



S U M Á R I O

Opinião

HÁ EVIDÊNCIAS QUE JUSTIFIQUEM A ADOÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA INVASIVA PRECOZE NAS SÍNDROMES ISQUÊMICAS AGUDAS SEM SUPRADESNIVELAMENTO DO ST ? 8

Antônio Sérgio Cordeiro da Rocha, Paulo Roberto Dutra da Silva

Artigos originais

EXTRA-SÍSTOLES VENTRICULARES COMPLEXAS E A PRESERVAÇÃO DA ATIVIDADE PARASSIMPÁTICA NA CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA 10
Ademir B. Cunha, Delma M. Cunha, Roberto C. Pedrosa Daniel A. Kopiler, Roberto M.da Silva Sá

INFLUÊNCIA DO DIABETES MELLITUS NA MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO 18
Marco Antonio de Mattos, Daniele Gusmão Toledo, Carlos Eduardo de Mattos, Marcelo Heitor Vieira Assad, Gilson Almeida, Rafael Abtibol, Diego Nery Benevides Gadelha, Bráulio dos Santos, Bernardo Rangel Tura

ANÁLISE DA ATIVAÇÃO VENTRICULAR UTILIZANDO O MAPEAMENTO DA FUNÇÃO DE COERÊNCIA ESPECTRAL QUADRÁTICA 21
P. R. B. Barbosa, L.C. Bernardino Jr, J. Barbosa-Filho, I. Cordovil, J. Nadal

DILATAÇÃO ESTÁTICA POR VIA PERCUTÂNEA NAS LESÕES OBSTRUTIVAS GRAVES DO CORAÇÃO ESQUERDO 25
Marco Aurélio Santos. Vitor Manuel Pereira Azevedo.

ANGINA INSTÁVEL x ANGINA ESTÁVEL - RESULTADOS IMEDIATOS E TARDIOS APÓS IMPLANTE DE STENT CORONÁRIO 30
Paulo Sergio de Oliveira, Marta Labrunie, Waldir Malheiros, Leonardo Duarte, Norival Romão, Sergio Leandro, André Pessanha, Marcelo Lemos, Marcio Macri, Maria da Conceição Alves, Rodrigo Guerreiro, Fabio Mota.

Artigos de Revisão

NECESSIDADES DE CIRURGIA CARDÍACA 34
Regina Maria Aquino Xavier

SÍNDROME CORONÁRIA ISQUÊMICA AGUDA INJÚRIA MIOCÁRDICA, INFLAMAÇÃO E ATIVIDADE PRÓ- TROMBÓTICA 44
Cynthia K Magalhães, José Geraldo C Amino

A APLICABILIDADE DA ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE NA DOENÇA VALVAR E SUA UTILIDADE PRÁTICA 48
Ana Cristina Camarozano, Luis Henrique Weitzel

CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E PERVIDADE DOS EXERTOS 53
Felipe José Monassa Pittella

A JUNÇÃO ATRIOVENTRICULAR - UMA ESTRUTURA MULTIFUNCIONAL 58
Roberto Luiz M. da Silva Sá, Márcio L.A Fagundes, Fernando E. dos S.Cruz .F.º, Angela C. B. Valverde, Luiz H. Loyola, Raphael Zeratti M. da Silva, Rafael L. Fagundes, Thiago do S. da Silva Sá, Maria Elisa E. Matiello, e Vinícius M. Rodrigues

CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO MIOCÁRDICA NA INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA, SEM RECORRER AO ESTRESSE 60
Dr Berdj A. Meguerian

AS BASES DO CONHECIMENTO CARDIOVASCULAR ANATOMIA CARDÍACA - PARTE 2 IDENTIFICAÇÃO DAS CAVIDADES CARDÍACAS NORMAIS 62
Adriana Innocenzi, Viviane Brito, Raquel Pulstnik, Ana Helena J L Dorigo, Fabio Bergman, Walter Peixoto, Paulo Renato Travancas, Renata M Bernardes, Érika Moura e Luiz Carlos Simões.

FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIO VASCULARES 72
Mauricio Lougon

Relato de Caso

Em foco: Cardiopatias Congênitas

“ANEURISMA DO SEIO DE VALSALVA” INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS - 75
José Oscar R. Brito, Helena Martino, Darteson Gutierrez, Marco A. Cunha, Cesar Nascimento, Vitor Salles, Rita Villela

DRENAGEM VENOSA SISTÊMICA ANÔMALA AO ATRIO ESQUERDO – UM RARO DIAGNÓSTICO 79
Luiz Carlos Simões, Adriana Innocenzi, Paulo Renato Travancas, Erika Moura, Viviane Brito, Raquel Pulstnik, Ana Helena J L Dorigo, Fabio Bergman, Walter Peixoto, Renata M Bernardes, Vitor Seixas.

ANOMALIA DE ARTÉRIA CORONÁRIA 81
Caso clínico da Unidade Cardio-Intensiva Clínica Divisão de Terapia Intensiva INCL
Cynthia K. Magalhães, Wagner de A.Alves, Fernanda Sampaio, Paulo S. Oliveira, Myriam S. P. Bueno, Rogério B. Chaves, Ari Medeiros, Clécio M.Gouvêa, Berdj A. Meguerian, Áureo C. Filho, Daniel Kasal, Luciana da R. Ferreira

CARDIOPATIA CONGÊNITA MÚLTIPLA NA IDADE ADULTA - DESAFIO TERAPÊUTICO 86
Helena F. Martino, Áureo Carmo Filho, Hugo Pinto, Miriam Gaze, Yacy Nunes, Rita Villela.

ANEURISMA ANULAR MITRO-AÓRTICO CONGÊNITO E/ OU ADQUIRIDO NA ERA DA ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA 91
Cesar A. S. Nascimento, José Oscar R. Brito, Helena F. Martino, Luciana da R. Ferreira, Flávio R. Gouvêa, Rita Villela, Navin C. Nanda, Odilon N. Barbosa, Luciano J. Belém, Luís H. Weitzel

Metodologia Científica

NOÇÕES RELEVANTES PARA SE TER EM MENTE AO REDIGIR. 111
Mauricio Lougon

História

NAS LEMBRANÇAS DA “TURMA DOS 30”, A HISTÓRIA DO INCL 113
Flávia Werlang

Ponto de Vista

O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS E A MEMÓRIA DA MEDICINA BRASILEIRA 116
Marcio Arnaldo da Silva Gomes

Capa

BRINCAR ENSINA A VIVER 119
A Função da Atividade Lúdica na Criança Submetida a Procedimentos Invasivos
Lenira Akcelrud Finkel

Cardiopatia Congênita Múltipla na Idade Adulta Desafio Terapêutico Rio de Janeiro – RJ

Helena F. Martino*, Áureo Carmo Filho**, Hugo Pinto***, Miriam Gaze****, Yacy Nunes****, Rita Villela****.

Resumo:

Neste artigo, os autores relatam o caso de um paciente adulto, que apresentava coarctação da aorta, estenose aórtica e comunicação interventricular. Incluem também uma breve revisão da literatura na discussão dos procedimentos terapêuticos intervencionistas.

Palavras-chave: cardiopatia congênita, coarctação da aorta, comunicação inter-ventricular.

Abstract:

In this article, the authors report a case of an adult presenting: coarctation of the aorta, aortic valve stenosis and ventricular septal defect. A brief literature review is included in the discussion of hemodynamics and surgical procedures.

Key words: congenital heart disease, coarctation of the aorta, ventricular septal defect.

Introdução:

