

Ponte miocárdica: relato de caso

Amanda Pires Machado; João Ozório Rodrigues Neto

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA

Introdução:

Ponte miocárdica é uma patologia cardíaca decorrente do trajeto intramiocárdico de uma artéria coronária que, fisiologicamente, deveria estar localizada no epicárdio. Essa anomalia congênita, após décadas de estudos, foi demonstrada em 1960 através de uma angiografia (ESTEVES et al., 2010). O conhecimento de tal anomalia é de grande importância para a clínica médica, pois a maioria dos casos foram associados com angina, isquemia do miocárdio, arritmias e morte súbita; sendo estes, distúrbios com grande incidência na população anualmente (BARROS, 2013). O tema escolhido para o desenvolvimento do artigo é o relato de caso de um portador de ponte miocárdica, uma patologia cardiológica crônica relativamente comum na população. Essa anomalia pode gerar sintomas desconfortáveis na vida dos pacientes, sendo diagnosticada, atualmente, por meio da cineangiocoronariografia, ou cateterismo cardíaco. A partir disso, será abordada toda a história clínica do portador, para melhor compreensão da coronariopatia (PEREIRA et al., 2010).

Relato de caso

Identificação: GCM, 43 anos, sexo masculino, branco, casado, metalúrgico.

Queixa Principal: “Cansaço e dor no peito em fisgadas.”

HDA: Há 8 meses com dores no peito que começou em forma de fisgadas, eram pulsantes durante os episódios que duravam alguns minutos. Relacionada aos esforços, como subir escadas, jogar bola e esteira. A dor cessava conforme a falta de ar passava. Foi levado ao hospital com uma crise de dor forte que não cessava, após ter praticado exercícios durante 30 min. Após algum tempo a dor passou a ter caráter constritivo, localizada exclusivamente na região inframamária esquerda. Nega uso de medicamentos.

HPP: Refere cirurgia de hérnia inguinal aos 15 anos. Pré-hipertenso. Nega DM.

HF: Mãe hipertensa. Tio falecido com câncer.

HS: Nega tabagismo e alcoolismo. Relata dormir pouco e sono inconstante. Vacinação em dia.

Exames Complementares: Exame de sangue revelando hipertrigliceridemia. Eletrocardiograma normal em ritmo sinusal, sem alterações. FC = 64bpm.

Cineangiocoronariografia: Artéria coronária descendente anterior de bom calibre apresentando bom aspecto parietal, com trajeto intra-miocárdico no início do terço distal que proporciona obstrução sistólica significativa. Demais artérias sem alterações com bom calibre.

MAPA: Mostrou comportamento anormal da PA caracterizado pelo aumento da pressão arterial sistólica e diastólica no período da vigília/sono.

Conduta terapêutica: Losartana 50mg e AAS quando ocorrer crises de dor precordial.

Discussão do caso

A Ponte Miocárdica é formada quando um ou mais feixes do miocárdio atravessam ou abraçam uma fração da artéria coronária epicárdica. Essa patologia é decorrente de uma falha no desenvolvimento simultâneo de ramos das artérias coronárias e do miocárdio, sendo a artéria descendente anterior a mais acometida na maioria dos casos diagnosticados. Geralmente os médicos suspeitam primeiro de Doença Arterial Coronariana (DAC), o principal diagnóstico diferencial de ponte miocárdica, e depois o diagnóstico é confirmado através da cineangiocoronariografia. No caso relatado, a suspeita de DAC de fato ocorreu, principalmente devido ao exame de sangue apresentando hipertrigliceridemia, o que representa um fator de risco para a formação de placas ateroscleróticas. Quando presentes nas coronárias, esses ateromas podem gerar sintomas semelhantes aos apresentados pelo paciente. A cineangiocoronariografia é um exame invasivo, realizado por médicos cardiologistas com atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, podendo ser feito de forma eletiva ou emergencial. Para a realização deste procedimento o paciente é anestesiado e, através da punção de uma artéria periférica, introduz um cateter longo que vai até o coração. Com isso o cateter é posicionado nas artérias coronárias, onde é injetado um contraste que permite a visualização de possíveis obstruções dos vasos sanguíneos coronarianos, sendo possível quantificar e qualificar tal anormalidade. Durante o exame angiográfico, é característico da anomalia uma redução do diâmetro da artéria coronária epicárdica durante a sístole,

que permanece reduzida durante a diástole. Desta forma, o fluxo sanguíneo coronariano pode ficar limitado quando há um aumento na demanda por oxigênio, o que é perceptível na história clínica do paciente, quando este relata ter dores no peito relacionado aos esforços. Neste contexto o diagnóstico está confirmado.

