

# UNIVERSIDADE SANTO AMARO

## Curso de Medicina

### Declaração de entrega do Trabalho de Conclusão de Curso

Declaro que o trabalho intitulado: Relato de caso: Dissecções coronarianas múltiplas espontâneas em puérpera, em hospital privado de São Paulo, Brasil, realizado pela aluna Daniele Silva Pontes, está apto para entrega, apresentação e avaliação das bancas nomeadas.

  
**Dr. Carlos Gatti**  
Diretor de Ensino  
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia  
*Dr. Carlos Gatti*  
Cardiologista  
CRM 49185

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador do Trabalho

**UNIVERSIDADE SANTO AMARO**

**Curso de Medicina**

**Daniele Silva Pontes**

**RELATO DE CASO: DISSECÇÕES CORONARIANAS MÚLTIPLAS  
ESPONTÂNEAS EM PUÉRPERA, EM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO  
PAULO, BRASIL**

**São Paulo**

**2023**

**Daniele Silva Pontes**

**RELATO DE CASO: DISSECÇÕES CORONARIANAS MÚLTIPLAS  
ESPONTÂNEAS EM PUÉRPERA, EM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO  
PAULO, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Medicina da Universidade Santo  
Amaro – UNISA, como requisito parcial para  
obtenção do título Bacharel em Medicina.  
Orientador: Prof. Dr. Carlos Gun.

**São Paulo  
2023**

**Daniele Silva Pontes**

**RELATO DE CASO: DISSECÇÕES CORONARIANAS MÚLTIPLAS  
ESPONTÂNEAS EM PUÉRPERA, EM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO  
PAULO, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Gun.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. Carlos Gun

Orientador

Prof. Me. Henrique Mantoan

Avaliador

Prof. Ma. Clara Rodrigues

Avaliador

**Conceito Final**

---

## RESUMO

Daniele Silva Pontes, Carlos Gun. *Relato de caso: Dissecções coronarianas múltiplas espontâneas em puérpera, em hospital privado de São Paulo, Brasil.* [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, 2023.

**INTRODUÇÃO:** A dissecção espontânea da artéria coronária (DEAC) é uma entidade clínica rara que frequentemente se apresenta como síndrome coronariana aguda (SCA). A DEAC é descrita como a ruptura das camadas que compõem a parede arterial não associada à aterosclerose, trauma ou intervenção médica. Sua etiologia é pouco compreendida, mas muitos autores sugerem que ela é considerada a principal causa de infarto agudo do miocárdio entre as gestantes. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso à partir da análise de um prontuário de paciente atendida no hospital privado Hospital e Maternidade Sepaco, localizado em São Paulo, no ano de 2023. Este trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A apresentação clínica de DEAC é frequentemente semelhante à da síndrome coronariana aguda (SCA), dificultando a diferenciação na primeira apresentação. As enzimas cardíacas são elevadas como na SCA e não há biomarcadores específicos para o diagnóstico de DEAC. As manifestações podem abranger um amplo espectro de sinais e sintomas e o diagnóstico é baseado em exames como cineangiocoronariografia, padrão-ouro. A taxa de mortalidade é alta e o tratamento varia com base na gravidade e no número de artérias afetadas. A intervenção coronária percutânea é preferida em casos de dissecção coronária espontânea única, e os betabloqueadores desempenham um papel importante no tratamento. **CONCLUSÃO:** A DEAC é uma condição médica potencialmente fatal, frequentemente confundida com a SCA devido aos sintomas semelhantes. Afeta principalmente mulheres jovens, muitas vezes após o parto, sem fatores de risco para doença coronária, tornando o diagnóstico precoce e a intervenção adequada de extrema importância para a sobrevivência do paciente.

