

DOR TORÁCICA

José Carlos Rossini Iglézias*

A - CASO CLÍNICO

- **Identificação:** JPP, 57 anos, masculino, mulato, natural e procedente de São Paulo, vendedor.
- **Queixa e duração:** Dor precordial irradiada para a região interes-cápulo-vertebral há duas horas
- **História progressa da moléstia atual:** Paciente portador de hipertensão arterial sistêmica tratada de forma irregular com metildopa e hidroclortiazida, foi acometido por dor torácica intensa, súbita, acompanhada por náuseas e sudorese intensa. Interrompeu as atividades por alguns momentos devido a intensidade dos sintomas esperando melhora espontânea dos mesmos. Como isso não ocorreu, procurou um serviço de pronto-socorro.
- **Antecedentes pessoais:** Acometido por hepatite na infância, submeteu-se a herniorrafia inguinal esquerda aos 35 anos.
- **Antecedentes familiares:** Pai vivo, portador de hipertensão arterial sistêmica e com seqüela de acidente vascular cerebral prévio. Mãe, viva e hipertensa.
- **Hábitos e vícios:** Tabagismo prévio, interrompido há cinco anos e etilismo social.
- **Interrogatório sobre os diferentes aparelhos:** Diminuição da acuidade visual bilateralmente e jato urinário fino e fraco.
- **Exame físico geral:** Regular estado geral, peso de 80 quilogramas, frequência cardíaca de 110 bpm e respiratória de 24 ipm. Temperatura corpórea de 36,8° C. Hidratado, corado, anictérico, acianótico, contactuante. Apresentava vasoconstricção periférica, palidez cutânea e pulsos distais diminuídos +/4.
- **Exame físico especial:** Cabeça e pescoço: Ausência de estase jugular e de sopro em território das carótidas. Aparelho respiratório; sem alterações, murmúrio vesicular conservado, sem ruídos adventícios. Aparelho cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, taquicárdico com sopro sistólico +/4 em área mitral irradiado para a axila, inconstante. Abdômen: Plano, flácido com ruídos hidroaéreos presentes e fígado há dois cm do rebordo costal direito, liso e indolor. Membros: Extremidades inferiores frias.

B - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Com o intuito de estabelecer o diagnóstico diferencial de dor torácica súbita em paciente adulto, portador de hipertensão arterial e, diante do quadro clínico bastante típico, pensou-se em: infarto agudo do miocárdio e dissecação da aorta torácica.

Métodos diagnósticos: Eletrocardiograma: o ritmo era sinusal, a frequência cardíaca de 110 bpm e havia um supra desnivelamento do segmento ST de 2 mm nas derivações D1, AvL, V5 e V6. Dosagem enzimática: A dosagem de CKMb, correspondente ao momento da admissão no serviço de pronto socorro foi de 83 UI. Radiografia de tórax: No exame realizado não havia aumen-

to do mediastino, os contornos da aorta eram bem evidentes e a área cardíaca se encontrava dentro dos limites da normalidade. Diante de quadro clínico bastante típico, das alterações eletrocardiográficas e enzimáticas ficou caracterizado o infarto agudo do miocárdio- infarto de parede lateral.

C - EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS

O paciente evoluiu favoravelmente nos cinco primeiros dias pós-infarto quando, passou a apresentar instabilidade hemodinâmica, aumento da frequência cardíaca, diminuição da pressão arterial para níveis de 80/60 mmHg, vasoconstricção periférica e estertores crepitantes nas bases dos pulmões, além do aumento da frequência respiratória.

Diante dessa instabilização foi submetido a intubação orotraqueal, respiração controlada pelo ventilador e tratamento clássico para o edema agudo dos pulmões. Tentando esclarecer a razão da instabilização aguda do quadro foram solicitados: novo ECG, radiografia do tórax e ecocardiograma. O ecocardiograma evidenciou uma insuficiência mitral aguda Isquêmica, secundária a rotura de cordas do músculo papilar póstero-lateral e a presença de uma massa ovalada junto a face posterior do ventrículo esquerdo que restringia o enchimento da câmara ventricular. A fração de ejeção era de 0.40.

Após a estabilização do quadro com o uso de vasopressor (dopamina) e oxigenioterapia (FiO₂ de 40%), o paciente foi submetido a cineangiocoronariografia e teve sua cirurgia indicada. A cineangiocoronariografia evidenciou a suboclusão do ramo interventricular anterior (70%) e do 1° ramo diagonal (70%) além da oclusão das coronárias direita e circunflexa nos terços proximais.

D - TRATAMENTO

O paciente foi operado com o auxílio da circulação extracorpórea e hipotermia moderada (32°C). Foram realizados enxertos venosos para o ramo interventricular anterior e 1° diagonal. A valva mitral, devido a necrose do músculo papilar posterior foi substituída por bioprótese através da via ventricular e o ventrículo esquerdo foi reconstruído geometricamente utilizando um fragmento de pericárdio bovino que foi suturado às bordas da região do infarto por meio de sutura apoiada em barras de feltro de teflon. O paciente necessitou de balão de contrapulsção aórtica e evoluiu favoravelmente no pós-operatório.

E - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aneurisma verdadeiro do ventrículo esquerdo é formado pela cicatrização, adelgaçamento e distensão de uma área da parede ventricular. O processo produz um aneurisma de colo largo. Ao contrário, o falso aneurisma geralmente desenvolve ruptura aguda da área infartada. Tais rupturas são habitualmente fatais, porém quando o pericárdio está fortemente aderido ao epicárdio, a ruptura pode resultar somente num hemopericárdio localizado. A comu-

nicação persistente do hemopericárdio com a cavidade ventricular esquerda resulta em gradual expansão do mesmo, formando um grande pseudoaneurisma, cuja parede é composta por pericárdio e adesões. Seu colo é habitualmente estreito. Esses pseudoaneurismas apresentam grande tendência a ruptura quando comparados aos aneurismas verdadeiros. O diagnóstico pode ser feito, após a suspeita, pelo ecocardiograma bidimensional, razão pela qual solicitamos o exame no paciente acometido por infarto agudo do miocárdio que apresenta súbita instabilização hemodinâmica.