

Caso clínico

Gerson Paulo Goldwasser¹

Mulher de 68 anos, branca, aposentada, ex-funcionária administrativa, natural e moradora no Rio de Janeiro, é atendida no setor de emergência com a seguinte história clínica:

QD – desconforto epigástrico e torácico

HDA – Relata que após o almoço sentiu náuseas e desconforto epigástrico que se estendia para face anterior do tórax, braço esquerdo e mandíbula. A alimentação era à base de peixe, legumes e “sem gorduras”. Medicou-se com gotas “anti-gases”, porém não obteve melhora por mais de 3 horas após, notando também palidez facial com sudorese. Ficou preocupada em não ser alteração gástrica, procurou atendimento na emergência.

Antecedentes – hipertensão arterial leve e hipercolesterolemia controladas com anlodipina e sinvastatina, respectivamente; nega outras doenças de importância clínica.

Antecedentes sociais - tabagista por 30 anos, um maço/dia, tendo parado há 8 meses; boas condições sócio-econômicas.

Antecedentes familiares – mãe já teve infarto do miocárdio, e dois filhos com boa saúde.

Exame Físico Geral – regular estado geral. Inquieta, palidez cutânea e sudorese;

Pulso radial regular com frequência de 110 bpm; PA: 115x65mmHg;

Afebril

ACV: **rítmo regular** c/ B4, sopro holo-sistólico (+/4) mitral.

AR: murmúrio vesicular preservado bilateral, sem ruídos adventícios, frequência respiratória 16 irm.

Abdome: discreto desconforto no epigástrico, sem outras alterações e sem visceromegalias.

Membros superiores e inferiores: sem alterações, pulsos palpáveis. Tireoide: impalpável

Pergunta-se:

- 1) Qual o diagnóstico principal inicial?
- 2) Qual a conduta para confirmar o diagnóstico principal?
- 3) Qual a conduta de tratamento?

Diagnóstico principal inicial:

A característica da história clínica da paciente com desconforto torácico prolongado em mais de 30 minutos, não melhorando com sintomáticos e presença de fatores de risco para doença coronariana, conduzem ao diagnóstico principal de síndrome coronariana aguda por infarto do miocárdio.

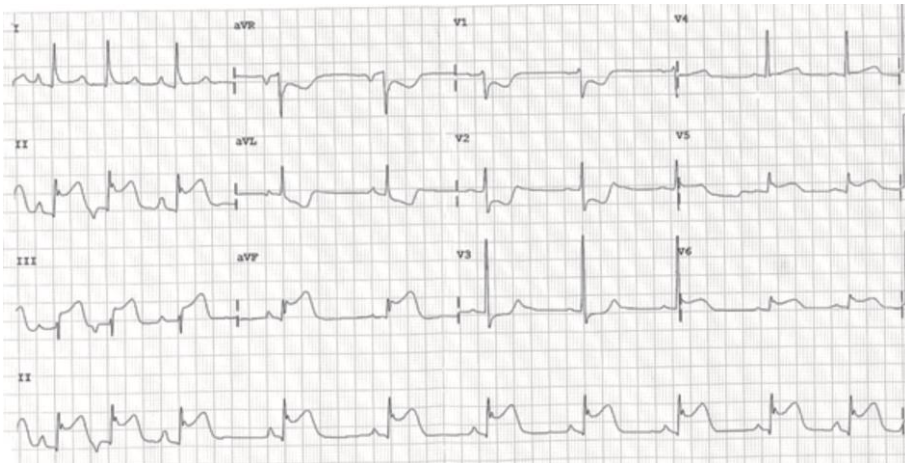
Conduta para confirmar o diagnóstico principal:

- 1) Obtenção do eletrocardiograma em tempo inferior a dez minutos após a admissão (figura 1),
- 2) Coleta de exames de sangue: hemograma, coagulograma, glicemia, eletrólitos, creatinina e marcadores de necrose miocárdica:
troponina T e I, e creatinoquinase – CK-MB massa (ver abaixo).

¹ Prof. Adjunto da Escola de Medicina Souza Marques. Chefe da 3ª Enfermaria do Ho Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Mestre em Cardiologia pela UFRJ. Especialista e Membro da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro

Exames:

1) Eletrocardiograma (figura1):



Laudos: ritmo sinusal com FC de 115 bpm, condução átrioventricular normal, supradesnívelamento de J e ST em D2-D3-aVF-V5-V6 e infradesnívelamento em aVL-V1-V2. Conclusão: infarto agudo do miocárdio com supra de ST de parede infero-látero-dorsal.

2) Marcadores de necrose miocárdica estavam aumentados. Troponina I e T são mais sensíveis e elevam-se entre 4 e 6 horas após o infarto; CK-MB massa eleva-se entre 3 e 6 horas após o infarto. Ambos com especificidade de 95%

Conduta de tratamento:

1) Internação em ambiente apropriado,

2) Avaliação de risco e prognóstico pela classificação de Killip: K.I: sem congestão pulmonar: prognóstico bom com mortalidade < 5%

K.II: congestão pulmonar leve ou B3: prognóstico bom

K.III: congestão pulmonar intensa e disfunção importante do VE: prognóstico grave e indica tratamento agressivo

K.IV: hipotensão ou choque cardiogênico: prognóstico ruim com mortalidade elevada > 80%,

3) Medicação inicial: MONAB

M = morfina (analgesia): 2 a 4 mg/IV a cada 5 min;

O = oxigênio nasal ou máscara: 2 -3 l/min;

N = nitrato: nitrato 5mg SL até 3X com intervalo de 5 minutos ou nitroglicerina IV a 10 a 50 mg/min;

A= aspirina (AAS): 200mg mastigado;

B= beta bloqueador: metoprolol ou atenolol IV 5mg a cada 5 – 10 minutos até a dose máxima de 15 mg ou VO 25 a 50 mg a cada 12 horas, avaliando-se as contra-indicações

4) Tratamento específico por fibrinólise:

4A) angioplastia com implante de stent, conduta preferencial se, tempo “porta-balão” < 90 minutos ou desenvolvimento de choque cardiogênico ou contra-indicação absoluta ao tratamento fibrinolítico medicamentoso;

4B) fibrinolítico medicamentoso se, tempo de início dos sintomas < 12 horas e não estar disponível um centro de hemodinâmica, com estreptoquinase ou rT-PA (alteplase) ou TNK-tPA (tenecteplase), avaliando-se as contra-indicações.

- 5) Terapêutica complementar: antiplaquetários, anticoagulantes, estatinas e outras medicações de acordo com a evolução clínica

Evolução:

A paciente foi encaminhada ao tratamento fibrinolítico por angioplastia. O exame cinecoronariográfico evidenciou: lesão obstrutiva de > 90 % da coronária direita no 1/3 proximal, considerada artéria culpada pelo evento. Realizada a angioplastia com implante de stent, com sucesso, resultando em fluxo distal TIMI III. Alta hospitalar em sete dias

Ecocardiograma após a alta evidencia: diâmetros cavitários e espessuras parietais normais, função sistólica global do VE preservada e hipocinesia ínfero-dorsal, veia cava inferior normodistendida, denotando boa recuperação cardiológica.

Bibliografia:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. 2009; 93(6 supl. 2): 179-264.

GOLDWASSER GP. Eletrocardiograma orientado para o clínico. 3ª edição; Rio de Janeiro, Rubio. 2009.