**Palavras-chave:** Dissecção coronariana. Síndromes coronarianas agudas. Gravidez. Dissecção espontânea da artéria coronariana. Mulher.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) is a rare clinical entity that often presents as acute coronary syndrome (ACS). SCAD is described as the rupture of the layers that make up the arterial wall not associated with atherosclerosis, trauma, or medical intervention. Its etiology is poorly understood, but many authors suggest that it is considered the main cause of acute myocardial infarction among pregnant women. **METHODOLOGY:** This is a case report based on the analysis of a patient's medical record treated at the private hospital Hospital e Maternidade Sepaco, located in São Paulo, in 2023. This study was previously approved by the Research Ethics Committee of Santo Amaro University. **RESULTS AND DISCUSSION:** The clinical presentation of SCAD is often like that of acute coronary syndrome (ACS), making differentiation at the initial presentation challenging. Cardiac enzymes are elevated as in ACS, and there are no specific biomarkers for the diagnosis of SCAD. Manifestations can encompass a wide spectrum of signs and symptoms, and the diagnosis is based on examinations such as coronary angiography, the gold standard. The mortality rate is high, and treatment varies based on severity and the number of affected arteries. Percutaneous coronary intervention is preferred in cases of single spontaneous coronary dissection and beta-blockers play an important role in treatment. **CONCLUSION:** SCAD is a potentially life-threatening medical condition often mistaken for ACS due to similar symptoms. It primarily affects young women, often postpartum, with no risk factors for coronary disease, making early diagnosis and appropriate intervention of utmost importance for the patient's survival.

**Keywords:** Coronary dissection. Acute coronary syndromes. Pregnancy. Spontaneous dissection of the coronary artery. Woman.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
1.1 Artérias coronárias e o coração .....	9
1.2 Dissecção espontânea de coronária .....	9
1.3 Dissecção espontânea de coronária e estado gravídico/puerperal.....	10
1.4 Fatores de risco .....	10
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
2.1 Desenho do estudo .....	11
2.2 Variáveis analisadas .....	11
2.3 Apresentação do caso .....	11
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>12</b>
3.1 Relato do caso .....	12
3.2 Análise da evolução clínica e comparação .....	14
<b>4 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>18</b>

# **RELATO DE CASO: DISSECÇÕES CORONARIANAS MÚLTIPLAS ESPONTÂNEAS EM PUÉRPERA, EM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO PAULO, BRASIL**

## **CASE REPORT: SPONTANEOUS MULTIPLE CORONARY DISSECTIONS IN A PUERPERAL WOMAN IN A PRIVATE HOSPITAL IN SÃO PAULO, BRAZIL**

PONTES, Daniele Silva<sup>1</sup>

GUN, Carlos<sup>2</sup>

### **RESUMO**

A dissecção espontânea da artéria coronária (DEAC) é uma entidade clínica rara que frequentemente se apresenta como síndrome coronariana aguda (SCA). A DEAC é descrita como a ruptura das camadas que compõem a parede arterial não associada à aterosclerose, trauma ou intervenção médica. Sua etiologia é pouco compreendida, mas muitos autores sugerem que ela é considerada a principal causa de infarto agudo do miocárdio entre as gestantes. Trata-se de um relato de caso à partir da análise de um prontuário de paciente atendida no hospital privado Hospital e Maternidade Sepaco, localizado em São Paulo, no ano de 2023. Este trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro. A apresentação clínica de DEAC é frequentemente semelhante à da síndrome coronariana aguda (SCA), dificultando a diferenciação na primeira apresentação. As enzimas cardíacas são elevadas como na SCA e não há biomarcadores específicos para o diagnóstico de DEAC. As manifestações podem abranger um amplo espectro de sinais e sintomas e o diagnóstico é baseado em exames como cineangiocoronariografia, padrão-ouro. A taxa de mortalidade é alta e o tratamento varia com base na gravidade e no número de artérias afetadas. A intervenção coronária percutânea é preferida em casos de dissecção coronária espontânea única, e os betabloqueadores desempenham um papel importante no tratamento. A DEAC é

---

<sup>1</sup> Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. [ndaniele@estudante.unisa.br](mailto:ndaniele@estudante.unisa.br)

<sup>2</sup> Professor Orientador. Titulação, Universidade Santo Amaro-SP. [cgun@uol.com.br](mailto:cgun@uol.com.br)

uma condição médica potencialmente fatal, frequentemente confundida com a SCA devido a sintomas semelhantes. Afeta principalmente mulheres jovens, muitas vezes após o parto, sem fatores de risco para doença coronária, tornando o diagnóstico precoce e a intervenção adequada de extrema importância para a sobrevivência do paciente.

**Palavras-chave:** Dissecção coronariana. Síndromes coronarianas agudas. Gravidez. Dissecção espontânea da artéria coronariana. Mulher.