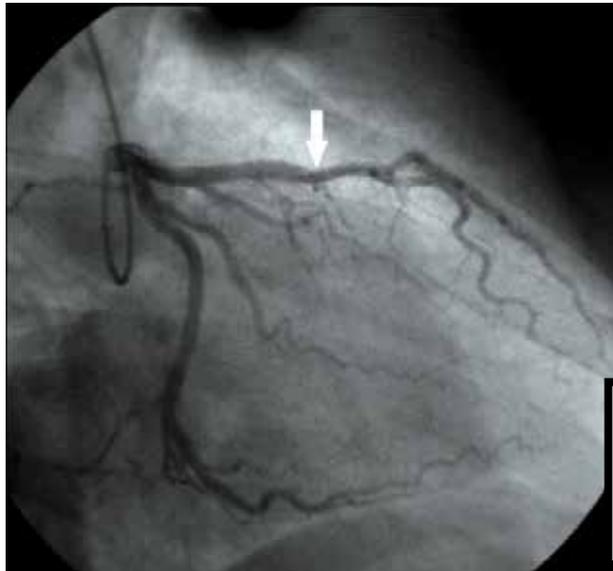


Figura 1: Exame angiográfico do paciente relatado demonstrando ponte

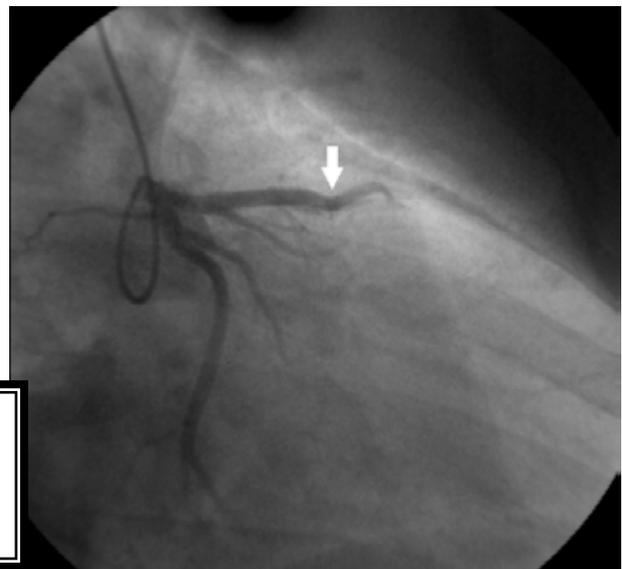


Figura 2: Exame angiográfico do paciente relatado demonstrando ponte

O fenômeno de constrição sistólica da artéria acometida pode gerar uma sintomatologia com intensidade variando de acordo com a espessura, o número, a localização e o comprimento da ponte miocárdica. A angina de peito típica ou atípica é a principal forma de manifestação, mas também pode ser através de arritmias cardíacas, IAM e morte súbita. O tratamento medicamentoso pode ser feito com o uso de agentes bloqueadores, antagonistas do canal de cálcio, antiagregantes plaquetários e/ou nitratos; porém a melhora clínica não é garantida, e com isso

determinados pacientes têm indicação para intervenção cirúrgica. Os medicamentos utilizados podem promover os seguintes efeitos:

- Agentes bloqueadores de receptores adrenérgicos ou bloqueadores de canal de cálcio: são utilizados como agentes cronotrópicos e inotrópicos negativos, desta forma há um aumento do tempo diastólico e redução da contratilidade e da compressão sistólica do vaso.
- Antiplaquetário: usados na sintomatologia da ponte miocárdica, com efeitos analgésico, anti-inflamatório e anti-trombótico.
- Nitrato: proporcionam alívio da dor anginosa por meio de dilatação das artérias coronárias e, portanto, pelo aumento do fluxo sanguíneo coronariano. Porém, é necessário utilizá-lo com cautela, pois, após o seu efeito, há uma piora no grau de estreitamento sistólico da artéria coronária, podendo agravar os sintomas.

