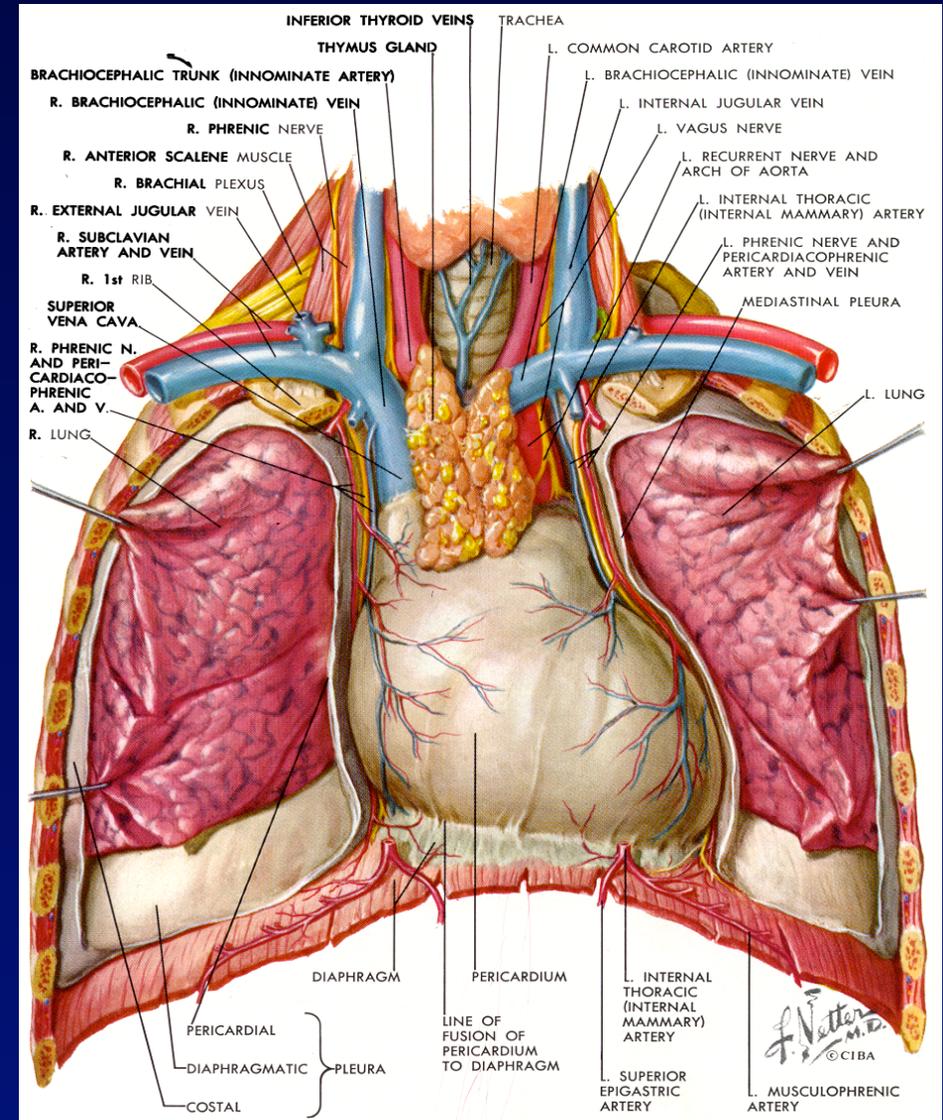


DESCONFORTO/DOR TORÁCICA

ORIGEM ANATÔMICA

1. Cardíaca
2. Vascular
3. Respiratória
4. Digestória (E, G, I, P, V)
5. Músculo-esquelética
6. Psicogênica



DESCONFORTO TORÁCICO - CAUSAS

I. Cardíaca

- A. Doença arterial coronária
- B. Doença de Chagas
- C. Estenose Aórtica
- D. Miocardiopatia hipertrófica
- E. Pericardite
- F. Prolapso valva mitral

II. Vascular

- A. Dissecção Aórtica
- B. Embolia/Infarto Pulmonar

III. Pulmonar

- A. Pleurite ou pneumonia
- B. Traqueobronquite
- C. Pneumotórax, trauma
- D. Neoplasias
- E. Mediastinite, tumores

IV. Sistema digestório

- A. Esofagite, espasmo, câncer esofágico
- C. Pancreatite, colecistite
- D. Úlcera, câncer estômago
- E. Meteorismo

V. Músculo-esquelética

- Costocondrite (S. Tietze)
- Discopatia cervical
- Trauma/distensão muscular, miosite
- Neoplasias ósseas
- Osteofitose espondilar
- Herpes zoster

VI. Psicogênica

- A. Ansiedade/Depressão/Pânico
- B. Factícia (S. Münchausen)

