



Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA

Sessão Clínica - 24/03/2025

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientadora: Prof. Márcia Caldas

Relator: Dr. Igor Silva Santos

Debatedora: Dr^a Raquel de Oliveira Castro

Caso Clínico

Identificação: Paciente do sexo feminino, branca, 70 anos, casada, 3 filhos, do lar, natural e residente de Campos dos Goytacazes.

Queixa principal: “Dor no peito”.

HDA: Paciente admitida no HGG, referindo quadro de dor na região retroesternal tipo aperto, forte intensidade (10/10), sem irradiação, acompanhada de dispneia, náuseas e sudorese fria; início há 3 horas. Relata ainda dor abdominal difusa e diarreia líquida há cerca de 15 dias. Nega febre, quadro gripal. Realizado ECGs, sendo encaminhada para HEAA através do SOS Coração.

HPP:

Comorbidades: Hipotireoidismo, herpes zoster há 6 anos com dor crônica em região inframamária direita.

Medicações de uso contínuo: Puran 75 mcg, ácido fólico, cálcio, alprazolam.

Nega cirurgias prévias.

Nega internações prévias.

Nega Alergias.

História familiar: Nega.

História social: Tabagista (45 maços/ano). Nega etilismo e uso de drogas ilícitas.

Exame Físico:

Paciente acordada, lúcida e orientada no tempo e no espaço, normocorada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, eupneica em AA. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausência de déficit motor, reflexos normais. Peso: 42 kg, altura: 1,48 cm, IMC: 19,17.

ACV: RCR 2T BNF sem sopros. FC: 100 BPM. PA: 120/80 mmhg

AR: MV presentes, sem ruídos adventícios. SatO₂: 100% em ar ambiente.

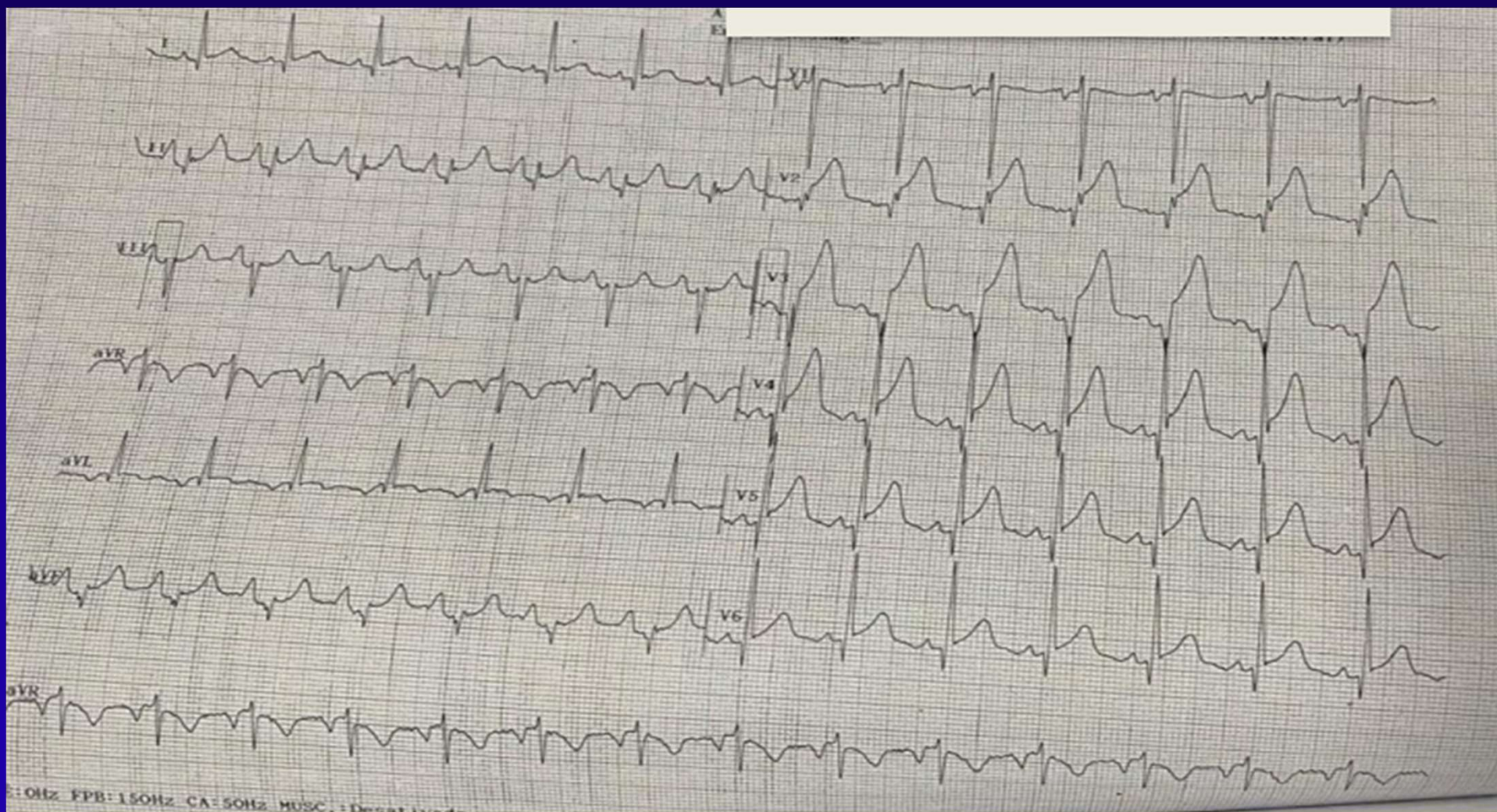
ABD: flácido, depressível, doloroso a palpação superficial e profunda difusamente, sem irritação peritoneal, peristalse presente, ausência de massas ou visceromegalias.