## **ABSTRACT**

Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) is a rare clinical entity that often presents as acute coronary syndrome (ACS). SCAD is described as the rupture of the layers that make up the arterial wall not associated with atherosclerosis, trauma, or medical intervention. Its etiology is poorly understood, but many authors suggest that it is considered the main cause of acute myocardial infarction among pregnant women. This is a case report based on the analysis of a patient's medical record treated at the private hospital Hospital e Maternidade Sepaco, located in São Paulo, in 2023. This study was previously approved by the Research Ethics Committee of Santo Amaro University. The clinical presentation of SCAD is often like that of acute coronary syndrome (ACS), making differentiation at the initial presentation challenging. Cardiac enzymes are elevated as in ACS, and there are no specific biomarkers for the diagnosis of SCAD. Manifestations can encompass a wide spectrum of signs and symptoms, and the diagnosis is based on examinations such as coronary angiography, the gold standard. The mortality rate is high, and treatment varies based on severity and the number of affected arteries. Percutaneous coronary intervention is preferred in cases of single spontaneous coronary dissection and beta-blockers play an important role in treatment. SCAD is a potentially life-threatening medical condition often mistaken for ACS due to similar symptoms. It primarily affects young women, often postpartum, with no risk factors for coronary disease, making early diagnosis and appropriate intervention of utmost importance for the patient's survival.

**Keywords:** Coronary dissection. Acute coronary syndromes. Pregnancy. Spontaneous dissection of the coronary artery. Woman.

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Artérias coronárias e o coração**

As artérias coronárias são responsáveis por fornecer sangue ao próprio coração. Essas artérias e suas ramificações fornecem sangue rico em oxigênio à maior parte do músculo cardíaco e emergem dos primeiros ramos da artéria aorta, logo acima do plano valvar aórtico. Seu início pode ser observado nos dois óstios das artérias coronárias, situados nos seios aórticos. A existência de um óstio apenas ou mais de dois pode ocorrer, embora seja raro, havendo relato na literatura de até cinco óstios independentes.<sup>1</sup>

A coronária direita ramifica-se em artéria marginal direita e artéria descendente posterior. São responsáveis pela irrigação do átrio e ventrículo direitos, da porção posterior do septo interventricular, dos nós sinusal e atrioventricular e, ainda, de parte da parede posterior do ventrículo esquerdo. Já a coronária esquerda, bifurca-se em artéria circunflexa e artéria descendente anterior esquerda irrigando a parede ântero-lateral do ventrículo esquerdo, átrio esquerdo e da porção anterior e mais significativa do septo interventricular.<sup>1</sup>

### **1.2 Dissecção espontânea de coronária**

A dissecção espontânea da artéria coronária (DEAC) é uma entidade clínica rara que frequentemente se apresenta como síndrome coronariana aguda (SCA).<sup>5</sup> A DEAC é descrita como a ruptura das camadas que compõem a parede arterial não associada à aterosclerose, trauma ou intervenção médica.<sup>2-5</sup> Essa separação pode ocorrer entre as camadas íntima e média, bem como entre as camadas média e adventícia.<sup>2-6,8</sup> Ocorre predominantemente em mulheres jovens e de meia idade sem fatores de risco cardiovasculares tradicionais.<sup>2-5,6,8</sup> A dissecção pode ter origem em uma ruptura intimal que leva à dissecção na parede arterial ou pode resultar de sangramento espontâneo de vasa vasorum rompido sem ruptura íntima. Ambos os mecanismos levam ao comprometimento do fluxo sanguíneo coronariano e da isquemia miocárdica.<sup>2,5,8</sup>

Sua etiologia é pouco compreendida, mas muitos autores sugerem que a DEAC ocorre como resultado da liberação de proteases secundária a uma vasculite eosinofílica, resultando em ruptura do vaso<sup>8,10</sup>, e parece surgir da combinação de

um fator precipitante sobreposto a uma arteriopatia subjacente que enfraquece a parede arterial.<sup>2,8</sup> Alguns gatilhos podem iniciar o processo sendo divididos em emocionais e físicos, principalmente estresse emocional intenso, exercício extenuante, trabalho de parto, uso de drogas recreativas ou terapia hormonal.<sup>2,8,10</sup>