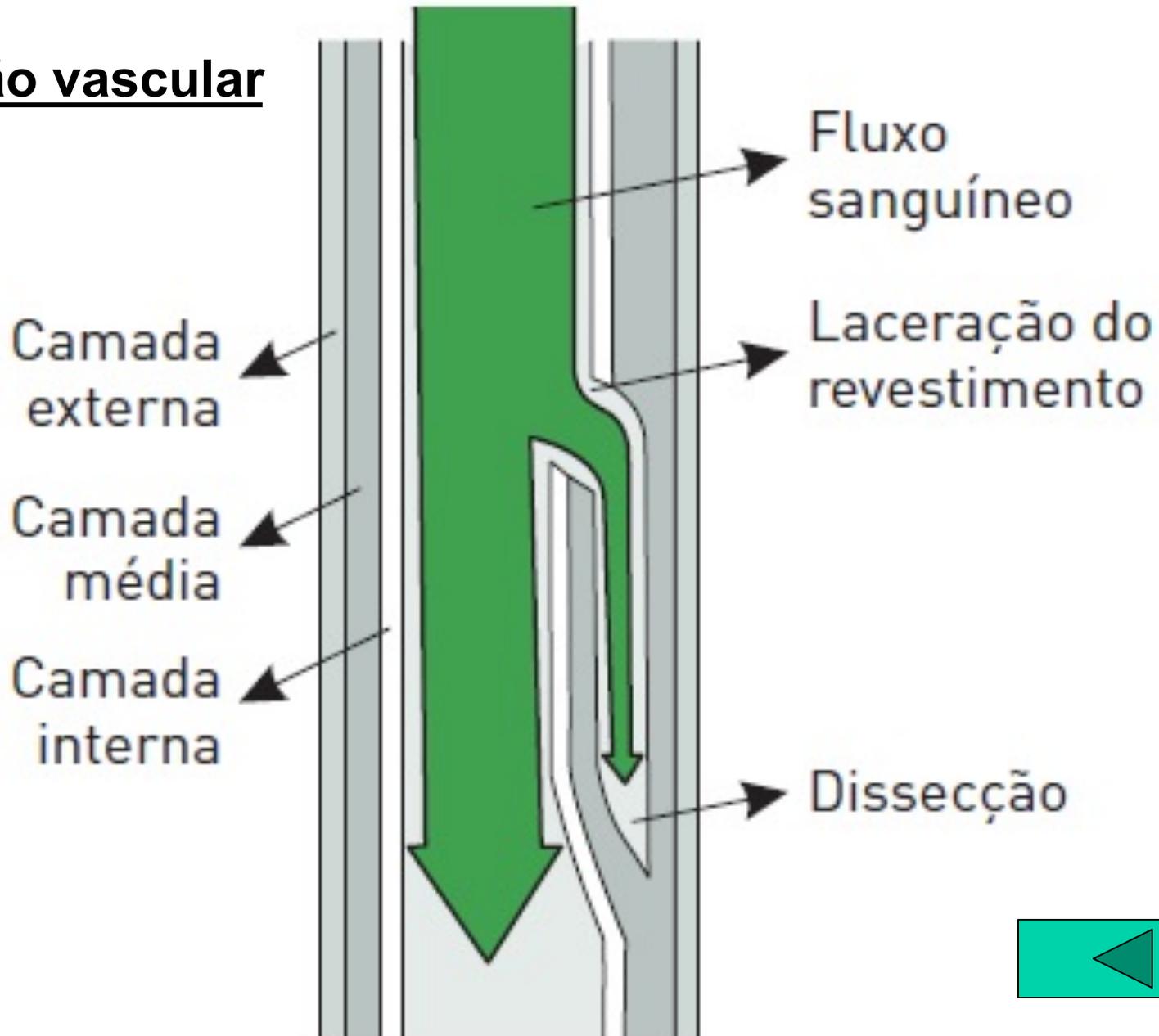
DESCONFORTO TORÁCICO - NÃO CARDIOVASCULAR

<i>CAUSA</i>	<i>LOCAL</i>	<i>CARÁTER</i>	<i>DURAÇÃO</i>	<i>FATORES AGRAVO/ ALÍVIO</i>	<i>SINAIS SINTOMAS</i>
Pneumonia com pleurisia	Localizada, sobre a área envolvida	Pleurítica, localizada	Contínua	Respiração, tosse	Dispnéia, tosse, febre, macicez à percussão, broncofonia, estertores, atrito pleural.
Pneumotórax espontâneo	Unilateral	Aguda, bem localizada	Instalação abrupta, dura muitas horas	Respiração, tosse	Dispnéia, timpanismo com redução do som respiratório
Distúrbio Músculo- esquelético	Variável	Localizada	Duração variável, recorrente/ persistente	Agravada por movimento, relato de esforço muscular ou lesão.	Dor à compressão ou movimento
Ansiedade	Muitas vezes sobre o precórdio/ íctus	Variável, a dor muda de local	Variável, muitas vezes fugaz.	Relacionada a emoções.	Respiração suspirosa, hipersensibilid/ torácica.

