

Relato Caso

Dissecção coronária espontânea no Puerpério tardio: e agora? Relato de caso

Miguel Vicente ^{1,2,*}, Dinis Zenzela ^{2,3}, Domingos Ramos ², Lino Gonçalves ²

¹ Clínica Girassol, Luanda, Angola.

² Serviço de Cardiologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.

³ Clínica Sagrada Esperança, Luanda, Angola.

* Correspondência: miguelantunesv@gmail.com.

Resumo: A dissecção coronária espontânea é uma infrequente causa de síndrome coronária aguda não aterosclerótica ou iatrogênica, diagnosticada maioritariamente na fase reprodutiva de mulheres menores de 50 anos geralmente sem fatores de riscos cardiovascular associados. Vários factores estão na base da sua ocorrência, desde doenças do tecido conjuntivo a estresse emocional intenso, onde a displasia fibromuscular é entidade nosológica comumente associada. A coronariografia representa o exame preferencial para o diagnóstico e a estratégia conservadora é a frequentemente recomendada principalmente em contextos estáveis, reservando a estratégia invasiva como a revascularização cirúrgica ou intervencionismo coronário percutâneo em situações clínicas mais complexas com arritmias graves, dissecções envolvendo tronco da coronária esquerda dentre outras. Apresentamos o caso de uma puérpera sem risco cardiovascular conhecidos, diagnosticada com dissecção coronária espontânea no puerpério tardio de gestação gemelar de desfecho fatal.

Palavras-chave: Dissecção arterial; Puerpério; Síndrome Coronária Aguda.

Citação: Vicente M, Zenzela D, Ramos D, Gonçalves L. Dissecção coronária espontânea no Puerpério tardio: e agora? Relato de caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr9.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr9>

Recebido: 8 Junho 2024

Aceito: 7 Julho 2024

Publicado: 10 Julho 2024



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

1. Introdução

A Dissecção coronária espontânea (DCE) é uma condição infrequente e a causa de síndrome coronária aguda (SCA) não aterosclerótica mais comum (43%) no período gravídico-puerperal, com uma frequência cinco vezes maior em relação as mulheres menores de 50 anos não grávidas [1]. É definida como a separação não traumática ou iatrogênica das camadas íntima/média das artérias coronárias com ou sem ruptura [2], explicadas com base a dois mecanismos fisiopatológicos como: hemorragia causada por ruptura de vasa vasorum nessas camadas, favorecendo a criação de um falso lúmen e formação de hematoma intramural que comprime a verdadeira luz arterial, impactando na redução do fluxo sanguíneo coronário, facto que culmina em isquemia e/ou lesão miocárdica, estando associada a maior potencial fatal descrito durante a gestação [3].

Estima-se que a ocorrência dessa entidade nosológica seja aproximadamente 1/3, com uma taxa de mortalidade de cerca de 8% em dez anos [4]. Dentre os diversos fatores que sustentam sua patogênese, destacam-se as doenças do tecido conjuntivo, onde a displasia fibromuscular tem sido relacionada com maior predisposição nesse grupo de doentes [4], acometendo maioritariamente puérperas (69,6%), especialmente aquelas hipertensas crónicas, com história de enxaquecas e depressão pós-parto [5]. Seu quadro clínico é variável (desde precordialgia leve à morte cardíaca súbita), e seu entendimento até os dias de hoje passou por inúmeros diagnósticos feito *post-mortem*, facto que implicou em melhores

registros até então [2, 6]. A maior conscientização e a evolução nos meios diagnósticos têm impactado satisfatoriamente na abordagem invasiva precoce por meio de coronariografia em doentes com quadro clínico sugestivo [2]. Os estudos sobre essa temática [3, 7, 8] têm sugerido cada vez mais, a estratégia conservadora como a preferencial, reservando a revascularização percutânea e cirúrgica do miocárdio às doentes de alto risco iminente de morte [3, 8].