### **1.3 Dissecção espontânea de coronária e estado gravídico/puerperal**

A DEAC é considerada a principal causa de infarto agudo do miocárdio entre as gestantes<sup>9</sup> com a maioria dos eventos ocorrendo durante o terceiro trimestre ou primeiro mês pós-parto.<sup>2,4,11</sup> Essa condição é mais comum durante a gestação, devido às mudanças significativas que ocorrem nesse período, as quais apresentam respostas hemodinâmicas, respiratórias e metabólicas causadas por um aumento significativo no volume sanguíneo, o que coloca o sistema cardiovascular sob altos níveis de estresse. Como resultado, os miócitos alteram sua capacidade elástica e contrátil, enquanto o sistema respiratório aumenta o consumo de oxigênio para responder às novas demandas.<sup>4,8</sup>

Os hormônios sexuais femininos desempenham um papel, ainda a ser determinado, na fisiopatologia da DEAC, provavelmente relacionado às influências hormonais no tecido conjuntivo vascular e na regulação da microvasculatura.<sup>2</sup> O estresse produzido pela gravidez provoca alterações na ultraestrutura dos miócitos seguidas de um aumento no tamanho do coração em resposta aos estímulos mecânicos e de crescimento induzidos durante a gestação.<sup>8</sup>

### **1.4 Fatores de risco**

A DEAC está frequentemente associada a condições predisponentes, por exemplo, período periparto, doença inflamatória sistêmica e doença hereditária do tecidoconjuntivo, como síndrome de Ehlers-Danlos ou síndrome de Marfan e displasia fibromuscular.<sup>3,6</sup> Associações não ateroscleróticas incluem sexo feminino, gravidez, estresse emocional ou físico grave, doenças subjacentes dos vasos sanguíneos e espasmo da artéria coronária.<sup>5,6</sup> Outros fatores pré-existentes como trauma torácico, uso de contraceptivos orais e ciclosporina, anormalidades da árvore coronariana, vasculite, como na doença de Kawasaki, síndrome hipereosinofílica, colite ulcerativa e lúpus eritematoso sistêmico também podem favorecer o aparecimento de DEAC.<sup>8</sup>

A dissecação da artéria coronária na gestação e periparto, embora rara, vem apresentando um risco cada vez mais reconhecido para as mulheres em idade fértil. Dessa maneira, é de extrema importância o conhecimento médico a respeito da doença, sua fisiopatologia e apresentação clínica em busca de atendimento rápido e de qualidade, visto que a mortalidade nesses casos, quando não tratados a tempo, é relativamente alta.

Diante do apresentado, o objetivo deste trabalho foi analisar as dissecações coronarianas múltiplas espontâneas em puérpera, em hospital privado de São Paulo, Brasil, discutir a provável etiologia e relatar as terapêuticas empregadas para o desfecho da paciente.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um relato de caso à partir da análise de um prontuário de paciente atendido no hospital privado Hospital e Maternidade Sepaco, localizado em São Paulo, no ano de 2023, previamente aprovado, em 09 de maio de 2023, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 69262823.0.0000.0081 e parecer de número 6.048.820.

### **2.2 Variáveis analisadas**

À partir do prontuário da paciente foi possível analisar a sua evolução clínica diária, exames realizados, medicações prescritas, condutas e tratamento aplicado ao longo de todos os dias que se manteve internada.

### **2.3 Apresentação do caso**

Paciente, sexo feminino, 36 anos, no décimo primeiro dia de puerpério, com história de dor torácica recorrente de forte intensidade e dispneia progressiva, com um episódio de síncope.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Relato do caso