DESCONFORTO TORÁCICO - CARDIOVASCULAR

CAUSA	LOCAL	CARÁTER	DURAÇÃO	FATORES AGRAVO/ALÍVIO	SINAIS SINTOMAS
Pericardite Aguda	Localizada, retroesternal ou ápice, pescoço ombro E.	Facada, pontada, Urente	Horas ou dias; períodos exacerba/ acalma	Agravada pela respiração, rotação do tórax/decúbito dorsal. Alívio com sentar-se, inclinar para frente.	Atrito pericárdico, abafamento de bulhas. (+/- sinais de tamponamento)
Dissecção Aórtica	Face anterior do tórax, dorso	Excruciante, dilacerante, em facada.	Início súbito; contínua	Hipertensão arterial; (S. Marfan)	Assimetria de pulsos/PA, sopro de IAo, deficit neurológico.
Embolia Pulmonar (muitas vezes sem dor)	Retroesternal ou sobre região do infarto pulmonar	Pleurítica (infarto), ou anginóide.	Início abrupto < 1 h.	Pode ser agravada pela respiração.	Dispnéia, taquipnéia, taquicardia, hipotensão, sinais de IC direita e HAP; estertores, hemoptise, atrito pleural.

Dissecção vascular



EMBOLIA PULMONAR

Indicadores e condições predisponentes

- Idade > 65 anos (1)
- História prévia de TEP (1)
- Trauma (fratura quadril ou cirurgia recente) (1)
- Câncer (1)
- FC > 95/min (2)
- Hemoptise (1)
- Dor/edema memb inferior (1)

B M A

Escore Genebra 0-1 2-4 ≥ 5

- Estase, varizes
- Imob / paralisia
- Vôos prolongados
- Obesidade
- Gravidez, pós-parto
- Contraceptivo oral
- Trombofilia
- História familiar TEP

SÍNDROMES ANGINOSAS POR ISQUEMIA CARDÍACA

	<i>LOCAL</i>	<i>CARÁTER</i>	<i>DURAÇÃO</i>	<i>AGRAVO/ALÍVIO</i>	<i>SINAIS SINTOMAS</i>
Angina Estável	<u>Retroesternal</u> , irradia-se para mandíbula, pescoço, ombro , braços (E > D) epigástrico	<u>Pressão</u> , <u>constricção</u> , queimação, <u>aperto</u> , peso	> 2, < 10 m	Precipitada por esforço , frio, estresse. Aliviada c/ repouso, NTG.	B4 ou sopro de disfunção papilar
Angina Instável	Idem	Semelhante, + intensa	> 10min < 20 min	Redução da tolerância ao esforço ou em repouso.	Disfunção VE transitória mais grave
Infarto	Idem	Semelhante, + intensa	Início abrupto, ≥ 20-30 min	Não melhora com repouso, NTG.	Dispnéia, sudorese, astenia, náusea, vômito.

Caracterização de angina por isquemia miocárdica transitória

Claramente isquêmica	Dor/desconforto retroesternal, podendo irradiar para MSE ou MSD, mandíbula, desencadeada por esforço, durando poucos minutos, aliviada por repouso ou nitrato em < 10min
Provavelmente isquêmica	Maioria mas não todas as características
Provavelmente não isquêmica	Apenas poucas características, em especial faltando a relação com esforço físico.
Conclusivamente não isquêmica	Sem qualquer das características típicas.

Bourassa MG et al – Circulation 1981; 64: 360-7

Desconforto torácico \cong Angina pectoris

Tipos e probabilidade de isquemia miocárdica transitória

Angina Típica (alta probabilidade)

1. retroesternal (opressão, aperto) \cong minutos
2. provocada pelo esforço físico / estresse emocional
3. aliviada por repouso ou nitroglicerina

