

## PRECORDIALGIA EM CORONARIANO CRÔNICO

Eliane Pereira Passos<sup>1</sup>, Alfredo Ribeiro Monteiro<sup>1</sup> e Hudson Hübner França<sup>2</sup>

### ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

|             |  |
|-------------|--|
| <b>CKMB</b> | Creatino-fosfoquinase fração B                 |
| <b>CPK</b>  | Creatino-fosfoquinase                          |
| <b>CD</b>   | Artéria coronariana direita                    |
| <b>Cx</b>   | Artéria coronariana circunflexa                |
| <b>DA</b>   | Artéria coronariana inter-ventricular anterior |
| <b>ECG</b>  | Eletrocardiograma                              |
| <b>Eco</b>  | Ecocardiograma                                 |

L.T.A., 69 anos, masculino, branco, deu entrada no Serviço de Emergência, às 9h da manhã (20/07/2001), com história de tontura, seguida de síncope, logo após se levantar. Dez horas antes, no início da noite, teve dor precordial e, por isso, usou nitrato sub-lingual 3 vezes.

Ao exame, o paciente estava sonolento e se queixava de mal estar geral e grande lassidão. Apresentava intensa palidez cutâneo-mucosa e sudorese fria, pegajosa.

O coração era rítmico, a 2 tempos, com bulhas abafadas, sem sopro. PA 120 x 70, FC 76. Pulsos periféricos presentes, simétricos. Sopro sistólico +/4 na carótida esquerda. Abdome flácido, indolor, sem massas palpáveis.

ECG: ritmo sinusal e bloqueio completo do ramo esquerdo (o paciente tem esse padrão eletrocardiográfico desde 1977).

CPK 56 u/l e CKMB 3 u/l (essas dosagens, repetidas 24 horas depois, mostraram os mesmos valores); creatinina 1,8 mg, glicose 339 mg, hemácias 3.090.000, hematócrito 26 e hemoglobina 7,8mg.

Cinecoronariografia (dezembro, 1998): DA ocluída no terço proximal, Cx com ateromatose difusa, primeiro ramo marginal com oclusão proximal de 70% e CD com oclusão proximal de 60%. Eco-Doppler (novembro, 1994): ateroma na carótida comum esquerda.

Às 16h55 o paciente queixou-se de dor precordial e, em seguida, fez fibrilação atrial com condução aberrante (fig. 1).

Medicado com meperidina, xilocaína e amiodarona, por via venosa, o ritmo voltou ao normal.

O paciente recebeu 2 unidades de concentrado de glóbulos e, nos dias subsequentes, mais 4 unidades.

Com essas medidas, o quadro se estabilizou e o paciente não teve mais dor nem arritmia. Em 22/07, apresentou melena abundante que se repetiu por 1 semana.

Em 24/07, o hematócrito estava em 35, hemácias em 4.040.000 e hemoglobina 11g.

O paciente sabe ser hipertenso (hipertensão de grau moderado) desde 1977, quando começou a ter dor precordial aos esforços. Diabético desde 1982, com manifestação de neuropatia periférica a partir de 1989. Fumante, de hábitos sedentários. Foi internado algumas vezes, nos últimos anos, com quadro de angina instável, tendo boa recuperação. Em novembro de 2000 teve infarto agudo do miocárdio.

Faz uso de insulina, maleato de enalapril (40mg), clortadilona (12,5mg), propatilnitrato (10mg – 3x), carvedilol (12,5mg) e ácido acetil salicílico (100mg).

Nas últimas 3 semanas, por causa de dor nas pernas, tomou 1 comprimido por dia de nimesulida (15 dias) e, em seguida, de rofecoxib (7 dias).

### COMENTÁRIOS

A primeira impressão diagnóstica foi de mais uma crise de insuficiência coronariana aguda, como já acontecera outras vezes. Todas as circunstâncias apontavam nessa direção: história progressiva,

---

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 3, n. 1, p. 27-28, 2001

1- Médicos da Clínica de Moléstias Cardiovasculares - Med Cor - Sorocaba -SP

2 - Professor Titular do Depto. de Medicina – CCMB/ PUC-SP

aterosclerose coronariana e carotídea, a disfunção endotelial e a hiperagregabilidade plaquetária que acompanham o diabetes, a hipertensão e o tabagismo.

A palidez cutâneo-mucosa foi interpretada, inicialmente, como vasoconstrição reativa à disfunção ventricular. No entanto, o hematócrito baixo, em indivíduo bem nutrido, levou à hipótese de anemia aguda por sangramento gastrointestinal, talvez ligado ao uso de anti-inflamatórios inibidores de ciclo-oxigenase 2.