Mulher, 36 anos, G3P3A0, no 11º dia de puerpério, parto normal com trabalho de parto curto, porém intenso, sem fatores de risco para doenças cardiovasculares, deu entrada no pronto socorro com queixa de dor torácica de forte intensidade e dispneia progressiva há 3 horas. Paciente relatou que há 3 dias apresentou dor precordial intensa, em opressão, com recorrência e duração de aproximadamente 40 minutos, associada a diaforese e um episódio de síncope com liberação esfinteriana. Na admissão encontrava-se estável hemodinamicamente e com queixa de desconforto epigástrico. Sinais vitais e exame físico dentro dos padrões da normalidade. Exames laboratoriais evidenciaram aumento considerável de troponina (2.600 ng/ml) e BNP (9.300 pg/ml). Realizado eletrocardiograma (ECG) que apresentou ritmo sinusal com progressão lenta de onda R e onda T invertida de toda parede anterior extensa sem supradesnivelamento do seguimento ST. A paciente apresentava sintomatologia compatível com insuficiência cardíaca em perfil clínico-hemodinâmico B e foi então admitida à UTI para investigação de dor torácica com suspeita diagnóstica de IAMSSST, TEP subsegmentar, dissecação coronariana e diagnóstico diferencial de miocardite puerperal e takotsubo. Foi realizada angiotomografia arterial de tórax, com protocolo para tromboembolismo pulmonar (TEP), que evidenciou trombose subsegmentar em lobo inferior direito e prescrito profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) e anticoagulação plena com uso de Enoxaparina 60 mg. Na evolução, segundo dia de internação, paciente com boa perfusão, dispneia ao repouso com piora no decúbito dorsal, tosse seca, afebril e sem sangramentos ativos. Encontrava-se taquipneica com estertores crepitantes em bases pulmonares. Mantinha função renal preservada e dextro adequado. Para melhor avaliação do quadro, foi realizado ecocardiograma transtorácico (ECOTT) que demonstrou sinais de hipocinesia difusa de VE de grau moderado com fração de ejeção de ventrículo esquerdo (FEVE) em 38%, sem sinais de tamponamento ou disfunção de VD, insuficiência discreta das valvas mitral e tricúspide, hipertensão pulmonar e derrame pericárdico mínimo.

No 3º dia de internação foi realizada ressonância magnética cardíaca que evidenciou padrão coronariano transmural em todo território anterior, disfunção

sistólica de ventrículo esquerdo (VE), FEVE em 23%, infarto em região apical, segmento médio da parede anterior e parede ífero-lateral, sem potencial de recuperação contrátil aparente e insuficiência cardíaca (IC) perfil B/C. Conduta com anticoagulação plena com Enoxaparina, introdução de Entresto, Espironolactona e Metoprolol pela maior seletividade cardíaca. Paciente foi encaminhada para cateterismo cardíaco (CATE) com evidências de múltiplas estenoses difusas das artérias coronárias com aspecto sugestivo de múltiplas dissecções coronarianas espontâneas, com acometimento de: terço médio e distal da ACD (artéria coronária direita) com estenose segmentar e excêntrica de 70%, VPD (ramo ventricular posterior direito) proximal e médio com 80% de estenose, terço proximal e médio da Mg3 (terceiro ramo marginal) da CX (artéria circunflexa) com 90% de estenose, e terço médio da ADA (artéria descendente anterior) com 50% de estenose. Todos os vasos estavam abertos e com fluxo distal TIMI III. Paciente manteve-se estável e assintomática após o procedimento com conduta expectante sem indicação de revascularização percutânea no momento. Suspenso Enoxaparina por até 12h devido ao risco de sangramentos.

No 5º dia de internação houve piora clínica significativa com queixa de opressão torácica associada a dispneia leve sem melhora inicial a analgesia simples (Ibuprofeno) e importante pico febril. Novo ECG apresentou supra de ST isolado em DIII e infra em parede lateral (DI, aVL, V5 e V6). Conduta com introdução de vasodilatador em dose baixa (Tridil) e indicado cateterismo de urgência, o qual evidenciou progressão da dissecção da ACD (90% de estenose) com oclusão do ramo VPD (ramo ventricular posterior direito) e sub oclusão de DPD (ramo descendente posterior direito), aspecto de melhora da Mg3 (50% de estenose), ADA com dissecção difusa e aspecto de piora com 90% de estenose, contudo aberta e com fluxo distal TIMI III. Devido ao quadro clínico e angiográfico, foi realizada recanalização da ACD e ramos VPD e DPD, seguido de implante de 5 *stents* farmacológicos (Resolute Onyx) com sucesso ao final do procedimento. A paciente retorna à UTI com evolução da insuficiência cardíaca de perfil B para perfil C. Novo ECOTT com FEVE em 32%, comprometimento difuso de VE de grau importante e disfunção diastólica do VE de grau tipo II. O plano terapêutico foi de dupla antiagregação plaquetária com uso de Clopidogrel e AAS. Paciente evoluiu com choque cardiogênico (PA: 71x55 mmHg) e má perfusão, necessitando de introdução de Dobutamina e Noradrenalina com reversão do choque e melhora clínica.