Angina Atípica (probab intermed) – 2 critérios

Dor Torácica Não Cardíaca \leq 1 critério

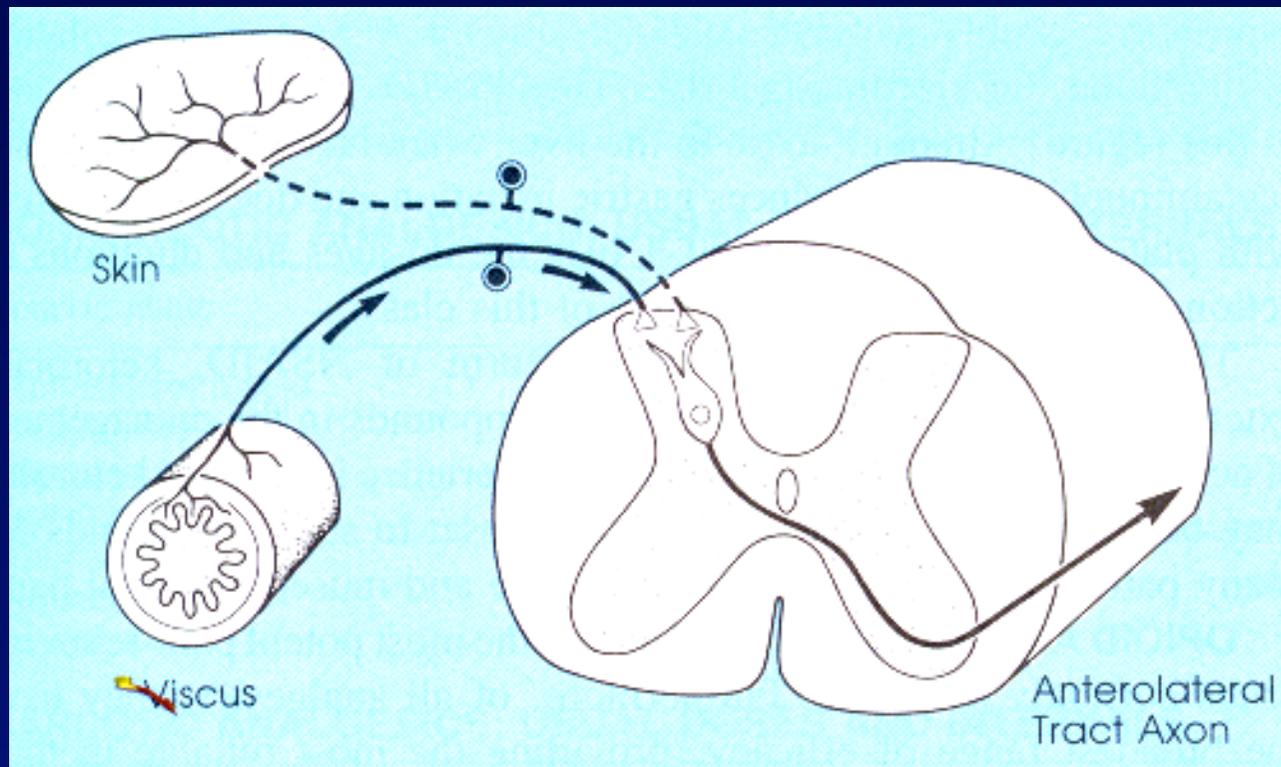
GRADAÇÃO de ANGINA ESTÁVEL CLASSES COM ESFORÇO FÍSICO (CCS)

- I – Angina apenas com atividade intensa / prolongada
- II – Discreta limitação - atividade moderada (andar em alicve, ou depressa, ou com > 1 lance de escada)
- III – Importante limitação - atividade mínima (andar < 200m, ou < 1 lance de escada)
- IV – Qualquer atividade ou até repouso

