

# FÍSTULA CORONÁRIA CAVITÁRIA COMO CAUSA DE ANGINA: UM RELATO DE CASO

Debora Tabosa de Almeida<sup>1</sup>

Arthur Edmilson Barbosa Souto<sup>2</sup>; André Marques da Nóbrega Ayres<sup>2</sup>; Expedito Nóbrega de Medeiros Filho<sup>2</sup>; Fábila Isabel Parente de Alencar Alves<sup>2</sup>; Geraldo de Sousa Nóbrega Júnior<sup>2</sup>; Victoria Carneiro de Almeida Formiga<sup>2</sup>

1-Médica Ecocardiografista pelo Hospital TotalCor-Global ECO - São Paulo; Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; Especialização em Cardiogeriatría pelo Instituto do Coração da Universidade de São Paulo – InCor HCFMUSP; Especialização em Cardiologia clínica pela Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência de São Paulo; Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

2-Acadêmicos de Medicina – FCM UNIFACISA - Campina Grande - PB.

**Introdução:** Fístula coronária é uma anomalia congênita ou adquirida, de ocorrência incomum (0,2%), sendo diagnosticada na proporção de 1:500 estudos cinecoronariográficos. É caracterizada por uma comunicação anormal entre uma artéria coronária e uma câmara cardíaca, ocorrendo através da persistência dos sinusóides embrionários no miocárdio. Apresenta manifestações clínicas variáveis, dependendo de seu tipo, localização e magnitude do roubo coronário. Quando as fístulas drenam para as cavidades direitas podem provocar sopro contínuo com hiperfluxo pulmonar imitando uma cardiopatia com shunt esquerdo-direito predispondo o paciente à insuficiência cardíaca. Já as fístulas que drenam para o ventrículo esquerdo, por se esvaziarem em uma cavidade de maior pressão, não apresentam sopro ou apresentam sopro apenas na diástole, funcionando com um padrão semelhante ao da insuficiência aórtica. **Descrição do caso:** A.J.A.S, sexo feminino, 82 anos, hipertensa e dislipidêmica, evolui há 4 anos com precordialgia progressiva e dispneia aos esforços. Procurou atendimento médico por piora recente dos sintomas. Exame físico sem alterações, eletrocardiograma com sobrecarga ventricular esquerda, atraso final de condução e área inativa antero-septal. Submetida a cintilografia de perfusão miocárdica que evidenciou: Fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 59%, estudo de perfusão miocárdica sem alterações significativas e resposta eletrocardiográfica não conclusiva para isquemia miocárdica devido à sobrecarga ventricular esquerda. O tratamento clínico foi iniciado e a paciente apresentou melhora da dispneia, porém manteve a precordialgia, sendo solicitado cineangiocoronariografia que evidenciou circulação coronária sem lesões obstrutivas e presença de microfístulas coronário cavitárias, originadas da coronária esquerda e coronária direita. Após otimização do tratamento clínico a paciente apresenta boa evolução clínica com melhora dos sintomas. **Conclusão:** As fístulas de artéria coronária são raras na prática clínica, na grande maioria dos casos, as fístulas não causam qualquer sintoma, entretanto, são descritos casos evoluindo com endocardite infecciosa, insuficiência cardíaca, isquemia miocárdica provocada pelo roubo coronário e até mesmo casos de infarto do miocárdio, porém, quadros de angina de peito são pouco comuns. O diagnóstico é possível de ser realizado pelo ecocardiograma, no entanto a cinecoronariografia é o exame padrão ouro. O tratamento é controverso e depende dos sintomas e quadro clínico. Pacientes sintomáticos, refratários à terapia medicamentosa, ou com shunts significativos, o fechamento cirúrgico pode ser proposto.