Ao longo dos dias de internação, paciente evolui clínica e hemodinamicamente estável e sem sangramentos sendo reintroduzido enoxaparina. Mantém tosse seca, sem outras queixas. RX de tórax evidenciou aumento de área cardíaca e infiltrado difuso com aspecto de congestão, presença de febre (38,1 °C), com leucócitos e PCR em queda. O plano terapêutico adotado foi introdução de Aldactone 12,5 mg e Digoxina 0,125 mg para cuidados de dissecação espontânea de coronárias com IAMCSST e manejo de choque cardiogênico. Último ECOTT realizado no hospital demonstrou FEVE em 40%, sem outras anormalidades. Paciente seguiu sem novas queixas e com acompanhamento de fisioterapia e reabilitação. Após 19 dias teve alta hospitalar com seguimento ambulatorial.

### **3.2 Análise da evolução clínica e comparação**

A apresentação clínica de DEAC é frequentemente semelhante à da síndrome coronariana aguda, dificultando a diferenciação na primeira apresentação. As enzimas cardíacas são elevadas como na SCA, mas não há biomarcadores específicos para o diagnóstico de DEAC.<sup>6</sup> As manifestações podem abranger um amplo espectro de sinais e sintomas. Entretanto, inicialmente, o doente pode se apresentar assintomático. A sintomatologia mais comum é a tipicamente associada ao infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST, como foi o caso da paciente desde relato na chegada ao hospital, ou podem se apresentar com supradesnivelamento do segmento ST, além de, desconforto respiratório e morte súbita. Juntamente com a dor torácica, alguns pacientes relatam dispneia, diaforese, náuseas e sudorese profusa, o que corrobora com os dados apresentados na sintomatologia da paciente deste caso. A dor geralmente é de alta intensidade e às vezes irradia para o braço esquerdo ou para o pescoço e mandíbula, quadro muito semelhante ao IAM.<sup>8</sup>

Jamil Ribeiro<sup>4</sup>, em sua série de relatos de casos demonstrou que a dissecação espontânea da artéria coronária foi mais comum no período pós-parto, com uma média de idade de 33 anos, 2 gestações e pelo menos 2 partos. A maioria das pacientes não possuíam fatores de risco para doença coronária aterosclerótica.<sup>2,7-9</sup> O tempo médio entre o parto e o início dos sintomas foi de 10 dias. No entanto, a manifestação clínica mais comum foi compatível com infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST,<sup>4-6</sup> ou seja, existem pequenas diferenças nos estudos em

relação ao aparecimento da isquemia miocárdica no ECG, com algumas pacientes apresentando este achado e outras não. Ao analisarmos estes dados epidemiológicos, vemos diversas semelhanças com o relato apresentado, principalmente em relação às características como idade, número de gestações e início do quadro clínico, o que o torna um importante comparativo com a literatura.

Brízido et al<sup>2</sup>, descreveram em seus estudos que a aparência típica da DEAC na coronariografia é a imagem de uma ruptura intimal radiolucida ou dissecção espiral criando uma falsa luz, com obliteração da luz verdadeira da artéria coronária, podendo ou não haver hematoma intramural e com retardo na depuração do contraste. Exames como cineangiografiografia e ultrassonografia intracoronária (USIC) são fundamentais para o diagnóstico e acompanhamento desses pacientes, fornecendo informações detalhadas sobre a lesão.<sup>2-5</sup> Outro exame diagnóstico de fácil realização não invasiva e muito útil é o ecocardiograma transtorácico. A ecocardiografia tem sido útil para avaliar a função e a estrutura cardíaca, encontrando associação entre hipocinesia parcial ou global da parede miocárdica e fração de ejeção do ventrículo esquerdo quando inferior a 50% em casos de DEAC.<sup>2,4,8</sup> No entanto, esses achados ainda não são totalmente específicos, necessitando de mais estudos clínicos para melhor elucidação. A cineangiografiografia de emergência é geralmente considerada o exame padrão-ouro para identificar DEAC, especialmente quando há sinais de infarto no ECG. Ela mostra características típicas, como uma ruptura na parede da artéria, hematoma intramural e obstrução da luz da artéria.<sup>8,9</sup> A taxa de mortalidade é significativa, justificando a necessidade de diagnóstico urgente, com taxas de mortalidade imediata em cerca de 50%. Em geral, as taxas de sobrevivência variam de 70% a 90%, mas a recorrência da dissecção é uma preocupação, especialmente nas primeiras semanas após o primeiro episódio. Portanto, a internação prolongada é frequentemente recomendada.<sup>8,9,12</sup> No relato exposto, a paciente se beneficiou da realização destes exames. No primeiro momento do ECG, ECOTT e posteriormente cineangiografiografia. Todos foram fundamentais para realizar o diagnóstico correto permitindo seu tratamento e melhora clínica.