A escolha terapêutica para o paciente estudado foi a Losartana em uso diário, trata-se de um antagonista do receptor da angiotensina com eficácia anti-hipertensiva. Com isso, foi possível controlar a pressão do paciente, para que pudessem ser evitados eventos hipertensivos que gerassem sintomatologia isquêmica. Além disso, foi indicado o AAS quando ocorressem episódios de dor precordial, desta forma, o antiplaquetário ajudaria no alívio dos sintomas de isquemia miocárdica. O tratamento medicamentoso é a conduta mais indicada para os pacientes sintomáticos. Intervenções cirúrgicas são reservadas para os casos que não respondem de forma satisfatória aos medicamentos. As opções cirúrgicas para os casos de ponte miocárdica são: colocação de stent, miotomia ou revascularização do miocárdio com anastomoses da artéria mamária interna na artéria descendente anterior esquerda. A escolha do procedimento cirúrgico é feita pelo médico cardiologista, que deve avaliar o caso e decidir conforme a necessidade do paciente. Atualmente, a angioplastia para a colocação de stent é a técnica hemodinâmica mais utilizada, pois se trata de uma cirurgia de pequeno porte com pouca chance de complicação quando comparada as demais intervenções cirúrgicas.

Conclusão

A Ponte Miocárdica é uma anomalia congênita com um prognóstico geralmente bom, mesmo quando é necessária a intervenção cirúrgica, tem uma prevalência que varia

entre 0,5 a 4,5% na angiografia coronariana (BARROS, 2013). Apesar de ter sido cogitada, após o diagnóstico a colocação de stent não foi indicada pelo cardiologista no caso relatado, pois o paciente teve uma boa resposta clínica ao tratamento medicamentoso. Mesmo sendo uma patologia relativamente comum, a Ponte Miocárdica é pouco diagnosticada, pois apenas uma minoria dos portadores são sintomáticos. Além disso, os sintomas desta patologia não são específicos e, com isso, inúmeros diagnósticos diferenciais podem ser feitos, como doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio e estenose aórtica. Por isso, além das informações obtidas com o exame físico cardiovascular, é importante que o médico se atente para o quadro clínico do paciente, os fatores de risco que ele apresenta, e que solicite exames complementares necessários. Desta forma, é possível obter um diagnóstico fidedigno e conduzir uma melhor conduta terapêutica.

Referências bibliográficas:

BARROS, Marcio Vinicius Lins et al. Avaliação da Ponte Miocárdica pela Angiotomografia das Coronárias. **Revista Brasileira de Ecocardiografia e Imagem Cardiovascular**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p.8-15, 2013.

ESTEVES, Vinicius et al. Infarto Agudo do Miocárdio Associado a Ponte Miocárdica: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, p.468-472, dez. 2010.

CHANSKY, Moris; PEREZ, Adriana Regina; LIMA, Nilo. Infarto agudo do miocárdio em adulto jovem, portador de ponte miocárdica e artérias coronárias normais: Relato de Caso. **Einstein**, São Paulo, v. 2, n. 3, p.212-215, 2004.

PEREIRA, Aline Braz et al. Ponte Miocárdica: Evolução Clínica e Terapêutica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Florianópolis, v. 94, n. 2, p.188-194, 2010.

NIU, Yu-jun et al. Clinical value of the correlations of mural coronary artery compression extent with myocardial bridge length and thickness evaluated by 128-slice CT. **Experimental And Therapeutic Medicine**, China, v. 5, n. , p.848-852, 2013.

LIN, Shin et al. A Novel Stress Echocardiography Pattern for Myocardial Bridge With Invasive Structural and Hemodynamic Correlation. **Journal Of The American Heart Association**, Stanford, abr. 2013. p. 1-11. Disponível em: <<http://jaha.ahajournals.org/content/2/2/e000097>>. Acesso em: 20/05/2013.

IUCHI, Ami et al. Association of variance in anatomical elements of myocardial bridge with coronary atherosclerosis. **Atherosclerosis**, Tokyo, v. 227, n. 1, p.153-158, mar. 2013.