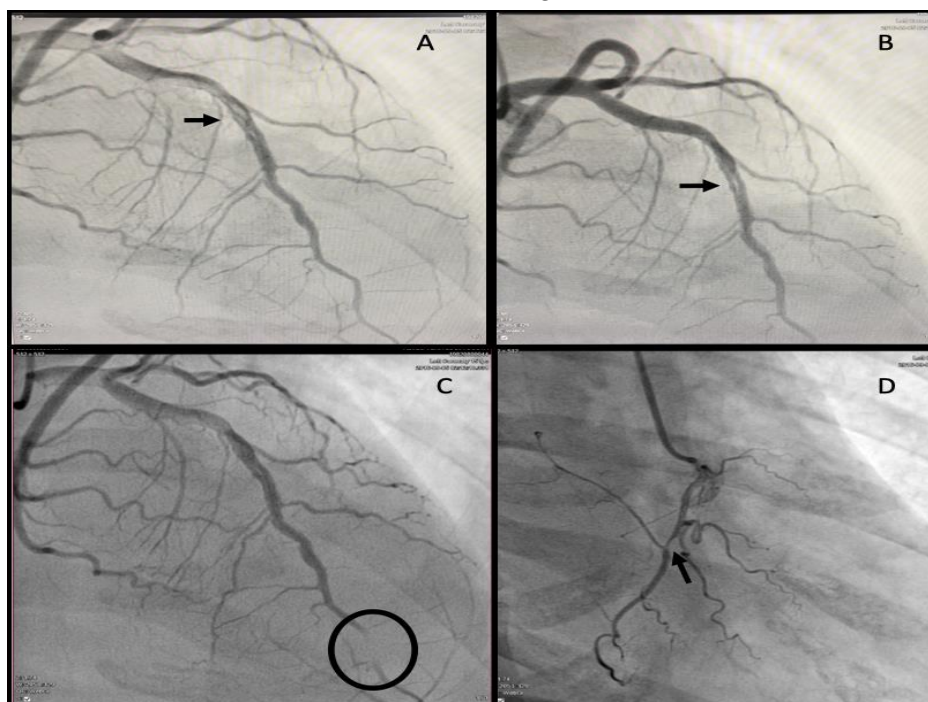
Os autores descrevem o caso de uma mulher de 42 anos, no puerpério tardio de gestação gemelar complicada de parto cesariana, diagnosticada com dissecção coronária espontânea e tratada de forma conservadora com êxito.

2. Relato de Caso

Mulher de 42 anos, sem fatores de risco cardiovasculares conhecidos, nega história de dor precordial prévia, doença do tecido conjuntivo ou inflamação sistêmica. No puerpério tardio de uma gestação gemelar complicada por uma morte fetal *in* útero e óbito neonatal precoce ao 3º dia após cesariana em 2019, a paciente procurou o Serviço de Urgência por dor precordial opressiva com 2 horas de evolução, irradiando para o ombro esquerdo, acompanhada de sudorese intensa e mal-estar geral. Apresentava-se ansiosa, com pressão arterial de 116/68 mmHg, frequência cardíaca de 86 bpm e saturação de oxigênio de 95%. Ausculta pulmonares e cardíacas normais.