Em relação ao acometimento dos vasos sanguíneos, alguns estudos<sup>4,11,12</sup> demonstraram que artéria coronária direita (ACD) foi a mais comumente afetada, seguida pela artéria descendente anterior (ADA), artéria circunflexa (ACX) e a tronco da coronária esquerda (TCE). A maioria das pacientes, cerca de 65% dos casos, não

tinham fatores de risco para doença arterial coronária, destacando que a etiologia da DEAC no período periparto pode ser diferente da DEAC aterosclerótica. Já nos estudos de Brízido et al<sup>2</sup>, a artéria mais afetada foi a ADA, em 75% dos casos, seguida pela ACD, em 20% das pacientes, e ACX, em 4%. Neste relato de caso, a paciente teve acometimento progressivo das artérias coronárias e seus principais ramos concomitantemente, com maior acometimento pela dissecação da ACD e ADA, o que vai de acordo com os outros estudos. Até o presente momento, tal acometimento simultâneo não foi descrito na literatura, sendo um caso inédito para a comunidade médica e de bastante interesse ao conhecimento científico.

O manejo terapêutico depende da gravidade clínica, do *status* hemodinâmico, da topografia da dissecação, do número de artérias afetadas e do fluxo coronário distal. Pode variar desde tratamento clínico, implante de *stent* ou cirurgia de revascularização miocárdica.<sup>2,3,6,7</sup> Neste caso, vemos diversas semelhanças em relação ao tratamento preconizado, no entanto, para a paciente em questão, não foi recomendada a cirurgia de revascularização miocárdica no primeiro momento, devido ao comprometimento causado pela isquemia. A intervenção coronária percutânea é preferida em casos de dissecação coronária espontânea única, especialmente se houver isquemia aguda e sintomas característicos. *Stents* são usados para selar a entrada da dissecação, mas sua eficácia na prevenção de recorrências não é clara e necessita de mais estudos.<sup>4,10-12</sup> O tratamento inicial envolve heparina, ácido acetilsalicílico e betabloqueadores. A terapia com betabloqueador parece ter um efeito protetor para o sistema cardíaco, melhorando os quadros de insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Inibidores da enzima conversora de angiotensina são recomendados em casos de disfunção ventricular esquerda sistólica e o uso de nitroglicerina pode ser usado para reduzir vasoespasmos. O clopidogrel é usado em pacientes submetidas a angioplastia com *stent* para evitar a formação de coágulos sanguíneos. As estatinas não são rotineiramente recomendadas, uma vez que a etiologia da DEAC não é aterosclerótica na maior parte dos casos.<sup>2,4,7-11</sup> Além dessas medicações, o que possibilitou a recuperação da paciente foi o reconhecimento de outros sinais e sintomas causados pelas dissecações e isquemia do miocárdio, como a insuficiência cardíaca. Para estes casos, pode ser utilizado, além do betabloqueador, diuréticos, antiarrítmicos e vasodilatadores. É importante que as pacientes acometidas por esta patologia permaneçam em acompanhamento ambulatorial, pois a recidiva e complicações são frequentes.<sup>4,6-9,12</sup>

#### **4 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo demonstra que a dissecção espontânea da artéria coronária é uma condição médica complexa e potencialmente fatal apresentando sintomas semelhantes aos da síndrome coronariana aguda, o que dificulta seu diagnóstico inicial. Essa enfermidade ocorre com mais frequência em mulheres jovens, especialmente após o parto, com a maioria das pacientes não apresentando fatores de risco para doença arterial coronária aterosclerótica. Os métodos diagnósticos incluem cineangiocoronariografia, ultrassonografia intracoronária e ecocardiograma transtorácico. A DEAC é uma patologia séria, com taxas significativas de mortalidade, tornando o diagnóstico precoce e a intervenção adequada de extrema importância para a sobrevivência do paciente. A pesquisa continua a expandir nosso entendimento sobre essa condição, seus fatores de risco e opções de tratamento, mas a conscientização e conhecimento entre profissionais de saúde é fundamental para uma abordagem eficaz e oportuna resultando em significativa diminuição da morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

