

Pergunta:

Que aspectos devem ser considerados na avaliação da dor torácica crônica?

Resposta:

A dor torácica é um sintoma frequente, tanto no contexto ambulatorial como nos serviços de urgência. É encontrada nas condições mais diversas, cardíacas e não-cardíacas, de prognóstico e tratamento muito diferentes.

Embora a etiologia isquêmica não seja a mais prevalente, perdendo para as dores osteomusculares, a doença do refluxo e a dor psicogênica, a preocupação em torno dessa possibilidade se impõe: a cardiopatia isquêmica tem maior gravidade e demanda propedêutica e tratamento específicos.

Entretanto, submeter pacientes com dor torácica e baixa probabilidade de doença coronariana (jovens e/ou sem fatores de risco) a exames complementares para avaliar tal doença produz erros diagnósticos, ansiedade e tratamentos supérfluos, com custos e riscos inaceitáveis. Em 2003, a Organização Mundial de Colégios Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Médicos gerais/Médicos de Família (WONCA) propôs o conceito de prevenção quaternária, definida como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de intervenções médicas inapropriadas. A solicitação de exames complementares no esclarecimento da dor torácica em pacientes de baixo risco cardiovascular é frequente (existem ferramentas para estimativa do risco de eventos cardíacos, como o escore de Framingham), e desrespeita os princípios da prevenção quaternária, que devem ser aplicados pelos médicos da atenção primária, generalistas e cardiologistas⁵.

A anamnese é o método fundamental para classificar adequadamente a dor torácica e estabelecer a melhor conduta. Uma história clínica completa sobre a dor deve incluir a sua localização, caráter, irradiação, duração, fatores precipitantes e de alívio, além dos fatores de risco para aterosclerose. Sem a soma de todos esses dados a formulação de uma hipótese diagnóstica não será possível, e a interpretação de exames complementares como o teste ergométrico ficará prejudicada, pois a acurácia diagnóstica de um exame depende de sua correta indicação.

Na doença isquêmica crônica (angina estável) a dor é retroesternal, constrictiva ou opressiva, às vezes descrita como desconforto difuso, e pode haver irradiação para o membro superior esquerdo, para ambos os membros ou para a região cervical e mandibular. O sintoma é precipitado por esforços físicos e aliviado rapidamente pelo repouso, de modo que sua duração não costuma exceder 5 a 10 minutos. Nas síndromes coronarianas agudas (angina instável de repouso e infarto agudo) a dor tem as mesmas características, porém não há relação com esforços, sua duração é maior (em geral superior a 20 minutos) e virá quase sempre acompanhada de sintomas disautônômicos como sudorese, palidez cutânea, náuseas e vômitos.

O quadro abaixo é de uso clínico corrente, e deve ser lembrado diante de um paciente com dor torácica:

<p>Angina típica</p> <ol style="list-style-type: none">1. Desconforto retroesternal opressivo e com duração de poucos minutos que é2. Provocado por esforço físico ou estresse emocional agudo3. Aliviado pelo repouso ou uso de nitrato sublingual <p>Angina atípica</p> <ul style="list-style-type: none">• A dor preenche dois dos critérios acima <p>Dor não-anginosa</p> <ul style="list-style-type: none">• A dor preenche um ou nenhum dos critérios acima

Nas dores osteomusculares o paciente é capaz de definir precisamente o local da dor, que piora à movimentação e pode ter caráter ventilatório-dependente. No exame físico a palpação local é capaz de reproduzir a dor, e deve ser feita com esse intuito.

A doença do refluxo gastresofágico cursa com dor retroesternal em queimação, ascendente (pirose), que geralmente surge após a alimentação, sobretudo se o paciente alimenta e se deita, o que comumente acontece à noite. A regurgitação e a tosse seca podem compor o quadro clínico.

Nos transtornos de humor e na somatização a dor torácica é dos sintomas mais frequentes, e compõe o quadro de queixas variadas como cefaleia, insônia, irritabilidade, ansiedade, anedonia, tristeza ou angústia que duram mais de duas semanas, disfunção sexual, etc. A dor nesses transtornos tem caráter surdo ou em fincadas, duração extrema de segundos (no caso das fincadas ou pontadas) ou muitas

horas, podendo durar todo o dia, o que não acontece nas demais etiologias. É fundamental que, diante de uma dor torácica com tais características, o médico questione sobre os demais sintomas citados acima que, se presentes, aumentam a probabilidade da etiologia psicogênica.

Por fim, as características da dor devem ser postas no contexto clínico do paciente: uma dor anginosa, portanto típica, mas que aconteça em uma mulher que tem entre 30 e 39 anos será relacionada à doença coronariana obstrutiva em apenas 26% dos casos; o mesmo sintoma, ocorrendo em um homem de 50 anos, traz 73% de chance de doença coronariana¹. AVC ou AIT prévios, doença arterial periférica, diabetes, hipertensão, tabagismo e um histórico familiar de doença coronariana precoce também acarretam maior probabilidade de etiologia isquêmica.

Não se pretendeu, aqui, esgotar as causas de dor torácica, mas recordar as mais comuns e reforçar o papel da anamnese detalhada e sistematizada e da estimativa do risco cardiovascular como principais ferramentas diagnóstica; sem elas, é impossível indicar corretamente os testes complementares.

Não foi contemplada, aqui, a abordagem de pacientes com dor torácica aguda, de repouso, onde as características do sintoma e o perfil de risco do doente colocam o médico da atenção primária à saúde diante da possibilidade de uma síndrome coronariana aguda. Nesses casos, o acesso facilitado e rápido a uma unidade de atenção secundária ou terciária é fundamental.

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.
- 5) Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009; 25(9):2012-2020.