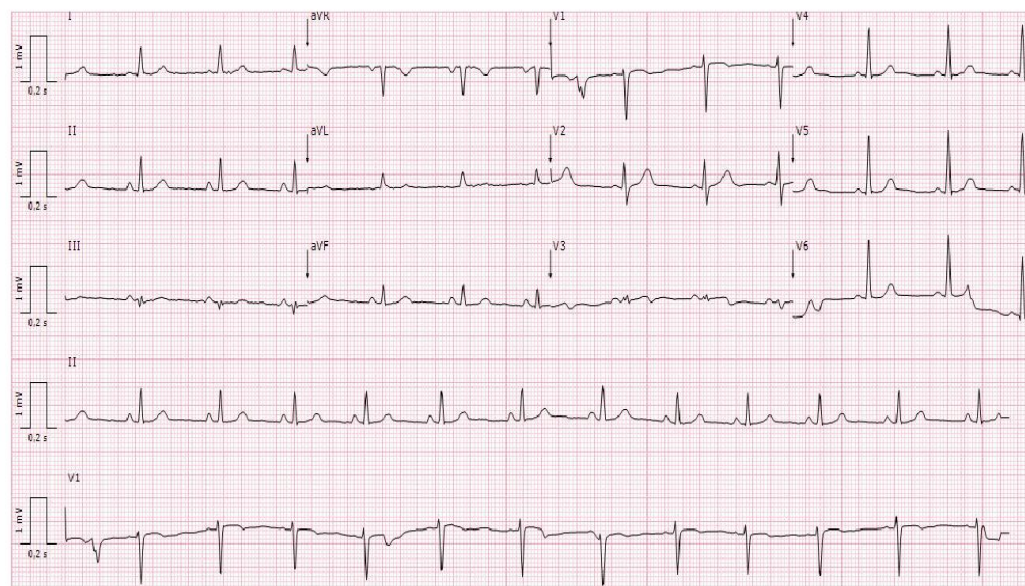
O eletrocardiograma revelou supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior, mas devido a uma falha do sistema informático, o registro ficou indisponível, permanecendo apenas a anotação escrita. A troponina I estava em 187,9 ng/mL (valor de referência: 0.0-0.056). A paciente foi encaminhada ao laboratório de hemodinâmica, onde realizou coronariografia via artéria radial direita com introdutor 6F, dose de Rx (uGy/m²) de 2122,7 e tempo de fluoroscopia de 2,21 minutos, evidenciando defeito de preenchimento luminal no segmento médio da artéria coronária esquerda e trajeto intramiocárdico no segmento distal (Figuras 1A a 1C). A coronária direita tipo B1 apresentava vaso de pequeno calibre, lesão de 90% no segmento médio, TIMI 3 (Figura 1D, seta), anatomia coronária não complexa, confirmando dissecção coronária esquerda. Dada a estabilidade clínica da puérpera e o baixo risco de complicação, decidiu-se por uma abordagem conservadora, e medicada com Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100 mg e Bisoprolol 2,5 mg.

Figura 1. Coronariografia. A e B. Dissecção coronária. C. Trajeto intramiocárdico em segmento-distal. D. Coronária direita lesão de 90% segmento-médio (seta).



Durante o internamento, sem intercorrências, foram solicitados exames laboratoriais para investigar as causas do diagnóstico: anticorpos anti-C-ANCA, anti-P-ANCA, anti-xANCA, dosagem de anticorpos anticardiolipinas IgG e IgM, anticorpos anti-B2-GPI IgG e IgM, teste de triagem para lúpus e fator reumatoide, todos negativos. O colesterol total foi de 153 mg/dL, LDL-c 74,6 mg/dL e triglicerídeos 97 mg/dL. A paciente recebeu alta hospitalar no 5º dia. Durante o seguimento ambulatorial de coronariopatias, os ecocardiogramas anuais mostraram inicialmente variações na fração de ejeção (2020: 59%; 2021: 50%; 2022: 49%) sem clínica sugestiva de insuficiência cardíaca. Foi solicitada angiografia de radionuclídeos que revelou uma fração de ejeção de 61% em 2024, com eletrocardiograma mostrando ritmo sinusal, frequência cardíaca de 75 bpm, sem alterações sugestivas de isquemia (Figura 2). Desde então, a paciente permanece assintomática e foi dada alta por melhora, sem necessidade de repetir a coronariografia. Recomendada a evitar situações de estresse emocional ou físico intenso.

Figura 2. Ritmo sinusal, frequência cardíaca de 75 bpm, sem alterações isquêmicas.