Decidir em cardiopatia congênita é desafio cada vez mais freqüente na cardiologia, mesmo para aqueles profissionais que se dedicam à assistência aos maiores de 18 anos. Nos Estados Unidos, o número de adultos com cardiopatia congênita tem crescido numa proporção de 5% ao ano e, em 2000, essa população foi estimada em 1 milhão de indivíduos.¹ Este número crescente reflete, de forma contraditória, um mal e um bom índice. A primeira situação, encontrada em países do terceiro mundo, reflete a dificuldade de acesso da maioria da população à assistência médica perinatal e pediátrica; assim, o diagnóstico só é feito na idade adulta, quando aparecem os sintomas, em exames para fins trabalhistas ou, o que é pior, durante a gravidez. No caso das gestantes, temos que, em tempo recorde, decidir sobre diagnóstico, terapêutica e risco de vida para parturiente e concepto. A segunda situação é reflexo dos significativos avanços tecnológicos que propiciam agilidade e precisão no diagnóstico e no tratamento, permitindo maior sobrevida, mesmo nas cardiopatias congênitas complexas. Esse bom índice nos coloca um outro desafio: não bastam somente as indicações de *shunts* cavo-pulmonares, cerclagens, stents, mas impõe-se o acompanhamento desses procedimentos a longo prazo e a decisão do que propor quando eles se tornam insuficientes. Trabalhando num centro de referência de um país em desenvolvimento, nos depa-

ramos com as duas situações. Convidamos você, leitor, a compartilhar conosco momentos de difícil decisão enfrentados pelo Departamento de Cardiopatias e Cardiopatia Congênita do Adulto do INCL.

Relato de Caso:

Paciente do sexo masculino, 28 anos, há 2 anos referindo dispnéia e precordialgia de caráter progressivo. Procurou atendimento médico quando, pela primeira vez, foram detectados hipertensão arterial sistêmica e "sopro no coração". Medicado com Captopril 25mg 8/8h e Hidroclorotiazida 12,5mg/dia, obteve melhora parcial dos sintomas. Foi, então, encaminhado ao nosso Instituto. Não havia qualquer história de cardiopatia na família, bem como qualquer outra doença e/ou internação prévia.

Ao exame, o paciente apresentava-se eupneico, acianótico e eutrófico. FC 80bpm; PA MSD 170x100mmHg, MSE 140x100mmHg, MMII 100x0mmHg; ictus cordis no 6º EICE, LAA, propulsivo Impulsão sistólica no 3º e 4º EIE, LPEE; choque valvar em foco pulmonar; RCR (4T); sopro holossistólico 5+/6+ em BEE e BED; SS de ejeção em FAO 4+/6+. Pulsos pediosos simétricos e de amplitude reduzida.

ECG (Fig 1): Ritmo sinusal; FC 120bpm; sobrecarga de AE; HVE; BRE 1º grau. **Tele radiografia do Tórax** (Fig 2): Crescimento importante das quatro câmaras cardíacas, presença de congestão pulmonar importante.

Ecocardiograma: Ao 33mm, VE 75 – 63mm, FE 33%, AE 42mm, S PP 12mm, VD 31mm. Aumento das 4 cavidades, predomínio de cavidades esquerdas, disfunção sistólica global de VE moderada a grave. Comunicação Interventricular perimembranosa (subaórtica) com gradiente VE-VD de 110mmHg. Válvula aórtica espessada e calcificada, provavelmente bicúspide, com dupla lesão: estenose grave (gradiente VE-Ao de 91mmHg) e insuficiência moderada. Coarctação de aorta torácica com gradiente de 49mmHg. Insuficiência tricúspide moderada com hipertensão de artéria pulmonar grave (86mmHg).

Ressonância Nuclear Magnética (Fig 3): Cardiomegalia com distensão das câmaras ventriculares, disfunção sistólica de VE, shunt E/D evidente através da CIV, hipertensão venosa pulmonar, hipertensão arterial pulmonar traduzida por aumento do calibre da artéria pulmonar em 4cm. Estenose anelar da aorta descendente

*Chefe Departamento Cardiopatias e Cardiopatia Congênita no Adulto INCL

**Médico Residente R1 em Cardiologia

***Médico Residente R2 em Cardiologia

****Médica Departamento Cardiopatias e Cardiopatia Congênita no Adulto

pós-subclávia esquerda com luz máxima de 7mm.

Estudo Hemodinâmico:

Pressões (mmHg): VE 200/25/35, Ao 150/83/100, Cap 35, AP 100/66/50, VD 100/5/10, AD 10.

Cineventriculografia esquerda: Cavidade com volume muito aumentado e hipocinesia difusa grave. Válvula mitral normofuncionante. Ventriculografia esquerda em OAE visualizou passagem de contraste através de comunicação interventricular alta, tipo membranosa.