MMII: panturrilhas livres, pulsos palpáveis, sem edema.

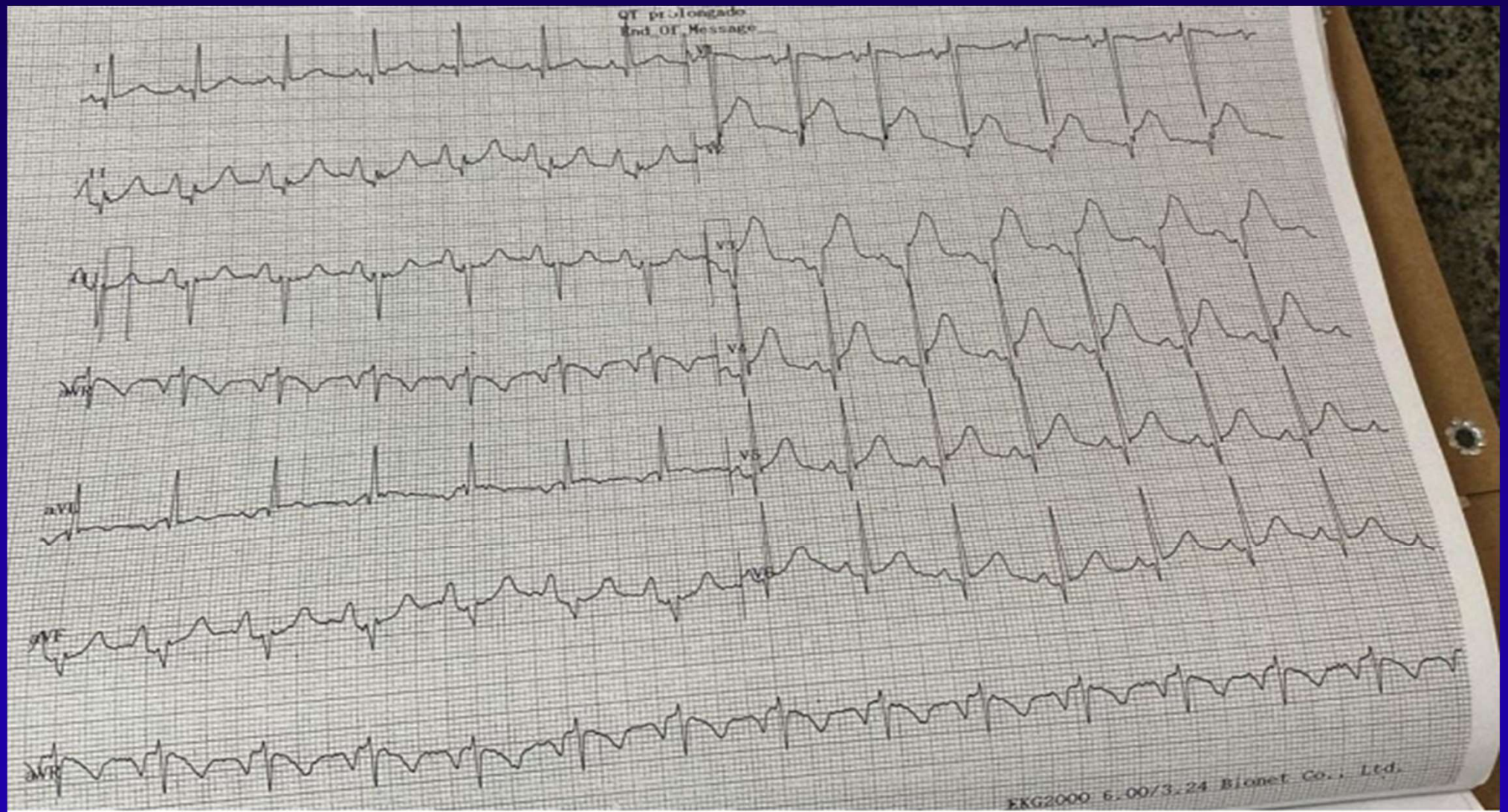
Exames Complementares:

Hemoglobina: 11,75 g/dL	Monocitos 5% 316	TGP: 39 (VR: 7-52)
Hematócrito: 32%	Plaquetas: 182.700 /mm ³	Troponina I: 0,6 (VR<0,4)
VCM: 86,5 fL	Uréia: 22 mg/dL	Amilase: 80 (VR: 22-80)
HCM: 31,8 pg	Creatinina: 0,9 mg/dL	Lipase: 7 (VR: até 67)
Leucócitos: 6320 /mm ³	K: 3,6 (VR: 3,5-5,1)	Gama GT: 21 (VR: 9-64)
Eosinófilos: 0%	Ca: 8,8 (VR: 8,8-10,6)	Fosfatase alcalina: 92 (VR: 30-120)
Bastões: 8% 506	PCR: 2,6 (VR: 0-5)	Bilirrubina direta: 0,2
Segmentados: 78% 4390	CPK: 745 (VR: até 145)	Bilirrubina indireta: 0,3
Linfócitos 9% 569	TGO: 64 (VR: 0-50)	Albumina 4,6

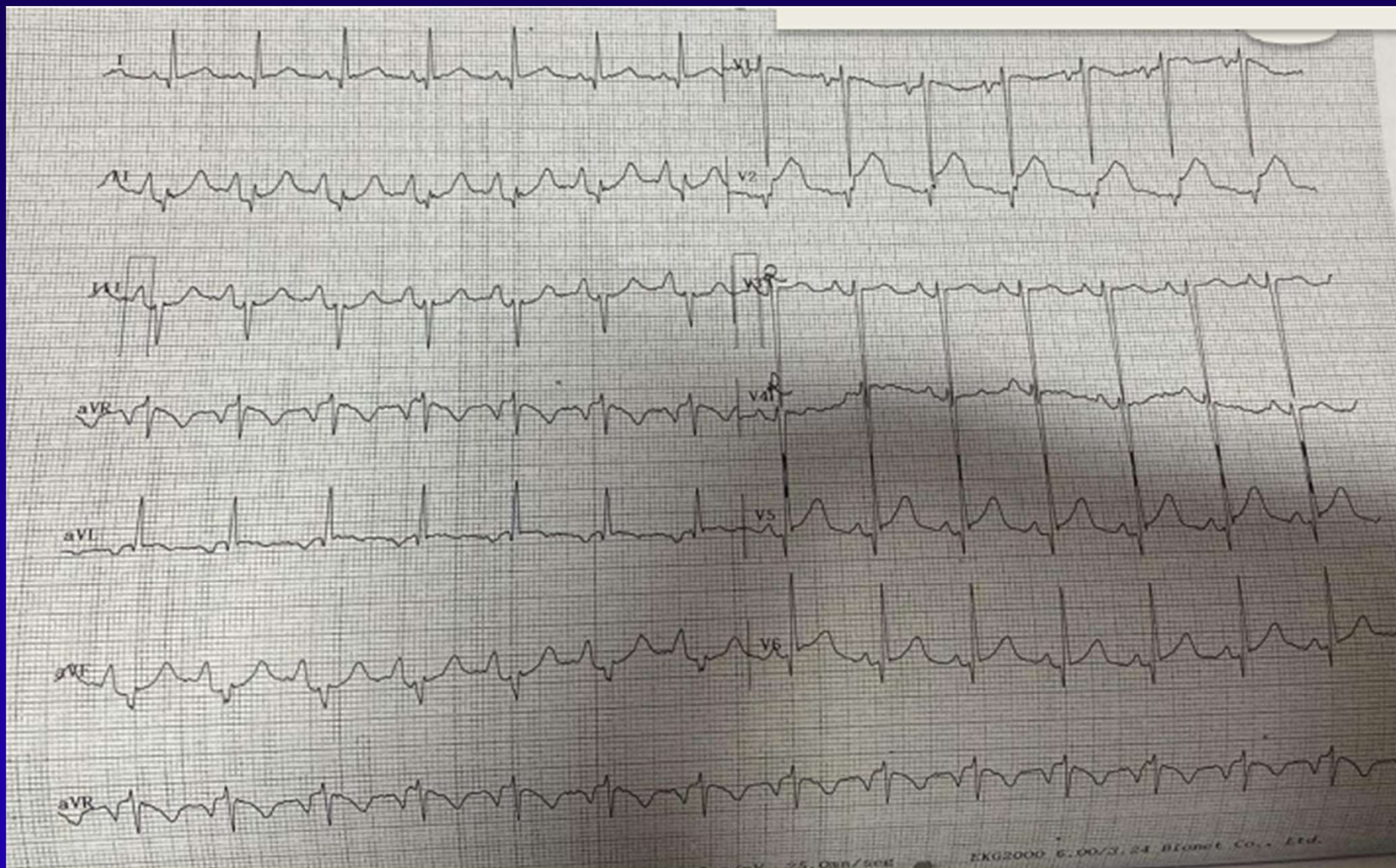
ECG de admissão:



ECG após 1 hora:



ECG após 1 hora:



Exames Complementares:

CATE (05/02/24):

Artéria coronária esquerda: Tronco da coronária esquerda de bom calibre e isento de lesões.

Artéria descendente anterior exibe discretas irregularidades parietais difusas. - Primeiro ramo diagonal de grande calibre e importância exibe discretas irregularidades parietais difusas. Artéria Circunflexa exibe discretas irregularidades parietais difusas. Primeiro ramo marginal de grande calibre e importância exibe discretas irregularidades parietais difusas.

Artéria Coronária Direita: Artéria coronária direita dominante, exibe discretas irregularidades parietais difusas. //Ventriculografia esquerda: Volume diastólico final normal. Acinesia ântero-medioapical, apical e ínfero-apical. Valva mitral competente.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



Anamnese + exame físico

O que sugerem ?

- ✦ Paciente idosa, tabagista, com dor na região retroesternal em aperto (10/10), acompanhada de dispneia, náuseas e sudorese fria.
- Fatores de risco cardiovasculares: Idade e tabagismo.
- Sem história prévia de IAM ou DAC conhecida.
- EF : estável hemodinamicamente; ABD: doloroso a palpação superficial e profunda

Anamnese + exame físico

O que sugerem ?

✦ Paciente idosa, tabagista, com dor na região retroesternal em aperto (10/10), acompanhada de dispneia, náuseas e sudorese fria.