Formas Clínicas de Angina Instável

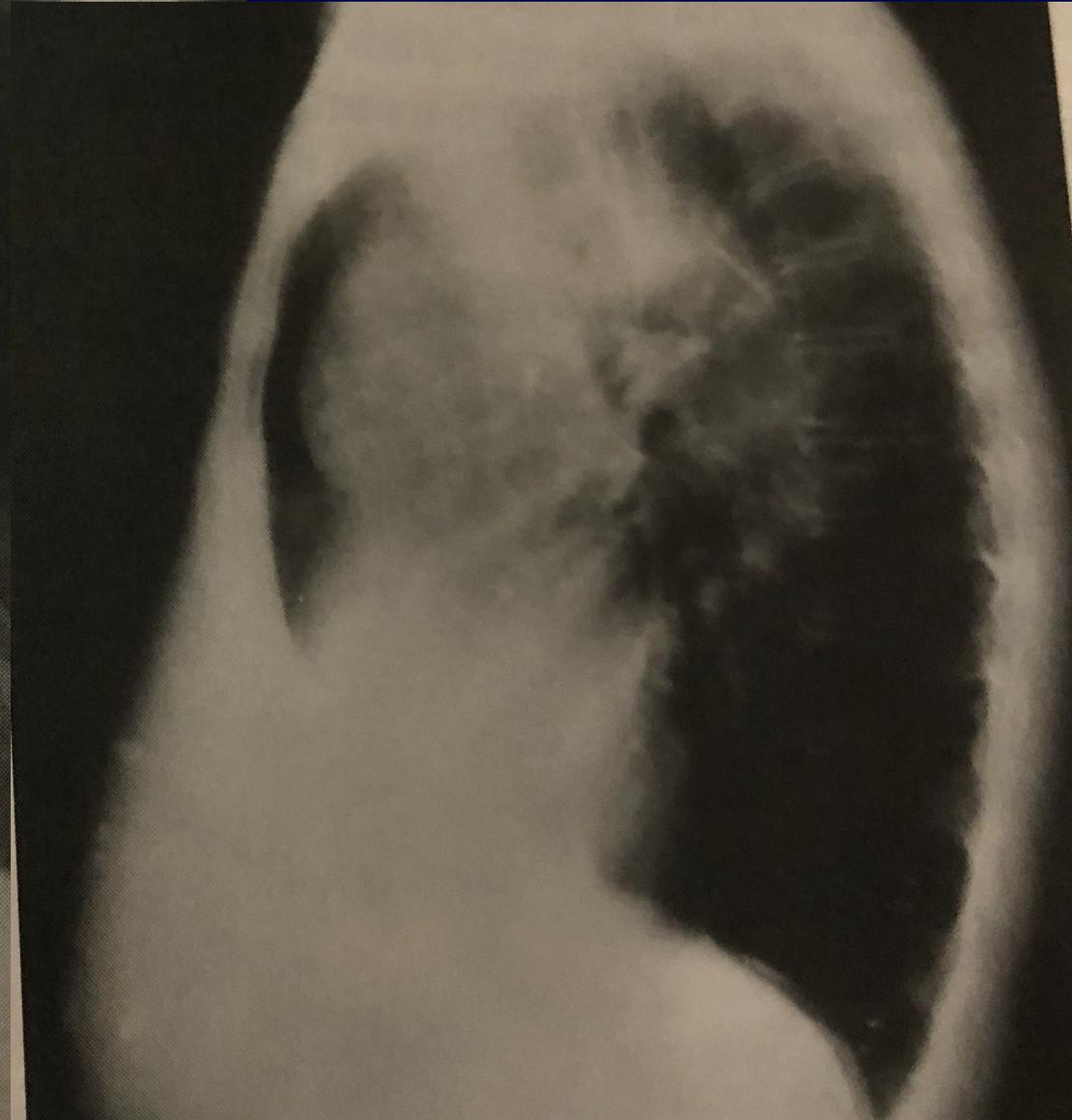
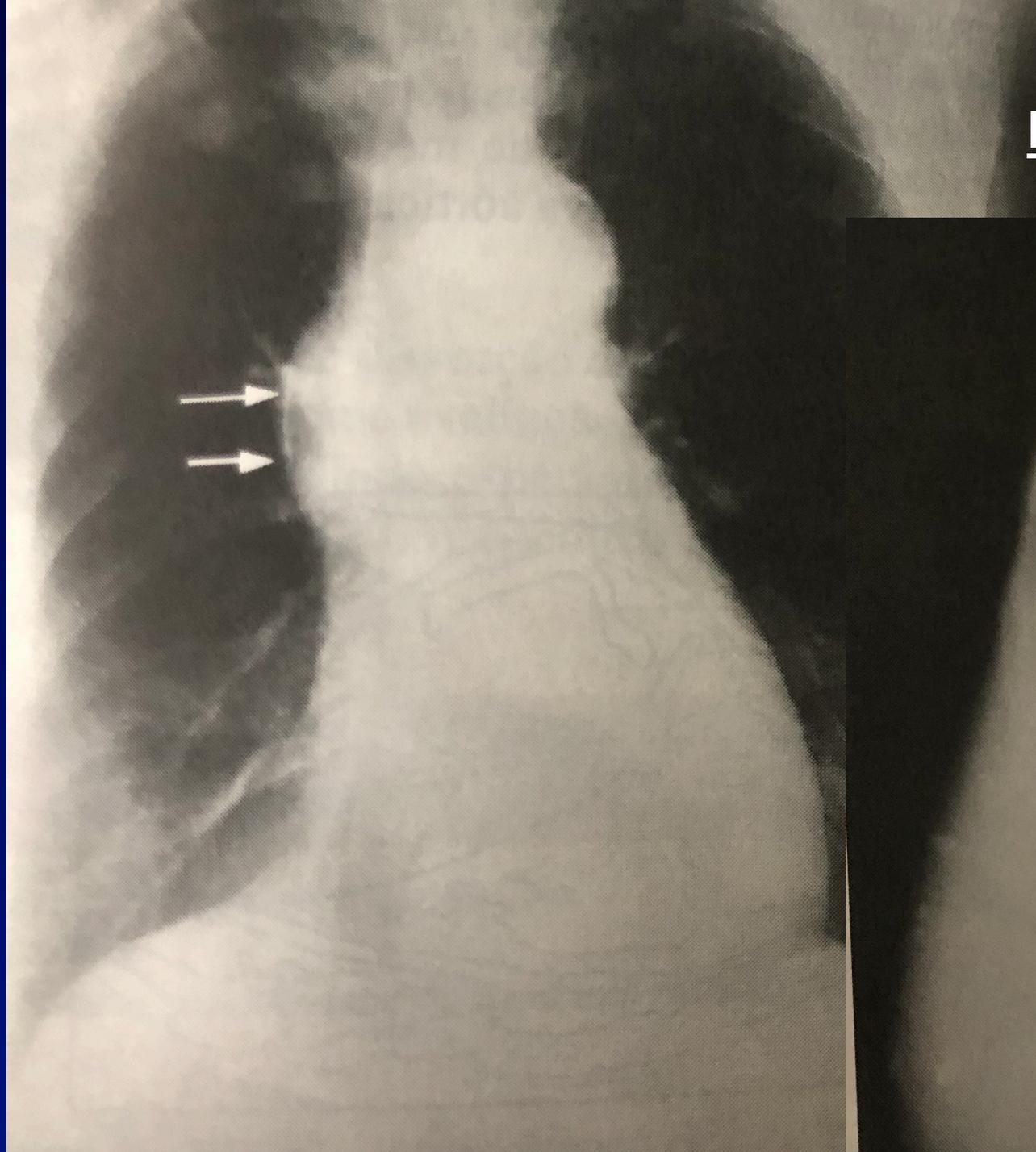
Angina progressiva	Angina antes estável, agravando-se de ≥ 1 classe funcional CCS em últimas 4 semanas
Angina de início recente	Já iniciado em classe III em últimas 4 semanas
Angina de repouso	Usualmente prolongada, porém $< 30\text{min}$
Angina variante ou de Prinzmetal	Tipicamente noturna, acorda o paciente, alívio espontâneo ou com nitrato, mais comum em mulheres jovens, períodos de quiescência.