Oximetria: Sat O₂: AE 98,2%; VC superior 51%; AP 90%; Aorta 98,2%; VD 90

Cineaortografia: Válvula aórtica permite moderado refluxo de contraste para o ventrículo esquerdo; essa válvula é fixa e estenótica, com calcificações. A aorta ascendente é normal.

Aortografia: Visualizou-se estreitamento importante ao nível da aorta descendente após origem da subclávia esquerda.

Conclusão: CIV tipo membranosa com importante shuntagem esquerda-direita QP/QS=5. Dupla lesão aórtica com estenose aórtica grave e insuficiência aórtica leve a moderada. Coarctação aórtica. Disfunção ventricular esquerda grave.

CONDUTA:

Foi realizada aortoplastia (Fig 4) com balão 8,0 x 35 e posteriormente 15 x 40, seguida de colocação de *wallstent* 18x40, com sucesso, zerando gradiente intraaórtico, que, na pré-colocação da prótese era de 49mmHg. Após esse procedimento, o paciente evoluiu sem qualquer instabilidade e notou-se diminuição da intensidade do sopro relacionado à CIV, além de melhora do pulso de membros inferiores, que se igualaram em amplitude aos dos membros superiores.

Ecocardiograma pós-stent: Aorta ascendente estreitada, stent bem posicionado, gradiente máximo de 15mmHg.

Estudo Hemodinâmico -3 meses após wallstent aórtico: Importante redução do shunt através da CIV, QP/QS de 5 para 0,49 permanecendo hipertensão arterial pulmonar grave (120mmHg) e disfunção sistólica importante de VE.

Quatro meses após a aortoplastia, o paciente foi submetido a cirurgia cardíaca para ventriculoseptoplastia e implante de prótese metálica valvar aórtica. Com boa evolução, recebeu alta hospitalar em CF II NYHA em uso das seguintes medicações: furosemida 40mg/dia, espirolactona 25mg/dia, digoxina 0,25mg/dia, warfarin 5mg/dia, captopril 12,5mg 3x/dia, e foi encaminhado para controle ambulatorial.

Revisão 6 meses após a cirurgia:

Telerradiografia de Tórax (Fig 5): Redução da área cardíaca e da congestão pulmonar.

Ecocardiograma: Ao 41mm. AE 41mm, SPP 12mm, VE 71-58mm, FE 37%. Gradiente aórtico protético máximo 23mmHg (médio 12mmHg), PSAP 29mmHg. AE aumentado. Disfunção importante de VE com dilatação e

hipertrofia. Prótese mecânica normofuncionante, IM e IT leves sem HAP.

Como o paciente mantinha-se estável (NYHA I-II), foi suspenso o espirolactona, iniciado propranolol 40mg 12/12h e captopril aumentado progressivamente até 50mg 8/8h. O paciente reassumiu suas atividades profissionais.

Revisão 1 ano após a cirurgia:

Ecocardiograma: Ao 25mm, AE 40mm, S PP 12mm, VE 60-42mm, FE 56%. Gradiente aórtico 12mmHg, VE aumentado, AE limitrofe, disfunção sistólica leve de VE, prótese metálica em posição aórtica normofuncionante, PSAP normal.

Discussão:

Adulto jovem, cujos defeitos estruturais (Fig 6) eram coarctação da aorta, válvula aórtica bicúspide estenótica e comunicação interventricular, apresentava, em consequência, como complicações funcionais: 1- hipertensão arterial no dimídio superior contra hipoperfusão no dimídio inferior; 2 - grande resistência ao esvaziamento do ventrículo esquerdo impondo a esta câmara sobrecarga pressórica que, ultrapassada a fase de hipertrofia, já apresentava dilatação e disfunção sistólica; 3 - importante shunt esquerdo/direito através da comunicação interventricular, gerando sobrecarga do ventrículo direito e, por hiperfluxo, hipertensão arterial pulmonar com resistência aumentada. Diante dessa situação, nos perguntamos se as cardiopatias congênitas do nosso paciente ainda eram passíveis de abordagem intervencionista e, em caso positivo, qual a melhor estratégia: corrigir todas as malformações num único tempo cirúrgico ou escalar os procedimentos?