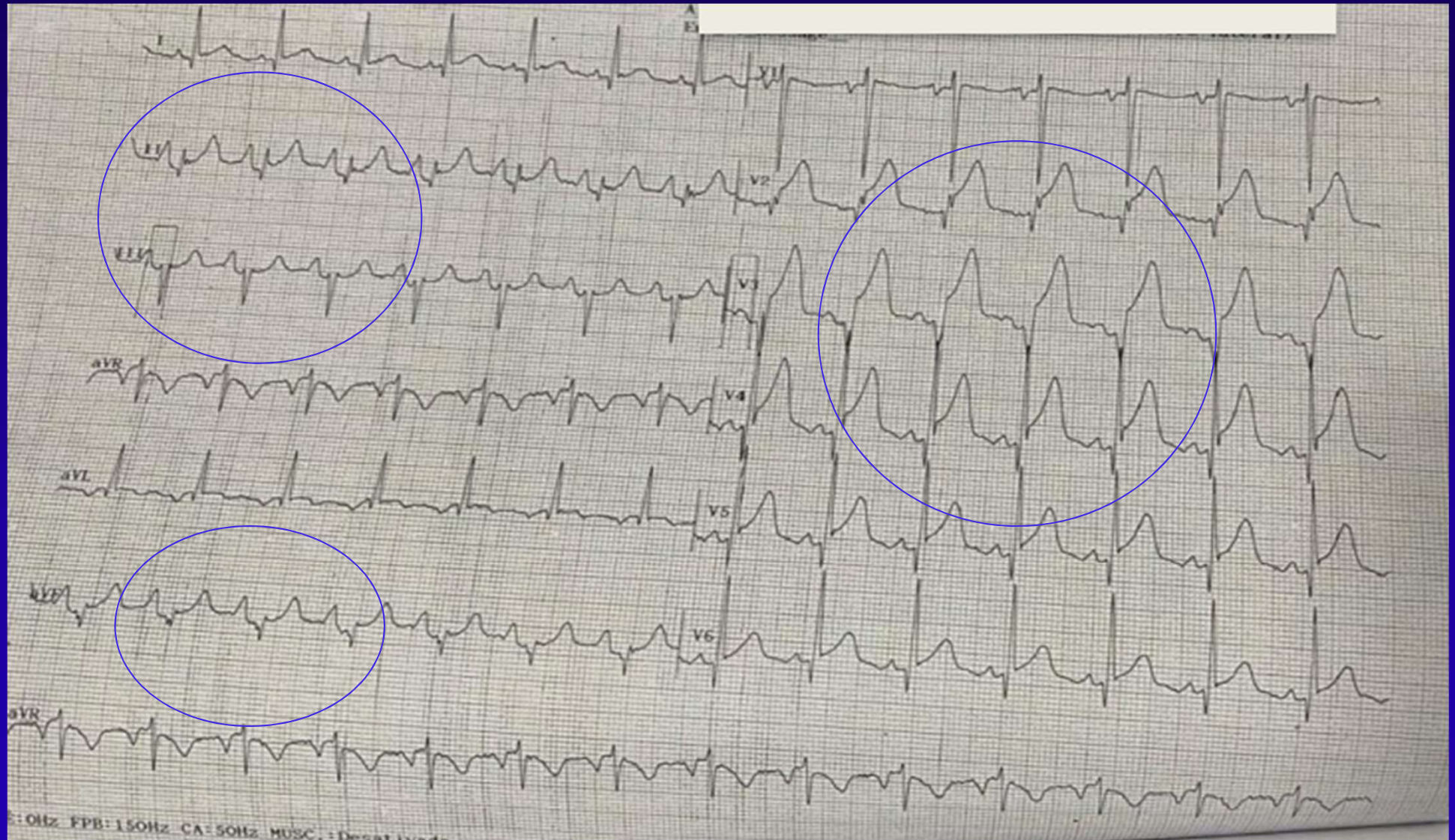
● Fatores de risco cardiovasculares: Idade e tabagismo.

● Sem história prévia de IAM ou DAC conhecida.