IRRADIAÇÃO DA DOR VISCERAL “DOR REFERIDA”



A dor fantasma

Dissecção aguda aórtica



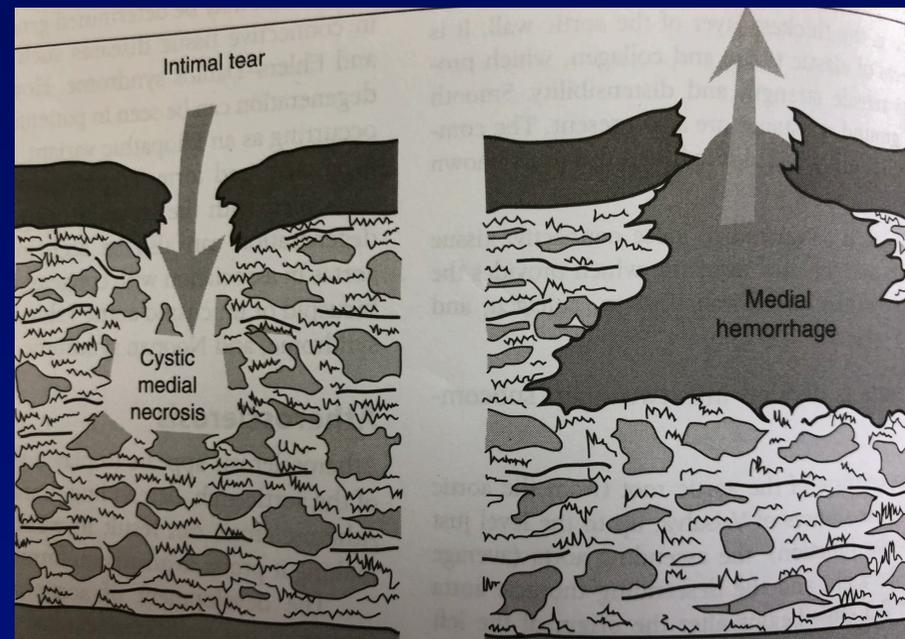
DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA

dor, oclusão de ramos, insuficiência aórtica, hemopericárdio, oclusão coronária.