Grande limitante das intervenções cirúrgicas, a elevada resistência vascular pulmonar não nos pareceu contra-indicação nesse caso, uma vez que o shunt era preferencialmente esquerda-direito ou seja o ventrículo direito não precisava de um "escape" para seu esvaziamento. Fechando a CIV, estaríamos assim corrigindo o hiperfluxo e reduzindo a sobrecarga. Por outro lado, a CIV era, na verdade, escape para o VE não mais necessário se, no mesmo tempo cirúrgico, a resistência ao esvaziamento dessa câmara fosse corrigida através do implante de prótese metálica em posição aórtica. Restava a coarctação. Abordá-la no mesmo ato cirúrgico aumentaria o tempo de extracorpórea, nada bom para o miocárdio já insuficiente. Desde sua primeira descrição, em 1982, a dilatação por balão tem sido o tratamento de escolha para a maioria dos pacientes, crianças e adultos, com recoarctação da aorta.¹ Como abordagem inicial, ou seja, no paciente não operado, é uma questão em aberto pelo risco de reestenose e formação aneurismática nas áreas para-coarctação, em que a presença de médio-necrose cística, semelhante à encontrada na Síndrome de Marfan, torna a aorta friável, com maior risco de ruptura (complicação temível em mulheres durante a gravidez). O implante de stents na aortoplastia tem reduzido a ocorrência de recoarctação por oferecer um suporte à parede aórtica enfraquecida após lacerações íntimas causadas pelo balão.²

Por outro lado, uma das mais dramáticas complica-

ções cirúrgicas da coarctação, mesmo em condições ideais – lesão isolada, jovem e sem disfunção ventricular – é a lesão medular por isquemia. Apesar da intensa circulação colateral fornecer perfusão para membros inferiores e medula espinhal, os vasos são friáveis e propensos a hemorragias. Deve-se, então, tomar todo cuidado durante a incisão inicial, realizando *cross-clamping* e mobilização da aorta distal, e deve-se sempre preservar o maior número de vasos colaterais .³

Foram esses os argumentos que nos fizeram, num primeiro momento, optar por aortoplastia por balão e implante de stent, reservando para o ato cirúrgico a correção da estenose aórtica e o fechamento da CIV.

Houve boa resposta à terapêutica proposta: nosso paciente reassumiu suas atividades laborativas e encontra-se em acompanhamento ambulatorial para monitoração e correção precoce das complicações pós-intervencionistas, tais como disfunção protética, recoarctação, dissecções aneurismáticas, e persistência de hipertensão arterial sistêmica, que, por vezes, ocorre mesmo na ausência de estenose residual.

Méritos:

Ressonância Magnética:

Dr. Amarino C. de Oliveira Jr. - Hospital Pró-Cardíaco

Aortoplastia:

Dr. Paulo Sérgio Oliveira - INCL

Cirurgia:

Dr. Odilon Nogueira Barbosa - INCL

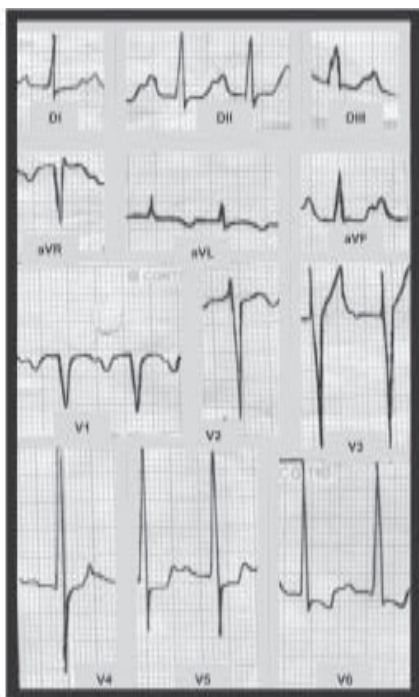


Fig 1 – Traçado Eletrocardiográfico, comentários no texto.

