduzem a recorrência de DCE em 64%. Anticoagulantes foram associados ao risco de progressão da dissecção, e as estatinas são recomendadas apenas na presença de dislipidemia [2,3,5,6]. A paciente, inicialmente tratada de forma conservadora, apresentou recorrência da dissecção e instabilidade hemodinâmica, provavelmente devido à extensão da dissecção anterior. Durante a internação, permaneceu estável, sem complicações.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

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

Referências

1. Pretty HC. Dissecting aneurysm of coronary artery in a woman aged 42: rupture. *BMJ*. 1931; 1:667.
2. Saw J, Starovoytov A, Aymong E, Inohara T, Alfadhel M, McAlister C. et al. Canadian Spontaneous Coronary Artery Dissection Cohort Study: 3-Year Outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2022 Oct 25;80(17):1585-1597. doi: 10.1016/j.jacc.2022.08.759. PMID: 36265953.
3. Vicente M, Zenzela D, Ramos D, Gonçalves L. Spontaneous Coronary Dissection in Late Puerperium: What Now? Case Report. *Braz J Case Rep*. 2024;5(1):bjcr9.https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr9.
4. Hayes SN, Tweet MS, Adlam D, Kim ES, Gulati R, Price JE, Rose CH. Spontaneous coronary artery dissection: A contemporary review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(8):961-984.https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.084.
5. Patail H, Sharma T, Aronow W, Haidry SA. Current challenges in treatment and management of spontaneous coronary artery dissection. *Hosp Pract (1995)*. 2023 Oct;51(4):192-198. doi: 10.1080/21548331.2023.2268012. Epub 2023 Nov 16. PMID: 37803492.
6. Yip A, Saw J. Spontaneous coronary artery dissection - A review. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2015 Feb;5(1):37-48. doi: 10.3978/j.issn.2223-3652.2015.01.08. PMID: 25774346; PMCID: PMC4329168.