- Necrose cística íntimo-medial e delaminação intimal

Condições predisponentes

- HAS, Marfan,
- Ehlers-Danlos, sífilis



DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA

Métodos Diagnósticos

- ECG – sem alterações se não envolver coronárias
- RX-T – alargamento mediastinal, derrame pleural
- ETT – S = 65-95% - E = 60-85%

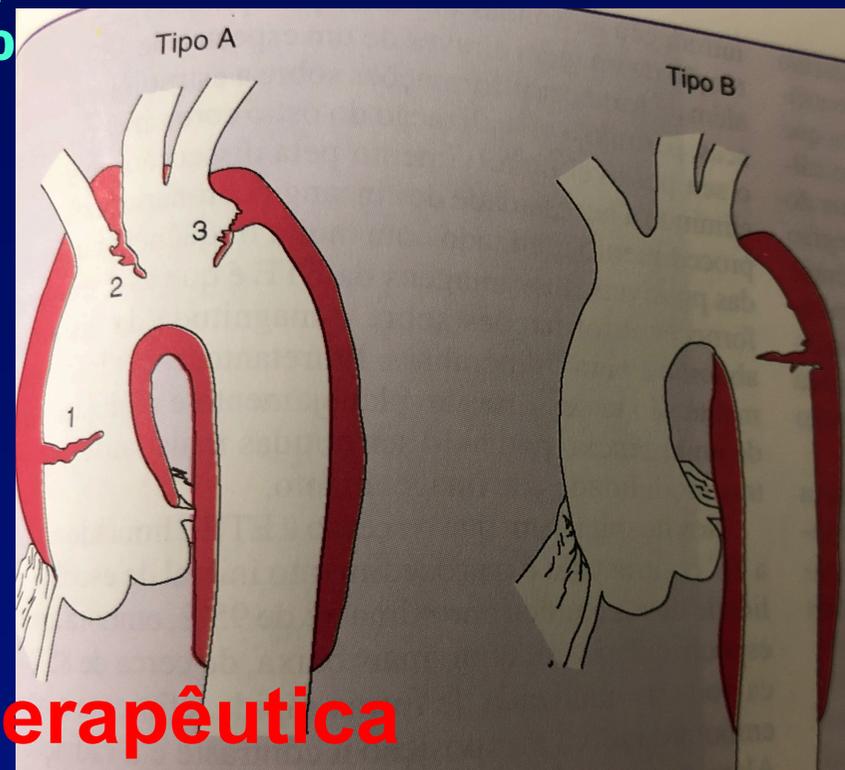
ETE – S = 90-95% - E = 80-90%

TC - S = 85-98% - E = 85-95%

RM - S = 90-95% - E = 95-98%

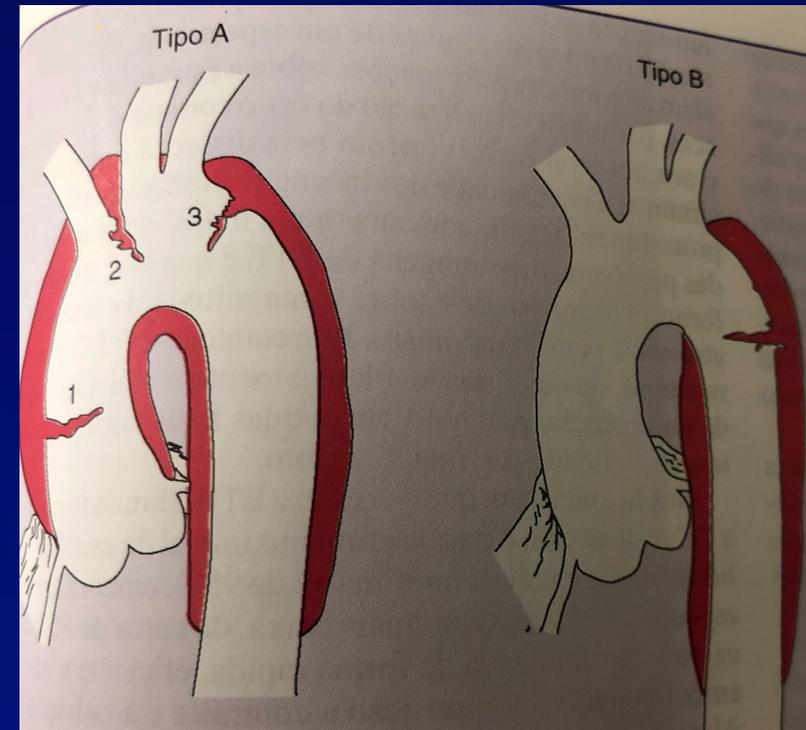
Angiografia “invasiva”