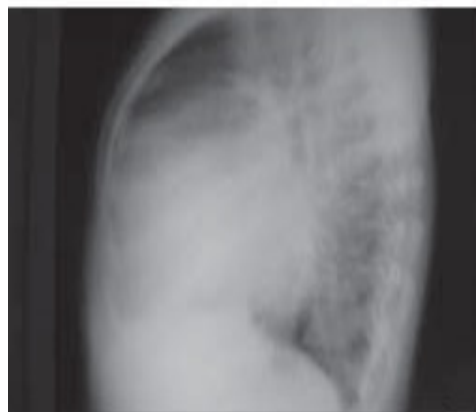


Fig 2 – Telerradiografia do Tórax, PA e perfil esquerdo, comentários no texto.

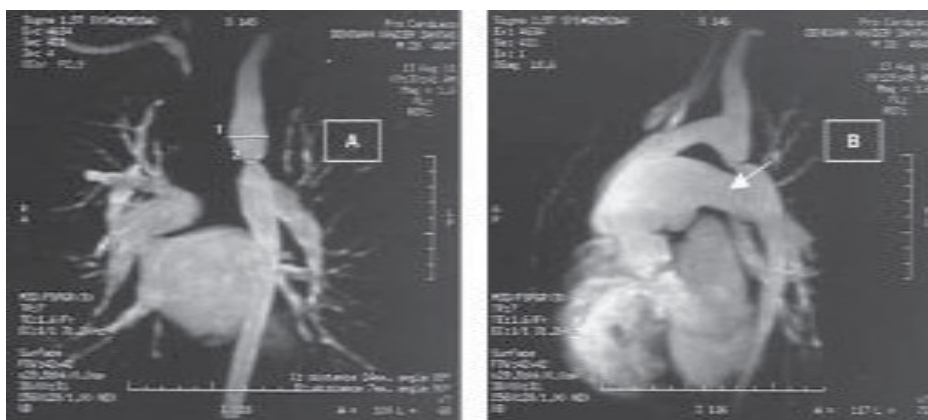


Fig 3 – Ressonância Nuclear Magnética: **A** – Estenose anelar da Aorta ascendente com luz máxima de 7mm (nº. 2). Diâmetro da Aorta acima da área de coarctação de 24mm (nº. 1). **B** – Importante dilatação do tronco da artéria pulmonar, diâmetro estimado em 4cm (seta).

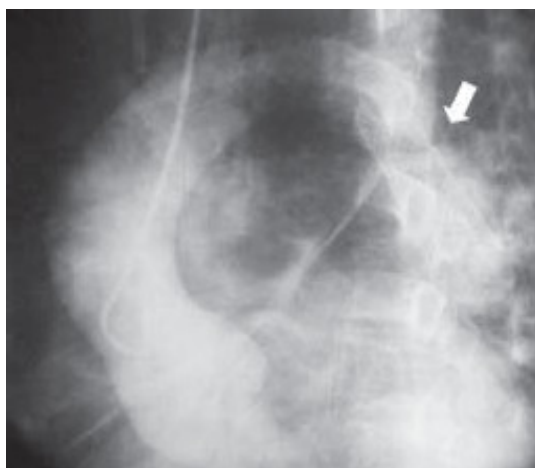


Fig 4 – Aortografia em OAE, Injeção de contraste na raiz da Aorta. Endoprótese aórtica após emergência da artéria subclávia esquerda (seta).

