

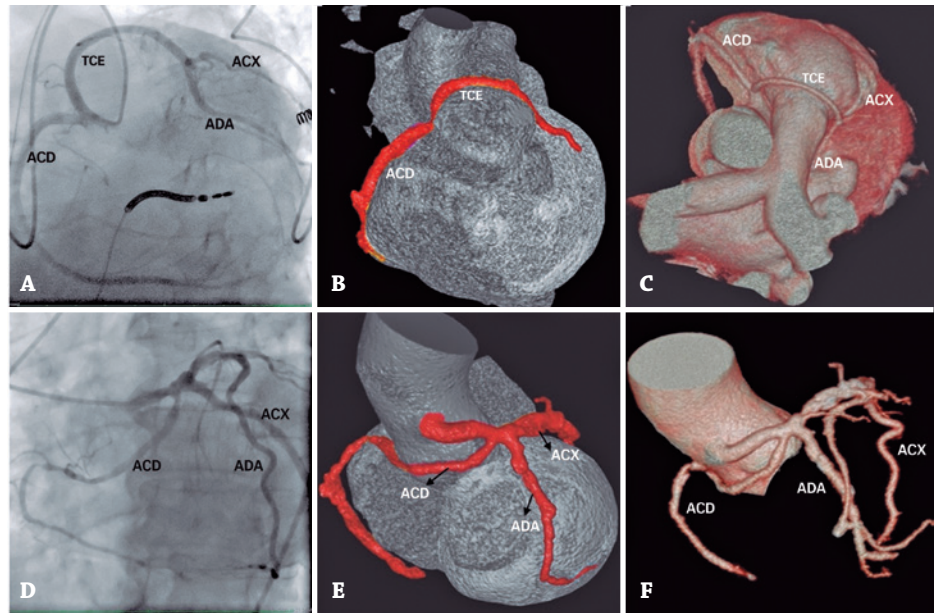
¹ Departamento de Cardiologia, Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Direita ou esquerda? As escolhas da artéria coronária única

Right or left? The choices of a single coronary artery

Gustavo Luís Agostini^{1ID}, Denise Pellegrini^{1ID}, Paulo Caramori^{1ID}

DOI: 10.31160/JOTCI202129A20210013



ACD: artéria coronária direita; TCE: tronco de coronária esquerda; ADA: artéria descendente anterior; ACX: artéria circunflexa

Figura 1. Angiografia coronária e imagens de tomografia computadorizada cardíaca de dois pacientes com artéria coronária única, com origem no seio de Valsalva direito (1A, 1B e 1C) e esquerdo (1D, 1E e 1F).

Como citar este artigo:

Agostini GL, Pellegrini D, Caramori P. Direita ou esquerda? As escolhas da artéria coronária única. J Transcat Intervent. 2021;29:eA20210013. <https://doi.org/10.31160/JOTCI202129A20210013>

Autor correspondente:

Paulo Caramori
Departamento de Cardiologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Avenida Ipiranga, 6.690, sala 300
CEP: 90610-000 – Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: caramori@cardiarte.com.br

Recebido em:

18/3/2021

Aceito em:

28/4/2021



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Apresentamos dois casos de artéria coronária única (ACU), uma anomalia congênita extremamente rara, em que apenas uma artéria surge do arco aórtico por um único óstio coronário, irrigando todo o coração. Essa anomalia ocorre em apenas 0,024% a 0,044% da população, e a maioria dos casos está associada a outras anomalias congênitas, como persistência do canal arterial, tetralogia de Fallot e atresia pulmonar.¹ Em um período de 2 semanas, os dois pacientes se apresentaram no pronto-socorro com síndrome coronariana aguda sem supradesnívelamento de ST.

O primeiro paciente era do sexo feminino, 52 anos, com história de hipertensão, diabetes e cardiomiopatia dilatada idiopática, evoluindo com insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida, tratada com terapia medicamentosa e ressincronização cardíaca. A cineangiogramiografia revelou ACU, com origem no seio de Valsalva direito e sem estenose coronariana (Figura 1A). A angiotomografia cardíaca (angio-TC) mostrou coronária esquerda com curso pré-pulmonar e coronária direita com curso normal (Figuras 1B e 1C); a cintilografia miocárdica estava normal.

O segundo paciente era um homem de 67 anos, com doença arterial coronariana e revascularização prévia da artéria descendente anterior (DA) por intervenção coronária percutânea (ICP). A cineangiogramiografia evidenciou ACU com origem no seio de Valsalva esquerdo, reestenose intra-stent (RIS) da DA e aterosclerose difusa no segmento distal da artéria coronária direita (Figura 1D). A artéria coronária direita seguia trajeto retroaórtico, sem evidência de compressão extrínseca na angio-TC (Figuras 1E e 1F). O paciente foi submetido à ICP com implante de stent para RIS da DA.

A classificação angiográfica da ACU leva em consideração a origem do óstio, a partir do seio de Valsalva esquerdo ou direito, o curso anatômico do vaso e o curso do vaso transversal.² A angiografia coronária, a angio-TC e a ressonância magnética cardíaca são exames com indicação classe I para avaliação de artérias coronárias anômalas. As avaliações anatômica e fisiológica devem ser realizadas nos pacientes com origem anômala de artérias coronárias (OAAC), para avaliar o risco de morte súbita cardíaca e auxiliar nas decisões clínicas.^{3,4} A revascularização coronária é recomendada para OAAC do seio esquerdo ou direito, se os sintomas ou evidências diagnósticas forem condizentes com isquemia atribuível à artéria coronária anômala.³

FONTE DE FINANCIAMENTO

Não há.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo: DP e PC; coleta dos dados: GLA e DP; interpretação dos dados: GLA, DP e PC; composição do texto: GLA, DP e PC; aprovação da versão final a ser publicada: PC.

REFERÊNCIAS

1. Yamanaka O, Hobbs RE. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary arteriography. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 1990;21(1):28-40. <https://doi.org/10.1002/ccd.1810210110>
2. Yuan SM. Anomalous origin of coronary artery: taxonomy and clinical implication. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2014;29(4):622-9.
3. Stout KK, Daniels CJ, Aboulhosn JA, Bozkurt B, Broberg CS, Colman JM, et al. 2018 AHA/ACC Guideline for the Management of Adults With Congenital Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2019;139(14):e637-e97. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000602>
4. Oliveira DM, Gomes V, Caramori P. Intravascular ultrasound and pharmacological stress test to evaluate the anomalous origin of the right coronary artery. *J Invasive Cardiol.* 2012;24(6):E131-4.