Padrão-ouro, antecâmara para terapêutica

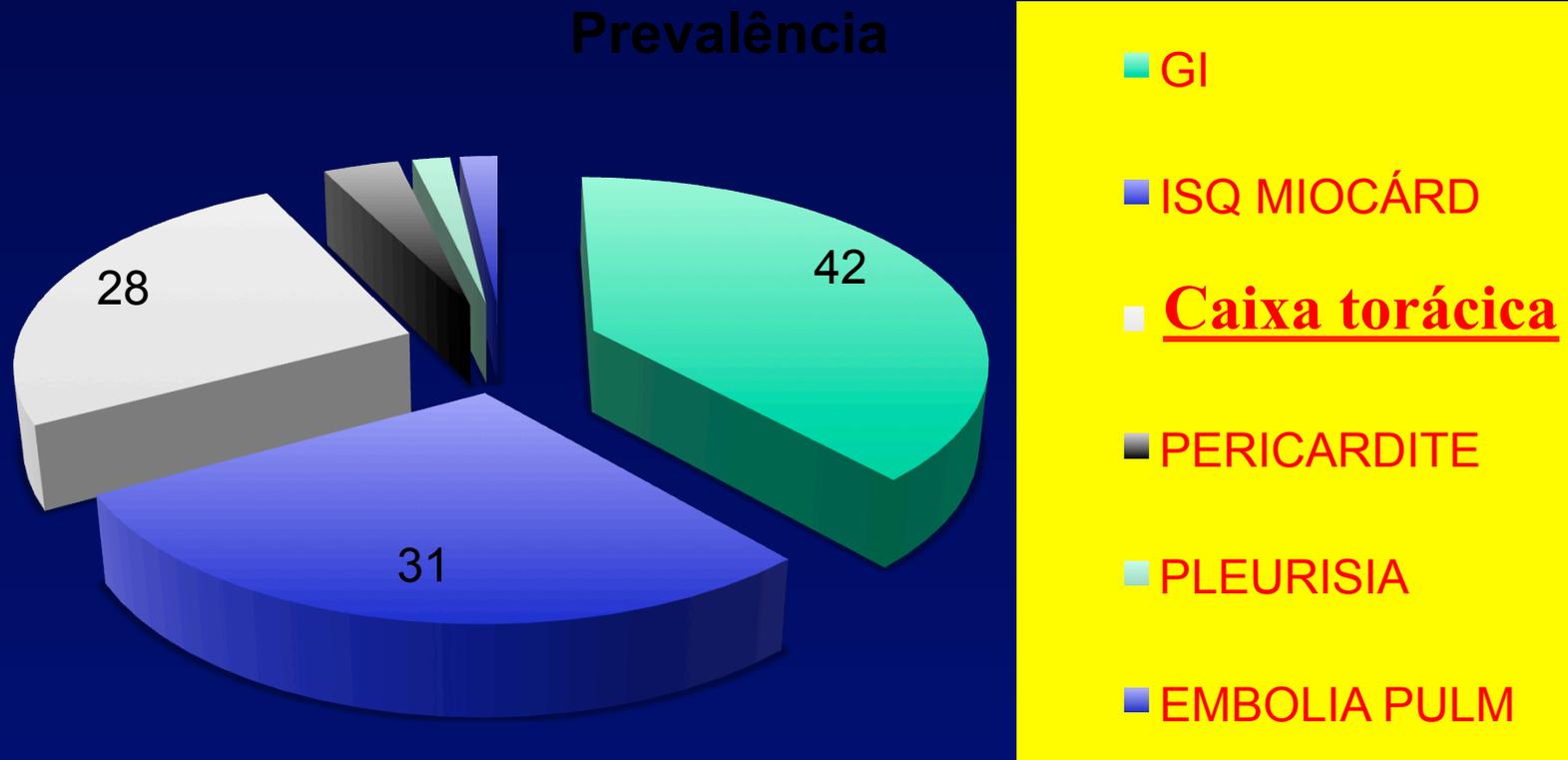


DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA

- **Clínica**
 - Dor, taquicardia, pulsos assimétricos
 - Alteração neurológica
 - Hipotensão arterial, sopro diastólico
- **Tratamento**
- Nitroprussiato de sódio
- Beta-bloqueador adrenérgico
- Cirurgia
- Intervenção



Diagnóstico final – dor torácica aguda não traumática, excluído IAM



Avaliação de Desconforto Torácico

Quais aspectos são importantes?

1. Localização
2. Qualidade
3. Irradiação
4. Intensidade
5. Tempo / Evolução
6. Agravantes / Paliativos
7. Contexto (e.g. cocaína)

Antecedentes pessoais

Medicamentos em uso

Antecedentes familiares

Exame Físico

Exames laboratoriais

Causas de desconforto torácico

Quais síndromes não têm elevado potencial de gravidade ?

- Infarto agudo do miocárdio
- Angina instável severa
- Dissecção aórtica aguda
- Embolia pulmonar (massiva)
- Pneumotórax (espontâneo)
- Estenose aórtica crítica
- Cardiomiopatia hipertrófica não obstrutiva

Causas de desconforto torácico

Quais dessas síndromes não são geralmente estáveis, com menor gravidade imediata ?

- Pericardite
- Miocardite
- Estenose aórtica/mitral
- Hipertensão pulmonar
- Pleurite, pneumonia
- Embolia pulmonar

Síndromes

Músculo-esqueléticas

Esofágicas

Pancreatite

Cólica biliar

Psicogênicas

G