3. Discussão

O primeiro caso de DCE foi descrito *post-mortem* por Harold Pretty há quase um século [9]. Apesar de vários casos já terem sido publicados, o diagnóstico, tratamento invasivo ou conservador e o seguimento dessa condição representaram, por muito tempo, um verdadeiro desafio para médicos em geral e até para cardiologistas experientes [2, 4]. A displasia fibromuscular é comumente relatada como tendo forte associação com DCE nesse grupo de pacientes [7]. Outras condições que predispoem a lesões do leito arterial coronário incluem múltiplas gestações, doenças inflamatórias sistêmicas, doenças do tecido conjuntivo, consumo de drogas simpaticomiméticas, exercício físico intenso e manobra de Valsalva, espasmos coronários, fatores hormonais, estresse cardiocirculatório e emocional intenso associado ou não ao estado depressivo pós-parto, e enfraquecimento da parede do vaso, que condicionam a ruptura de *vasa vasorum*, favorecendo as dissecções [4].

No presente caso, houve uma grande probabilidade de que a DCE tenha sido precipitada por um momento de estresse emocional intenso, considerando a história e o estado puerperal depressivo da paciente, uma vez que não havia relatos de outros fatores de risco que predispuessem a tal síndrome coronária aguda não aterosclerótica. O diagnóstico e a intervenção precoce adequada têm impactos notáveis na sobrevivência das pacientes e do feto. Esse caso serve de alerta para os profissionais de saúde menos experientes para

suspeitarem de DCE em mulheres em idade fértil com dor precordial, pois o desfecho favorável ou não dependerá do grau de suspeição e do tratamento individualizado [4, 8].

A coronariografia é o método invasivo recomendado para o diagnóstico inicial de DCE, permitindo classificar os diferentes tipos de dissecções de acordo com o sistema *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI), em tipos A a F, onde: A: Pequena radiolucência no lúmen da coronária, sem persistência do contraste; B: Vias paralelas ou lúmen duplo separado por área radiolucente durante a angiografia, sem persistência do contraste; C: Capa extra-luminal com persistência de contraste; D: Defeitos de preenchimento luminal em espiral; E: Defeitos de preenchimento novos e persistentes; F: Dissecção com oclusão total [10].

A paciente do caso em questão apresentou DCE da artéria descendente anterior, comumente relatada em diversos casos [2, 4], enquadrando-se na classificação tipo D, que foi abordada de forma conservadora. Essa estratégia é frequentemente recomendada (desde que os pacientes sejam de baixo risco e hemodinamicamente estáveis) por vários estudos, pois há evidências da resolução espontânea da dissecção em cerca de 95% dos casos após 30 dias do evento coronário, com desfechos favoráveis [10]. O intervencionismo coronário percutâneo e a revascularização cirúrgica do miocárdio são reservados para pacientes com complicações hemodinâmicas importantes como choque cardiogênico, arritmias ventriculares, sinais de isquemia persistente, oclusão coronária aguda que acometem o tronco [8], bem como para pacientes com anatomia coronária complexa de alto risco, dor precordial recorrente e limitante ou isquemia em testes não invasivos durante o seguimento ambulatorial [7, 10].

Não existem ensaios clínicos randomizados que abordem o manejo da DCE tanto na fase aguda quanto na fase de manutenção, deixando a abordagem medicamentosa baseada em opiniões de especialistas [6, 7, 11]. Entretanto, considerando o baixo risco de efeitos colaterais e sangramento, além da sua abrangência evidente na prevenção secundária, a Aspirina é frequentemente utilizada no tratamento da DCE, embora sua associação com Clopidogrel tenha benefícios incertos [6], sendo indicada em casos de angioplastia com Stent [11]. Dos poucos estudos existentes, sugere-se que a utilização rotineira de anticoagulantes e antitrombóticos aumenta o risco de extensão da dissecção coronária, ruptura e tamponamento cardíaco, estando associados, na maioria dos casos, à deterioração clínica e necessidade de intervenção [6]. Os beta-bloqueadores são recomendados por auxiliarem na redução do estresse de cisalhamento da parede íntima arterial coronária, teoricamente reduzindo a área de dissecção [7]. A adição de inibidores da enzima conversora de angiotensina e antagonistas da aldosterona é recomendada em casos de disfunção sistólica pós-DCE [11]. As estatinas são recomendadas apenas se houver dislipidemia [6, 7]. A paciente foi internada para tratamento e estudo de possível etiologia, além da avaliação do risco precoce de extensão e/ou recorrência da dissecção.