A hipótese do sangramento foi confirmada pela resposta ao tratamento, pela melena e pela endoscopia digestiva que revelou gastrite enantemática do corpo e antro gástricos.

## DIAGNÓSTICO:

- Anemia aguda por hemorragia digestiva
- Insuficiência coronariana
- Aterosclerose
- Diabetes mellitus
- Hipertensão arterial
- Tabagismo

*Nosso agradecimento à Srta. Heloisa Helena Armênio pela digitação do texto.*

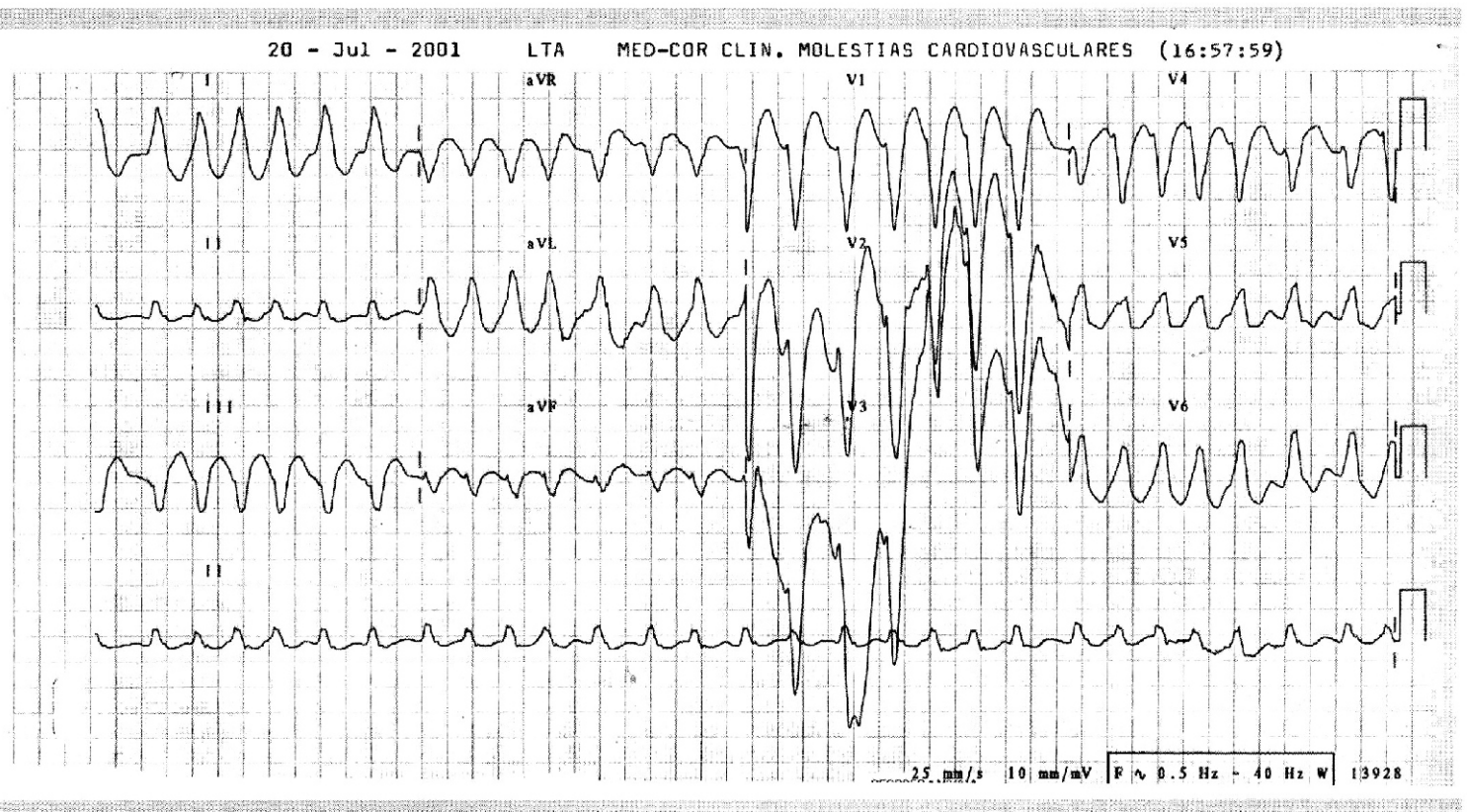


Figura 1: Fibrilação atrial, com condução aberrante, que se iniciou após dor precordial.