

Avaliação do paciente com dor torácica - 2011

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Primeiro valorizo os dados da anamnese pessoal e familiar vejo sempre previamente contexto clínico e associo o ECG.

Clínica: Sempre me pergunto:

Características: *Qual é característica e caráter de essa dor anginosa? sensação de asfixia e ansiedade? Constrição? em queimação? em peso? Em aperto? Que tipo de angor possui. Ex é uma angina estável? instável? E assim procedo seguindo as normas consagradas.*

Localização: *Onde está localizada? retoresternal? precordial?*

Irradiação: onde se irradia? superfície ulnar do antebraço esquerdo? Membro superior direito? dorso? pescoço? mandíbula? epigástrio? Quanto dura? 2-5 min (crescendo-decrescendo; sinal Levine); é desencadeada pelo esforço? / emoção? Prolongada? Mais de 20 minutos?

Quais são os fatores de alívio?: *Alivia com nitratos? Com o repouso? É uma angina de decúbito por redistribuição fluidos?*

Manifesta-se como “equivalentes anginosos”?: *Como dispneia, fadiga, lipotímia, dispnéia, tontura, fadiga e eructações freqüentes nos idosos são pouco entendidos, ainda hoje. ↑ idosos e diabéticos?*

Exame físico é importante se é normal ou evidência por exemplo um choque da ponta alterado (a/discinésia), se existe

S3, S4, regurgitação mitral (se disfunção papilar por isquemia aguda/EAM). pode ter achados de grande valor prognóstico: *Quarta bulha?:: cardiomiopatia isquêmica com disfunção ventricular esquerda, cardiomiopatia valvar, cardiomiopatia hipertensiva, cardiomiopatia idiopática* Sopro de regurgitação mitral: *disfunção de ventrículo esquerdo. Estertores crepitantes*

E importante avaliar no contexto a possibilidade de outras causas mais raras como arterite que pode reduzir a luz : Arterite de Takayashu, temporal, pelo uso de cocaína, de células gigantes, reumatoide, doença de Kawasaki É importante também ter em conta eventuais alterações da microcirculação, tais como aquelas que ocorrem na HVE e na síndrome X, também podem levar à insuficiência coronária, por exemplo:

1. *Trajeta anômalo*
 - *da artéria interventricular anterior*
 - *da artéria circunflexa esquerda*
2. *Origem anômala da artéria coronária esquerda em artéria pulmonar*
3. *Alterações da microcirculação*
4. *Hipertrofia ventricular esquerda*
 - *idiopática*
 - *por hipertensão arterial sistêmica*
5. *Insuficiência aórtica*
6. *Estenose aortica*

Importante ter em mente a existência da síndrome X = presença de *isquemia miocárdica por meio da eletrocardiografia ou da cintigrafia de perfusão miocárdica*, na *ausência de lesões obstrutivas* nas artérias coronárias *à cinecoronariografia*.

Como interpretamos esta síndrome? Uma *redução da oferta de oxigênio* no nível celular devida á disfunção endotelial, origem anômala de coronárias, espasmos ou alterações do tônus vascular.

Caso o ECG sugiera isquemia e por exemplo o paciente é um diabético o próximo passo é avaliar com uma prova de esforço associada a cintilografia. Se da positiva peço estudo hemodinâmico.

Em pacientes com angina devido a **outras causas que obstruam a coronária por ateromas**, podem ser encontrados **sinais específicos** do fator causal: **sopro sistólico aortico-ejetivo** em portadores de estenose aórtica ou cardiomiopatia hipertrófica, **mucosas descoradas** na anemia, **sinais de tireotoxicose** no hipertireoidismo, **estertores crepitantes pulmonares** e **terceira bulha** à ausculta do coração = sinais de disfunção ventricular esquerda transitória, **sopro sistólico transitório de regurgitação mitral** = isquemia dos músculos papilares

O ECG realizado em repouso, **mostra-se normal em aproximadamente 50% dos pacientes com angina do peito típica.**

Nos outros 50% dos pacientes, é possível encontrar alterações da repolarização ventricular com: inversão da onda T, **alterações do segmento ST**. Não esquecer, porém, que todas estas alterações podem ser encontradas nas: enfermidades pericárdicas, miocárdicas ou valvulares, **ansiedade**, **uso de fármacos**, **doenças esofágicas**.

Contudo, quando as alterações do ECG acompanham os episódios de dor torácica e desaparecem depois de cessada a dor o diagnóstico de isquemia miocárdica é muito mais provável. O segmento ST está, **geralmente, infra-desnivelado durante um episódio de angina**, contudo, pode estar supradesnivelado, por vezes até muito acentuadamente, como na angina vasoespástica de Prinzmetal.

Monitoração ambulatorial do ECG pode detectar a isquemia miocárdica, registrando episódios de infra ou supradesnivelamento do segmento ST, com ou sem manifestação de dor anginosa. Este recurso é sensível e capaz de identificar pacientes com isquemia miocárdica manifesta ou silenciosa, o que configura potencial risco aumentado de eventos coronários.

Teste de esforço Realiza-se exclusivamente **em esteira ergométrica**, para a investigação diagnóstica da DAC. O registro eletrocardiográfico de 12 derivações modifica-se durante o exercício. A sensibilidade da prova de esforço é de aproximadamente 75%.

Em caso de **dispnéia, tontura e fadiga intensos** o exame deve ser interrompido, isso indicando presença de doença isquêmica grave. O risco da prova de esforço é pequeno, estimado em um

óbito e duas complicações não-fatais por 10.000 testes. Contra-indicações: infarto agudo do miocárdio (< 4 dias), angina instável de moderado e alto risco, ritmos cardíacos instáveis, estenose aórtica grave, miocardite aguda e endocardite infecciosa ativa.

Caso não há a possibilidade de realizar esforço físico (idosos, insuficiência vascular periférica, doença pulmonar, doenças do sistema locomotor ou acidente vascular cerebral prévio), pode-se optar pelo **estresse farmacológico com vasodilatador**, sendo o [dipiridamol](#) e a [adenosina](#) os mais utilizados, ou com [dobutamina](#). Sempre que possível, prefere-se o estresse pelo esforço, pelas informações adicionais que proporciona (alterações do segmento ST, tolerância ao esforço e comportamento da pressão arterial e da frequência cardíaca).

ECG pode mostrar:

- infradesnivelamento do segmento ST > 0,4 mV (4 mm) avaliando também a intensidade do infradesnivelamento do segmento ST
- queda da pressão arterial sistólica superior a 10 mmHg
- taquiarritmia ventricular
- avaliação do tempo necessário para a recuperação das alterações

Este exame é útil para:

- diagnóstico
- determinar o grau de exercícios que o paciente pode realizar
- avaliar o grau da sua limitação física (ajudando nas decisões terapêuticas)
- tentativa de se fazer o diagnóstico de DAC em pessoas assintomáticas
- aumentar a probabilidade deste diagnóstico em pessoas já com sintoma

DESVANTAGEM: quando não se atinge suficiente carga de esforço, ou seja, **frequência cardíaca de 85% da FC máxima** para a idade e o sexo, o exame pode não ajudar. Para se entender a sensibilidade e a especificidade do exame a **população que está sendo avaliada tem que ser bem definida.**

*Um resultado negativo não exclui a presença de DAC somente **torna improvável a presença da doença no tronco** da artéria coronária esquerda ou **doença em três vasos**.*

Dificultam a interpretação do exame, precisando de outros métodos de avaliação:

- distúrbios da condução do estímulo*
- bloqueios do ramo esquerdo*
- alterações do segmento ST em repouso*