

Que características clínicas devem ser pesquisadas frente a um paciente com dor torácica? Quais se associam à dor do tipo anginosa?

A anamnese é o principal recurso diagnóstico na dor torácica, motivo muito frequente de consulta médica. A correta indicação de exames complementares, bem como a interpretação dos seus resultados, depende diretamente de uma coleta de dados detalhada.

Embora a angina esteja sempre no horizonte do médico, outras causas de dor torácica são mais comuns na prática clínica, como os problemas osteomusculares, a doença do refluxo gastroesofageano (DRGE) e o transtorno de ansiedade com manifestações somáticas (dor psicogênica).

Entretanto, como a cardiopatia isquêmica é a principal causa de óbito no mundo, a divisão que se propõe para o raciocínio diagnóstico é entre a dor torácica típica (sinônimo de dor anginosa) e a dor atípica (aquela cujas características não apontam para uma possível causa isquêmica).

O paciente com dor torácica se sente não apenas incomodado com o sintoma, mas sobretudo alarmado com a possibilidade de uma doença cardíaca. Será tarefa de diferentes especialistas como clínicos, internistas, médicos da saúde da família, emergencistas e cardiologistas o esclarecimento da causa da dor através de perguntas simples, mas muitas vezes negligenciadas ou feitas de modo incompleto.

Todas as perguntas que se seguem devem ser feitas a todo paciente com dor torácica.

1) “Onde dói?”

LOCALIZAÇÃO DA DOR

- A dor osteomuscular tem localização variável no tórax, dependendo do grupo muscular acometido (face anterior, posterior ou lateral do tórax); o paciente consegue definir precisamente a sua localização, geralmente apontada por ele, quando solicitado. Durante o exame físico o médico deve pressionar o local indicado pelo paciente e, caso isso reproduza a dor, a etiologia osteomuscular se torna ainda mais provável.

- Na DRGE a dor é retroesternal, embora muitas vezes se inicie no epigástrio, com direção ascendente (pirose);
- A dor psicogênica tem localização mais frequente no precórdio.
- Na angina a dor é de caráter difuso (é uma dor visceral), retroesternal; é importante salientar que a localização precordial, embora possa acontecer na doença isquêmica, é mais rara e por isso considerada uma localização atípica.

2) “A dor irradia ou caminha para algum outro lugar?”

IRRADIAÇÃO DA DOR

- A dor anginosa geralmente irradia para a face ulnar do membro superior esquerdo ou para a região cervical, até a mandíbula; mais raramente pode haver irradiação para os dois membros superiores.
- Nas demais etiologias a dor geralmente não apresenta um padrão de irradiação.

3) “Como é a dor?”

TIPO OU CARÁTER DA DOR

- A dor osteomuscular é habitualmente em pontada ou mais raramente do tipo surda, como um dolorimento;
- Na dor psicogênica dois padrões distintos podem acontecer: em fisgada, pontada ou do tipo desconforto, mais difusa e insidiosa.
- Na DRGE a dor é em queimação.
- A dor anginosa é de caráter opressivo, e pode ser referida pelo paciente mais como um desconforto do que como uma dor, mas ainda assim será de caráter opressivo.

4) “Há alguma coisa que provoque a dor?”

FATORES PRECIPITANTES

- A dor osteomuscular aparece durante movimento do tórax (flexão ou rotação do tronco), e pode ser ventilatório-dependente.

- Na DRGE a dor surge após as refeições, sobretudo quando o paciente se deita após alimentar-se, o que frequentemente ocorre à noite.
- Na dor psicogênica nem sempre há fator precipitante claro para o paciente, embora alguns deles percebam que o incômodo surge em momentos de maior estresse emocional.
- A dor na angina estável é precipitada pelo esforço físico, e sempre por um mesmo tipo de esforço ou esforços que se equivalem em termos de intensidade (há um limiar isquêmico). A dor nas síndromes coronarianas agudas (SCA, que inclui a angina instável e o infarto) não tem relação com o esforço, embora conserve a localização, o caráter e a irradiação já descritos acima.

5) “Há alguma coisa que provoque a dor?”

FATORES DE ALÍVIO

- Na DRGE a dor pode ser aliviada com o uso de anti-ácidos ou inibidores da bomba de prótons;
- O paciente com dor anginosa precipitada por esforço tem uma postura típica de interromper o esforço, e com isso obtém rápido alívio; o uso de nitrato sublingual produz também alívio rápido, em 1 ou 2 minutos.

6) DURAÇÃO DA DOR

- Não há uma duração característica da dor osteomuscular ou do DRGE;
- Na dor psicogênica a duração é de extremos: dura alguns segundos quando é do tipo pontadas ou físgadas e pode durar horas ou dias inteiros na dor mais insidiosa, surda;
- A dor na angina estável dura entre 5 e 10 minutos; se a dor é típica e tem duração superior a 20 minutos o paciente deve procurar uma unidade de pronto-atendimento para avaliação de uma possível síndrome coronariana aguda.

7) SINTOMAS CONCOMITANTES

- Na dor psicogênica é muito comum que o paciente apresente também cefaleia tensional, dispepsia funcional, palpitações, insônia, disfunção sexual e outros sintomas, compondo assim o quadro do transtorno de somatização.
- Na DRGE a regurgitação é frequente, e corrobora o diagnóstico;
- Na angina estável em geral não há concomitantes, embora o paciente possa queixar-se de dispneia no momento da dor; já nas SCA é muito frequente a associação da dor com sintomas disautônômicos - náuseas, vômitos, sudorese fria e palidez cutânea.

Seguindo sempre a rotina de questionar o paciente sobre todas as características da dor torácica listadas acima, o diagnóstico diferencial se apresentará, sem muitas dificuldades.

Outras causas de dor torácica também frequentes são: as doenças pulmonares com acometimento pleural (a dor será ventilatório-dependente, e achados como tosse produtiva e febre ajudam no diagnóstico); as pericardites (onde a dor também é ventilatório-dependente e há sintomas virais/infecciosos nos dias precedentes); o tromboembolismo pulmonar (condição de diagnóstico clínico difícil e apresentação aguda, onde a suspeita deve acontecer de acordo com os fatores predisponentes).

Por último, cabe lembrar que um mesmo padrão de dor terá significado clínico diferente em pacientes com ou sem fatores de risco cardiovascular. Por exemplo: em pacientes jovens, sem comorbidades, ainda que se queixem de dor torácica com algumas características típicas, o valor preditivo da anamnese no diagnóstico de cardiopatia isquêmica será baixo, seguindo o teorema de Bayes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Hurst's The Heart – 11th ed. McGraw Hill, 2004, 1466-1468.
- 2) Harrison's Principles of Internal Medicine – 17th ed. McGraw Hill, 2008, 1514-1516.
- 3) López, M, Laurentys-Medeiros. J. Semiologia Médica – As bases do diagnóstico clínico. 4ª edição. Revinter, Rio de Janeiro, 1999, 289.
- 4) Fihn, SD, *et al.* 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease. JACC 2012; 60 (24): e44-e164.