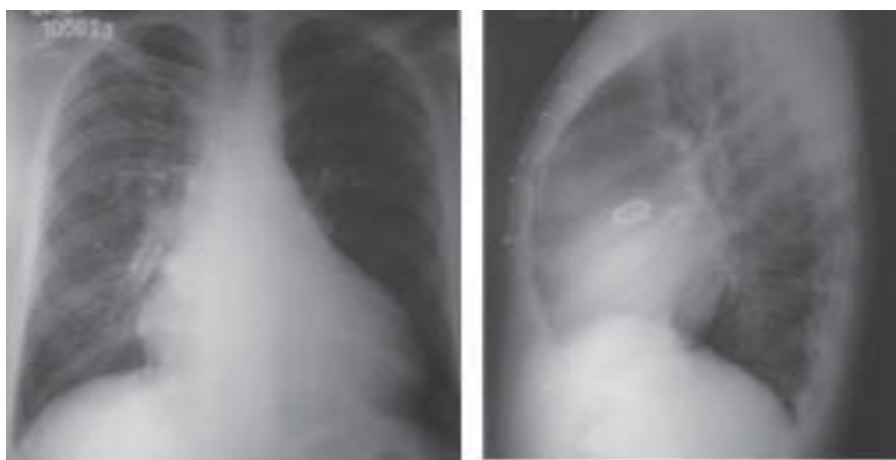


Fig 5 – Telerradiografia do Tórax, PA e perfil esquerdo, pós operastório, comentários no texto.

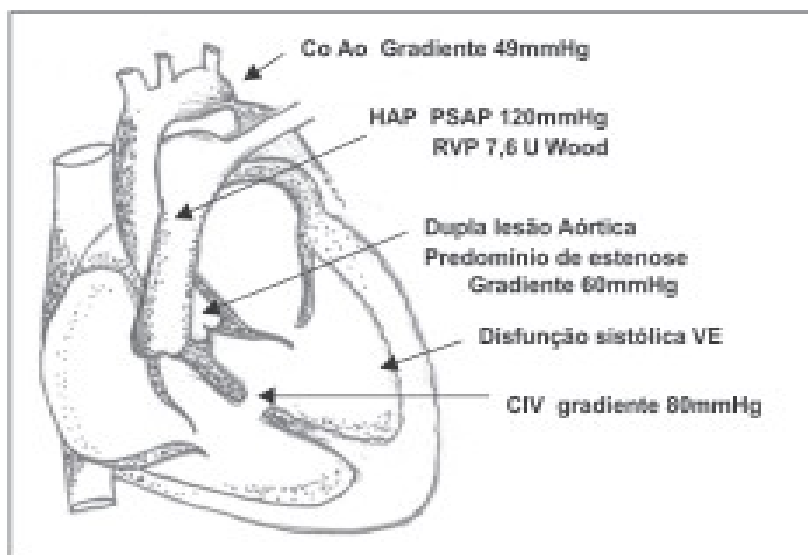


Fig 6 – Diagrama resumindo as principais alterações estruturais e suas repercussões funcionais. Co Ao - coarctação da aorta, HAP – hipertensão arterial pulmonar, PSAP – pressão sistólica artéria pulmonar, RVP - resistência vascular pulmonar, CIV - comunicação inter-ventricular.

Referências Bibliográficas

1. Perloff JK. Survival patterns without cardiac surgery or interventional catheterization: a narrowing base. In: Perloff JK, Child JS, eds. Congenital Heart Disease in Adults. 2^o ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998:15-53.
2. Rosenthal, E., et al: Stent implantation for aortic recoarctation. Am. Heart J. 129:1220, 1995.
3. Laschinger, et al: Prevention of ischemic spinal cord injury following aortic cross-clamping: use of corticosteroids. Ann. Thorac. Surg. 38:500,1984.

Aneurisma Anular Mitro-Aórtico Congênito e/ou Adquirido na Era da Ecocardiografia Transesofágica Rio de Janeiro - RJ

Cesar A. S. Nascimento*, José Oscar R. Brito**, Helena F. Martino***, Luciana da R. Ferreira****, Flávio R. Gouvêa*****, Rita Villela*****, Navin C. Nanda*****, Odilon N. Barbosa*****,
Luciano J. Belém*****, Luís H. Weitzel*****

Resumo:

Os Autores compararam a literatura pré-existente com novos casos de aneurisma anular mitro-aórtico diagnosticados precocemente pela ecocardiografia e acompanhados pela equipe no INCL, sendo estes:

-Quatro casos de aneurisma anular mitro-aórtico congênitos o quarto com evolução pós-operatória que confirma a Teoria de Chesler e o outro com sorologia positiva para Doença de Chagas.