Este caso nos permite repensar a estratégia de abordagem e seguimento pós-alta de DCE sem a necessidade de recorrer a exames invasivos para confirmar a resolução da dissecção, uma vez que mais de 95% dos casos têm cura espontânea após 30 dias do evento. A paciente manteve-se estável e sem queixas de foro cardiovascular durante o seguimento em consulta externa de coronariopatias, motivando sua alta por melhora.

4. Conclusão

É importante que haja um elevado grau de suspeição por parte dos médicos sobre a dor precordial em mulheres no período gravídico-puerperal, pois o diagnóstico precoce e tratamento correto individualizado, tem impactos positivos nesse grupo de pacientes, onde o seguimento conservador é recomendado desde que estejam hemodinamicamente estáveis.

Financiamento: Nenhum.

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

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referência

1. Vera Regitz-Zagrosek, Jolien W Roos-Hesslink, Johann Bauersachs, Carina Blomström-Lundqvist, Renata Cífková, Michele De Bonis, Bernard Iung, Mark Richard Johnson, Ulrich Kintscher, Peter Kranke, Irene Marthe Lang, Joao Morais, Petronella G Pieper, Patrizia Presbitero, Susanna Price, Giuseppe M C Rosano, Ute Seeland, Tommaso Simoncini, Lorna Swan, Carole A Warnes, ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018 Sep 7;39(34):3165-3241. doi: 10.1093/eurheartj/ehy340.
2. Antunes Vicente MB, Luis Mariano de Lima Domingos, Roger Ravelo Dopico, Gelson Rodrigues Pereira, Tomás Mendés Carlos Peralta. Spontaneous coronary dissection and acute myocardial infarction in the puerperium: a real challenge for the interventional cardiologist. *Braz J Case Rep*. 2021;1(3):95-102. doi: 10.52600/2763-583X.bjcr.2021.1.3.95-102.
3. Alvarado T, García-Guimaraes M, Nogales JM, Jimenez-Kockar M, Macaya F, Alfonso F. Spontaneous Coronary Artery Dissection: Are There Differences between Men and Women? *Arq Bras Cardiol*. 2023 Jan 9;120(1). doi: 10.36660/abc.20210550. PMID: 36629596; PMCID: PMC9833275.
4. de Barros Manhaes E, Gomes WF, Bezerra CG, Horta PE, da Gama MN, Cesar LA, Neto PA. Spontaneous coronary artery dissection: therapeutic approach and outcomes of a consecutive series of cases. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2014;22(1):32-35.
5. Faden MS, Bottega N, Benjamin A, Brown R. A nationwide evaluation of spontaneous coronary artery dissection in pregnancy and the puerperium. *Heart*. 2016;102:1974-1979. Available at: <https://heart.bmj.com/content/102/24/1974>.
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.
7. Aziz S. Dissecção espontânea da artéria coronária. *E-Journal Cardiol Pract*. 2017;14(38). Available at: <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-14/spontaneous-coronary-artery-dissection>.
8. Hassan S, Prakash R, Starovoytov A, Saw J. Natural History of Spontaneous Coronary Artery Dissection With Spontaneous Angiographic Healing. *JACC Cardiovasc Interv*. 2019 Mar 25;12(6):518-527. doi: 10.1016/j.jcin.2018.12.011. Epub 2019 Feb 27. PMID: 30826233.
9. Pretty HC. Dissecting aneurysm of coronary artery in a woman aged 42: rupture. *BMJ*. 1931;1:667.
10. Dash D, Mody R, Ahmed N, Thejus J, Malan SR, Mody B. Tratamento de complicações durante intervenção coronariana percutânea: avaliação da situação atual. *J Transcat Intervent*. 2022;30. doi: 10.31160/JOTCI202230A202202.
11. Parekh JD, Chauhan S, Porter JL. Coronary Artery Dissection. 2023 Jun 19. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 29083832.