1. Guyton, Arthur C.; HALL, John E.. Tratado de fisiologia médica. 13º ed. Rio De Janeiro: Editora Elsevier Ltda, 2017.
2. Brízido C, Madeira S, Silva C, Strong C, Tralhão A, Almeida M. Dissecção espontânea da artéria coronária: uma revisão para cardiologistas clínicos e intervencionistas. *Rev Porto Cardiol.* 2023 Jan 9:S0870-2551(23)00052-5. Inglês, português. DOI: 10.1016/j.repc.2022.03.008. EPub antes da cópia. PMID: 36634760.
3. Vandamme M, De Backer J, De Backer T, Drieghe B, Devos D, Gevaert S. O espectro da dissecção espontânea da artéria coronária: revisão ilustrada da literatura. *Acta Cardiol.* 2017 Dez;72(6):599-609. DOI: 10.1080/00015385.2017.1309095. EPub 2017 28 de junho. PMID: 28657457.
4. CADE, Jamil Ribeiro. Dissecção espontânea de artéria coronária no ciclo gravídico-puerperal: análise de uma série de 13 casos e revisão da literatura. 2016. 116 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2016.
5. Sharma S, Raut N, Potdar A. Dissecção espontânea da artéria coronária: Série de casos e revisão da literatura. *Coração Indiano J.* 2016 JulAgo;68(4):480-5. DOI: 10.1016/j.ihj.2015.11.039. EPub 2016 12 de janeiro. PMID: 27543469; PMCID: PMC4990736.
6. Würdinger M, Templin-Ghadri JR. Spontane Koronararteriendisektion [Dissecção espontânea da artéria coronária]. *Ther Umsch.* 2021 Fev;78(1):41- 47. Alemão. DOI: 10.1024/0040-5930/a001235. PMID: 33538629.
7. Lebrun S, Bond RM. Dissecção espontânea da artéria coronária (SCAD): A condição cardíaca subdiagnosticada que aflige as mulheres. *Tendências Cardiovasc Med.* 2018 Jul;28(5):340-345. DOI: 10.1016/j.tcm.2017.12.004. EPub 2017 dez 11. PMID: 29275928.
8. Cano-Castellote M, Afanador-Restrepo DF, González-Santamaría J, Rodríguez-López C, Castellote-Caballero Y, Hita-Contreras F, Carcelén-Fraile MDC, Aibar-Almazán A. Fisiopatologia, Diagnóstico e Tratamento da Dissecção Espontânea da Artéria Coronária em Mulheres Periparto. *J Clin Med.* 2022 Nov 10;11(22):6657. DOI: 10.3390/jcm11226657. PMID: 36431134; PMCID: PMC9692787.
9. Lee R, Carr D. Dissecção espontânea da artéria coronária associada à gravidez (PASCAD): Uma etiologia para dor torácica na paciente periparto jovem. *CJEM.* 2018 Out;20(S2):S64-S69. DOI: 10.1017/cem.2018.9. PMID: 29467048.
10. Rogers IS, Rinaldi MJ, Humphrey CB, Boden WE, Dougherty JE. Dissecção pós-parto da artéria coronária principal esquerda. *Clin Cardiol.* 2006 Abr;29(4):175-8. DOI: 10.1002/clc.4960290410. PMID: 16649728; PMCID: PMC6654591.

11. Brantley HP, Cabarrus BR, Movahed A. Dissecção multiarterial espontânea imediatamente após o parto. *Tex Heart Inst J.* 2012;39(5):683-6. PMID: 23109768; PMCID: PMC3461663.

12. DeBoer R, Nasir U, Fraga JD. Dissecção Espontânea da Artéria Coronária: Dor Torácica em uma Mulher Jovem. *J Estagiário de Hosp Comunitário Med Perspect.* 2022 Julho 4;12(4):70-74. DOI: 10.55729/2000-9666.1069. PMID: 36262908; PMCID: PMC9533805.