**Palavras-chave:** fístula, microfístula, angina, precordialgia.

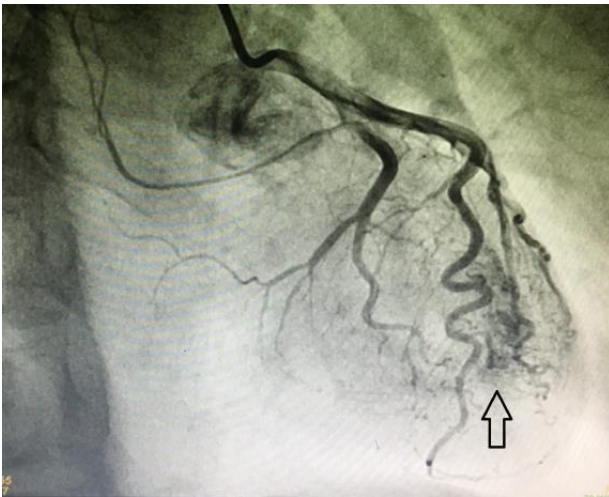


Figura 1: Fístula originada da coronária esquerda

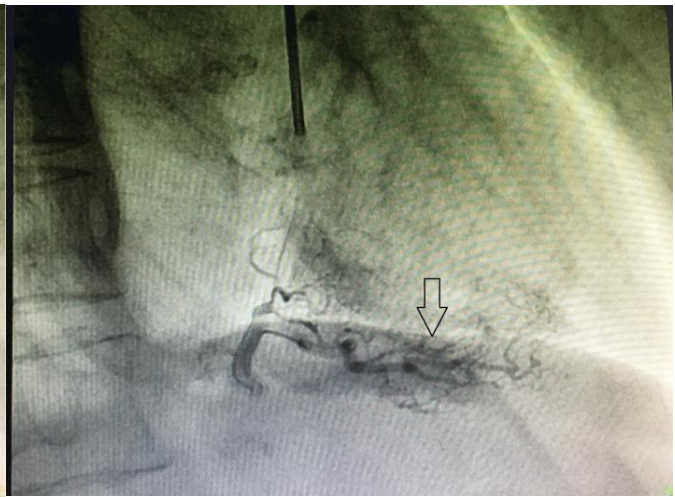


Figura 2: Fístula da coronária direita

## REFERÊNCIAS

- 1-KUPSKY, Daniel; KOENIG, Gerald; MODI, Shalini. **Coronary-Cameral Fistula: Preliminary Diagnosis According to Colour and Continuous Wave Doppler Echocardiography**. Canadian Journal Of Cardiology, [s.l.], v. 34, n. 5, p.690-692, maio 2018. Elsevier BV.
- 2-FRÍAS-ORDOÑEZ, Juan Sebastián; PEÑA-SINCO, Irving; GÓMEZ-SEGURA, German. **Coronary cameral fistula: case report**. Case Reports, [s.l.], v. 4, n. 2, p.118-125, 1 jul. 2018. Universidad Nacional de Colombia.
- 3-SHATAGOPAM, Kartik; MATHEW, Jacob. **BILATERAL CORONARY ARTERY FISTULAS**. Journal Of The American College Of Cardiology, [s.l.], v. 71, n. 11, p.2512-2512, mar. 2018. Elsevier BV.
- 4-KULCHETSCKI, Rodrigo Melo et al. **Large Bilateral Coronary Artery Fistula: 10-year follow-up in Clinical Treatment**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, [s.l.], p.256-257, 2018. GN1 Genesis Network.
- 5-SUNKARA, Anusha et al. **Coronary Artery Fistula**. Methodist DeBakey Cardiovascular Journal, [s.l.], v. 13, n. 2, p.78-80, abr. 2017. Methodist DeBakey Cardiovascular Journal.
- 6-QUINTANA-QUEZADA, Raymundo A. et al. **Coronary artery fistula causing angina pectoris after cardiac surgery — An interesting pathophysiologic link**. International Journal Of Cardiology, [s.l.], v. 201, p.85-87, dez. 2015. Elsevier BV.