

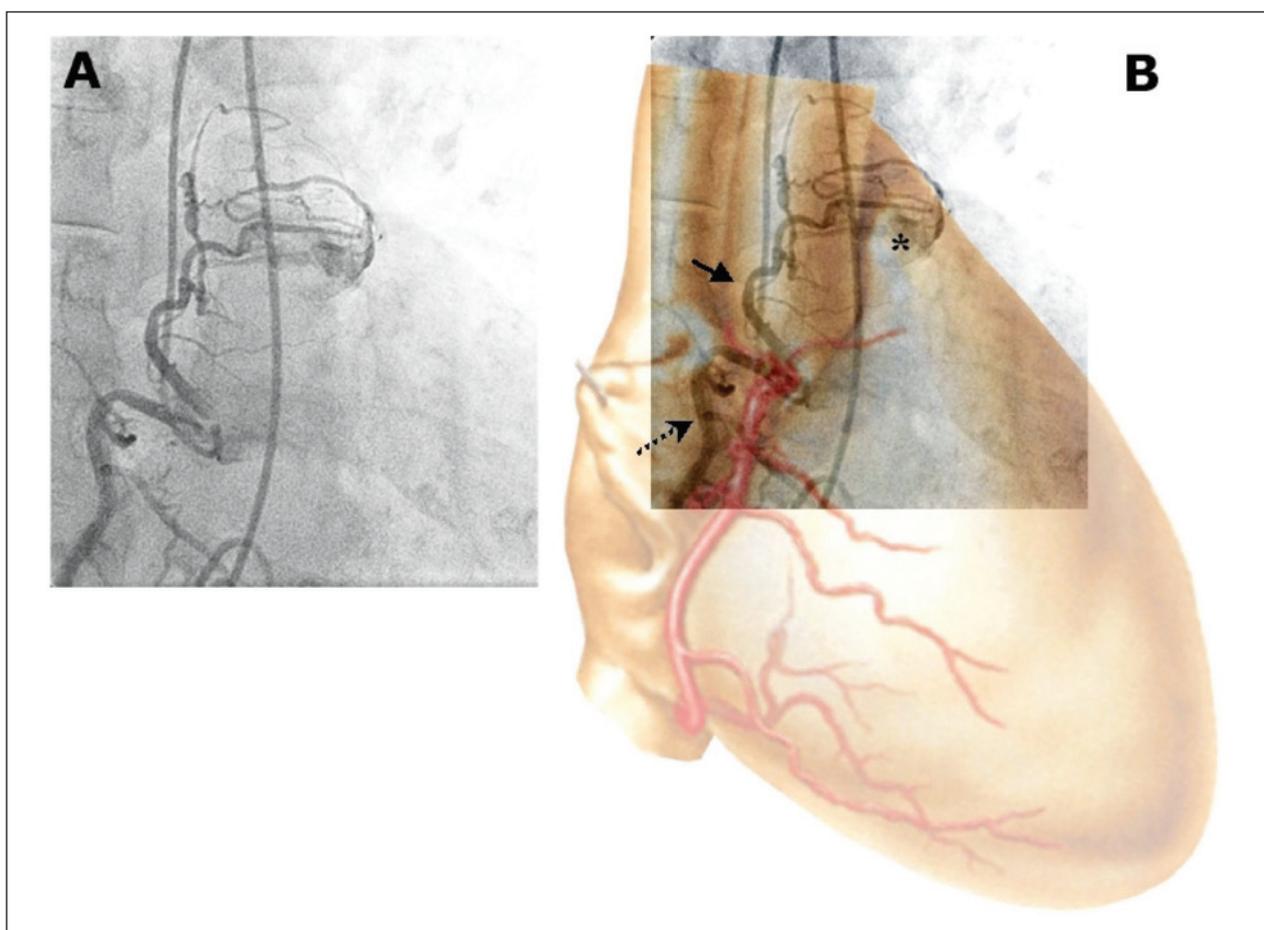
## Imagem & Intervenção Cardiovascular

# Fístula Coronária

Anibal Pereira Abelin<sup>1</sup>, Rogério Sarmiento-Leite<sup>1</sup>,  
Alexandre Schaan de Quadros<sup>1</sup>, Carlos A. M. Gottschall<sup>1</sup>

**P**aciente do sexo feminino, com 80 anos de idade, internada com dor torácica associada a elevação de marcadores de injúria miocárdica. O eletrocar-

diograma evidenciou bloqueio de ramo esquerdo. Realizada cineangiogramia coronariográfica, que demonstrou: artéria descendente anterior (ADA) sem lesões graves, estenose



**Figura 1** - A: Artéria coronária direita (ACD) vista em projeção oblíqua anterior direita, demonstrando fístula com origem em sua porção proximal, com drenagem para a artéria pulmonar (AP). B: Sobreposição da imagem angiográfica com figura adaptada de Netter (*Interactive Atlas of Human Anatomy, Version 1.1*), com referenciais anatômicos do coração. Seta pontilhada: ACD; seta em negrito: fístula com origem na ACD com drenagem para a AP; asterisco: tronco pulmonar.

<sup>1</sup> Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia - Porto Alegre, RS.

**Correspondência:** Rogério Sarmiento-Leite. Av. Princesa Isabel, 395 - Setor de Hemodinâmica - Santana - Porto Alegre, RS - CEP 90620-001 - Tel.: (51) 3230-3626 • E-mail: sarmientoite@terra.com.br  
Recebido em: 13/5/2008 • Aceito em: 19/5/2008

significativa no óstio de ramo diagonal e lesões moderadas em ramo marginal. A artéria coronária direita (ACD) não apresentava estenoses significativas, mas observou-se fístula acentuada para o tronco da artéria pulmonar. O ventrículo esquerdo era normal. A paciente foi hospitalizada e evoluiu com estabilização clínica e desaparecimento dos sintomas pela otimização do tratamento com betabloqueadores, nitrato e ácido acetilsalicílico.

As fístulas coronárias são anomalias congênitas encontradas em até 0,2% das cineangiogramas de rotina. Têm origem na ACD em 50% dos casos e em 42%, na ADA. Geralmente, a drenagem se faz para câmaras de baixa pressão, ventrículo direito (41%), átrio direito (26%) e artéria pulmonar (15% a 17%). A etiologia das fístulas coronárias é incerta. Sugere-se

que resultem da persistência de espaços intratrabeculares pelos quais o miocárdio é suprido na vida intra-uterina e que são reduzidos após o nascimento, tornando-se capilares ou vasos de Thebesius.

A presença de isquemia secundária às fístulas é questionável, embora existam relatos de sua existência em pacientes sem doença arterial coronária. A maior queda da resistência arterial coronária em comparação à pulmonar durante o exercício é um contraponto ao discutível mecanismo de "roubo coronário" causado pela fístula. A maioria dos pacientes é assintomática, embora dispnéia, angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão pulmonar, arritmias, endocardite bacteriana e morte súbita possam ocorrer. O manejo ainda é controverso, porém pacientes sintomáticos ou com *shunts* significativos podem ser tratados com fechamento cirúrgico ou percutâneo.