Artéria coronária direita de origem anômala

Autores: Cristiane Perlingeiro Cormack, Larissa Neto Espíndola, Dominique Costa Schmid, Daniela de Souza Vilela, Enilda Meire dos Santos, Marcelle Leitao Gomes, Gabriela Marcal Bebiano, Fernanda Albano, Marcelo Sávio de Almeida Ferreira, Claudia Cristina Morais

Hospital Unimed Rio – Contato: cristiane.perlingeiro@unimedrioempreendimentos.com.br

Introdução

A origem da artéria coronária direita (ACD) em outro seio que não o habitual constitui rara causa de anomalia congênita, com um importante potencial de morte súbita cardíaca (MSC).

Relato de caso

Paciente masculino, 32 anos, procurou unidade de emergência com dor precordial em aperto irradiando-se para região escapular esquerda (E), forte intensidade, sem relação com esforço ou stress emocional, associada a dispnéia. Relatava 04 episódios semelhantes no último ano. Eletrocardiograma (ECG) da admissão sem isquemia aguda. Melhora após nitrato sublingual. Marcadores de necrose miocárdica negativos. Ecocardiograma sem déficits segmentares. Realizada angiotomografia de coronárias que evidenciou anomalia de origem da ACD no seio de Valsalva E, com íntimo contato com a artéria pulmonar (AP), determinando redução luminal moderada a importante em repouso. Submetido a cirurgia com abertura de neo-óstio na aorta e reimplante da ACD no seio de Valsalva direito. Procedimento sem intercorrências.

Figura 1: Angiotomografia de coronária - Seta mostrando a artéria coronária direita

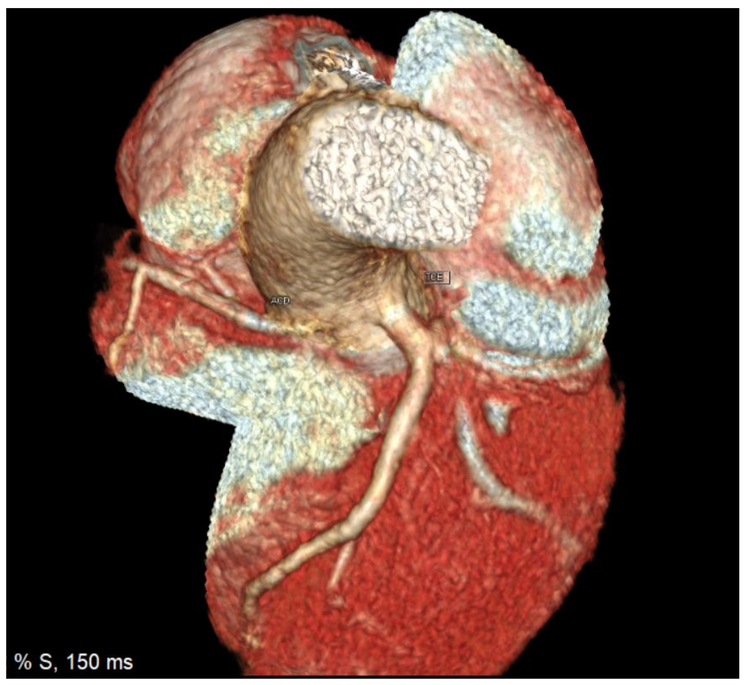

Figura 2: Angiotomografia de coronária mostrando a artéria coronária direita emergindo do seio aórtico.

Discussão

A origem anômala da artéria coronária no seio aórtico oposto é rara, com incidência estimada em 0,05 a 0,1% para a ACD originando-se do seio aórtico E. Observa-se alto risco de MSC, geralmente decorrente de isquemia miocárdica em surtos cumulativos, que resultam em fibroses esparsas do miocárdio, predispondo a arritmias letais em função de substrato eletricamente instável. Admite-se haver compressão mecânica da artéria anômala entre os troncos da AP e aorta durante o esforço, acentuando a obstrução coronariana. A apresentação clínica mais comum é a síncope e dor torácica ao exercício. Quando do diagnóstico, a prática de exercícios deve ser proibida e a correção cirúrgica programada. O tratamento cirúrgico consiste em reconstrução ou descompressão do trajeto, reimplante de coronária em seio coronariano adequado ou revascularização do miocárdio. O uso de técnicas endovasculares com implante de *stents* é controverso. O diagnóstico clínico ainda é um desafio, pois os pacientes podem ser assintomáticos por grande parte da vida e o primeiro sintoma pode ser um infarto do miocárdio ou MSC no exercício. Os estudos mostram que em pacientes submetidos a avaliação para atividades físicas de lazer ou competição os exames de ECG e teste ergométrico têm pouca probabilidade de evidenciar isquemia e sintomas como dor torácica e síncope nesta população devem ser apropriadamente investigados para exclusão dessas anomalias.