-Quatro casos de aneurisma por trauma de cirurgias repetitivas;

-Três casos de endocardite crônica um caso com aneurisma micótico simulando uma quarta cúspide e outros com padrão de macrovesículas do septo intervalvar e reconstrução do abscesso curado " *Healed Abscesses*".

-Três casos pós endocardite aguda, um caso com fistula para o átrio esquerdo, um caso de aneurisma periprotético evoluindo para a base do folheto anterior mitral; e outro caso com aneurisma do septo intervalvar;

-Um caso típico de Aneurisma " *Bantu*" associada com arterite e agenesia de carótida comum esquerda;

-Dois casos com dissecação parcial do septo interventricular com orifício de origem no anel subaórtico com BAVT;

-Um caso com dissecação total do septo interventricular com orifício de origem no anel subaórtico formando um terceiro ventrículo - "COR-TRIVENTRICULATUM"*.

Palavras-chave: aneurisma anular mitral, aneurisma anular aórtico, *septo intervalvar*, *teoria de Chesler*, *ETT* (ecocardiograma transtorácico), *ETE* (ecocardiograma transesofágico).

Abstract:

The authors compared the previous cases with the new ones early diagnosed by TEE (Trasesophageal ecocardiography) and follow up by the INCL team:

-Four cases of congenital annular aneurysms mitral-aortic. The case 03 after operation had an evolution to confirms the Chesler's Theory, and a case report with positive Sorology to Chagas Disease;

-Four cases of aneurysm by previous surgical trauma;

-Three cases of cronic endocarditis. One case report with macrovesicules pattern of the intervalvar septum, the second simulating quadricúspide aortic valve, and the third with 3D reconstruction of Healed Abscesses;

-Three cases after Acute form of Endocarditis. One case report with fistulae to left atrium, another one case of protetic aneurysm spreading to the anterior basal mitral leaflet, and other of intervalvar septum aneurysm);

-One case typical Bantu's Aneurysm associated with arterite and left commum carotid ageneses.

-Two cases with parcial dissection of intervalvar septum with the origen of subaortic ring associated with complete atrium-ventricular blundblock;

-One case with total dissection of intervalvar septum with origem in subaortic ring building a "COR-TRIVENTRICULATUM" *..

Key words: annular aneurysms mitral; annular aneurism aortic; intervalvar septum; chesler's theory, TTE(transtoracic ecocardiography), TEE(transesophageal ecocardiography).

Introdução:

Em 1949¹ os Drs.Emiliano Gomes e Nelson Botelho Reis publicaram uma forma rara de aneurisma anular com má evolução relacionada com Febre Reumática, entretanto na necrópsia não foi observado lesão correspondente, sendo o oitavo caso da literatura sem explicação. Covisart² em 1813 na França, Hanson e Benson³ em 1933 nos EUA e os autores Berlin e Harlen⁴ em 1938 na Suécia relataram casos esparsos. Em 1962 Abrahams⁵ após extensa revisão descreveu uma forma de aneurisma de Ventrículo Esquerdo de etiologia desconhecida, encontrado na raça negra, no continente Africano e devido a localização e expansão foi denominado "subvalvar" , "anular" ou Aneurisma Bantu⁶ .(fig. 01). Em 1972 Chesler⁷ descreveu um caso no qual houve troca da válvula mitral devido ao aneurisma anular e posteriormente o paciente desenvolveu um aneurisma subaórtico, então defendendo a hipótese de uma fragilidade congênita do anel mitro-aórtico

*Médico do Serviço de Ecocardiografia do INCL;

**Chefe do Serviço de Cirurgia Cardíaca do INCL;

***Chefe do Departamento de Cardiomiopatias e Congênitas no Adulto do INCL;

****Médica da Pós-Graduação do Serviço de Cardiologia do INCL;

*****Médico Residente do Serviço de Cirurgia Cardíaca do INCL;

*****Médica do Serviço de Cardiomiopatias e Congênitas no Adulto do INCL;

*****Chefe do Echolab de University of Alabama at Birmingham (UAB) Al. EUA;

*****Chefe do Departamento de Cirurgia Cardíaca do INCL;

*****Médico do Serviço de Ecocardiografia do INCL;

*****Chefe do Serviço de Ecocardiografia do INCL.