

Angina variante, inversa ou Prinzmetal - 2010

Dr. Andrés R. Pérez Riera

A angina variante, inversa ou Prinzmetal é uma síndrome de dor torácica causadora de isquemia miocárdica secundário a vasoespasmo de artéria coronária habitualmente reversível, que pode acontecer em artérias angiograficamente normais ou ateroscleróticas. Tipicamente acontece em repouso, em forma cíclica acompanhado de supradesnivelamento transitório do segmento ST consequência de espasmo arterial epicárdico coronariano.

Embora sua patofisiologia subjacente não esteja bem estabelecida, espasmo coronário secundário obedece a aumento da atividade serotoninérgica como também da atividade simpática.

Tem sido descrito desencadeamento de espasmo coronário tipo angina variante na doença de Graves, que melhora com o propiltiuracil (1).

O espasmo de artéria coronária pode ser provocado por acetilcolina a qual pode ocasionar vasoconstricção difusa.

Terapia anti-migranha e fármacos com atividade serotoninérgica como ergonovina e ergotamina podem ser gatilhos.

A angina variante pode complicar-se com IM agudo, arritmias variadas e ventriculares severas como também com síncope, episódios de Morgagni-Adams-Stokes (2) e MCS.

Existe uma clara relação entre “transient left ventricular apical ballooning” e a angina Prinzmetal ao ponto de ter sido proposto realizar em forma rotineira o teste de acetilcolina em ambas as circunstâncias (3).

O tratamento farmacológico deve incluir:

1) Antagonistas do cálcio: estas drogas são antihipertensivas, melhoram a função endotelial, podem influenciar positivamente na

ateroesclerose carotídea, reduzem a hipertrofia do VE e dos vasos de resistência e melhoram a compliance arterial. Adicionalmente no possuem efeito adversos na taxa sérica de lipids e de glucose.

Estão formadas por um grupo heterogeneo como fenilalquilaminas verapamil, benzotiazepine diltiazem, e um grupo mayor de dihidropiridinas (DHPs) cujo protótipo é a nifedipina alem de outros mais novos como nitrendipina, nisoldipina, amlodipina, felodipina, lacidipina, e lercadipina. Os DHPs são primariamente vasodilatadores, hipotensores, e diminuidores da resistência vascular periférica a nível das pequenas arteriolas as quais podem ser seguidas de contraregulação autonômica especialmente nas drogas de inicio de ação rápida. Para pacientes com angina variante, DPOC, e asma, Raynaud ICC diastólica e hipertensos com hipertrofia severa do VE recomendam-se associados a IECA Ou inibidores AT1.

- 2) Nitratos
- 3) Prazosin um bloqueante alfa selectivo.
- 4) Nicorandil
- 5) Trogliatazona
- 6) Insulina sensiter
- 7) Abolição de beta bloqueadores
- 8) Abolição de drogas para tratamento de enxaqueca tipo derivados da ergolina como nicergolina (4).
- 9) Redução de catecolaminas endógenas e exogenas no preoperatorio assim como antagonistas cálcicos, nitratos e monitorização permanente no pré-operatorio
- 10) Peptídeo natriurético cerebral “beta B-type (brain) natriuretic peptide” (5).

Abordagem não farmacológica

- Colocação de stent tem sido eficaz em aquelas formas refratárias ao tratamento medicamentoso com lesões proximais discretas (6).
- Cirurgia de revascularização: esta está contra-indicada na variante de Prinzmetal sem aterosclerose associada (7).

Referencias

- 1) Pavlicek V, Zeif H, Widmer F. Thyrotoxicosis-induced Prinzmetal variant angina. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2006 Jan;114:28-30.
- 2) Angelini P. Transient left ventricular apical ballooning: A unifying pathophysiologic theory at the edge of Prinzmetal angina. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2008 Feb 15;71(3):342-52.
- 3) Libionka A, Libionka W, Nessler B, Nessler J, Stobierska-Dzierzak B, Piwowarska W. Variant angina pectoris associated with Morgagni-Adams-Stokes syndrome--case report *Przegl Lek*. 2005;62:1561-1563.
- 4) Tomcsányi J, Vecsey T, Tátrai T. Nicergoline-induced Prinzmetal angina. "Heartache" instead of headache. *Orv Hetil*. 2004 Jan 4;145:31-32.
- 5) Kato H, Yassue H, Yoshimura M. Suppression of hyperventilation induced attacks with infusion of B-type (brain) natriuretic peptide with variant angina *Am Heart J* 1994; 128: 1098.
- 6) Gaspardone A, Tomai F, Versaci F, et al. Coronary artery stent placement in patient with variant angina refractory to medical treatment. *Am J Cardiol*, 1999; 84:96.
- 7) Borys M, Pierron F, Panagides D, et al. Coronary artery spasm in patients with normal or near normal coronary arteries. Long-term follow up of 277 patients, *Eur Heart Journal*. 1999; 17: 1015.