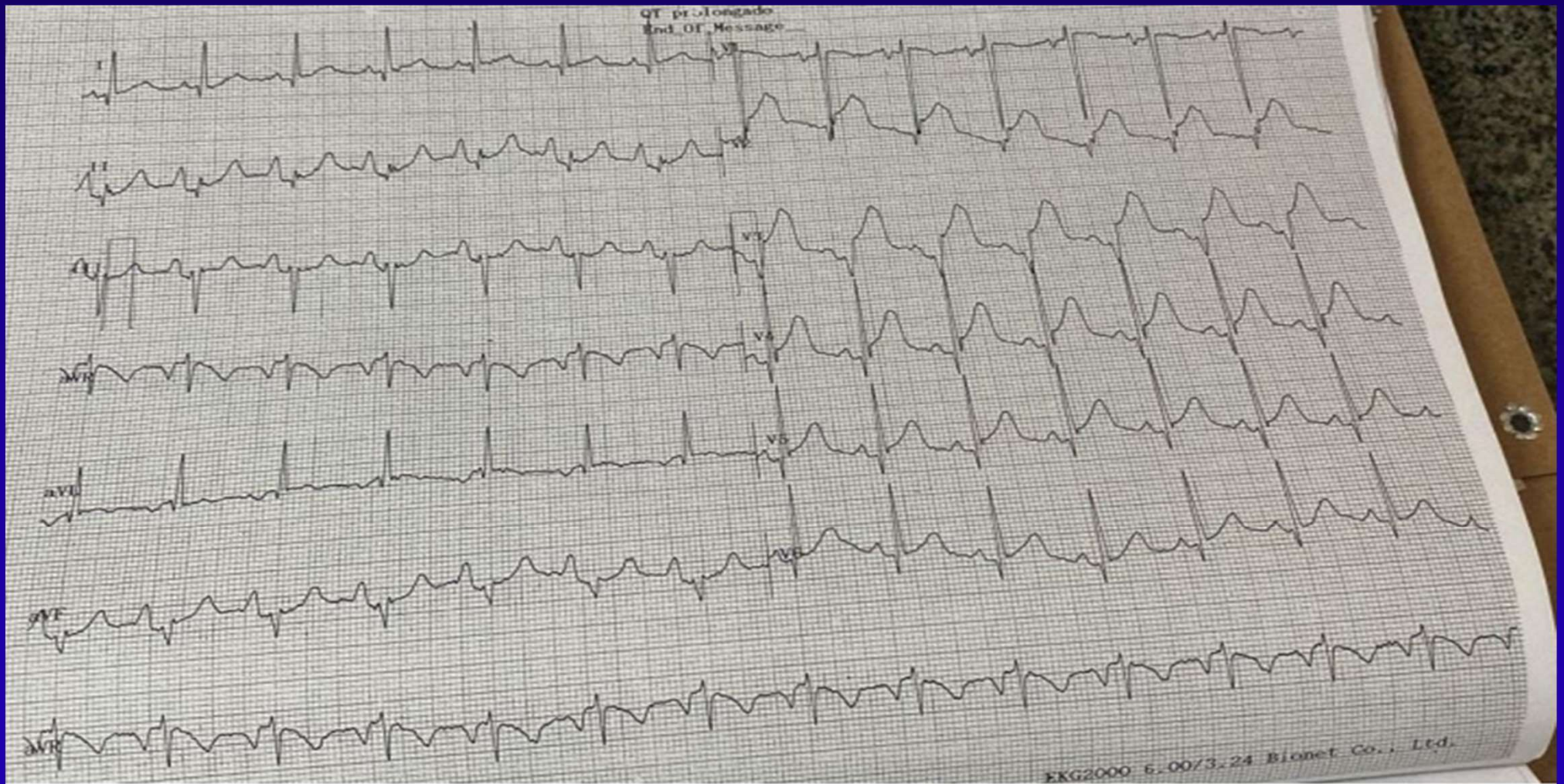
● EF : estável hemodinamicamente; ABD: doloroso a palpação superficial e profunda

☞ Síndrome coronariana aguda

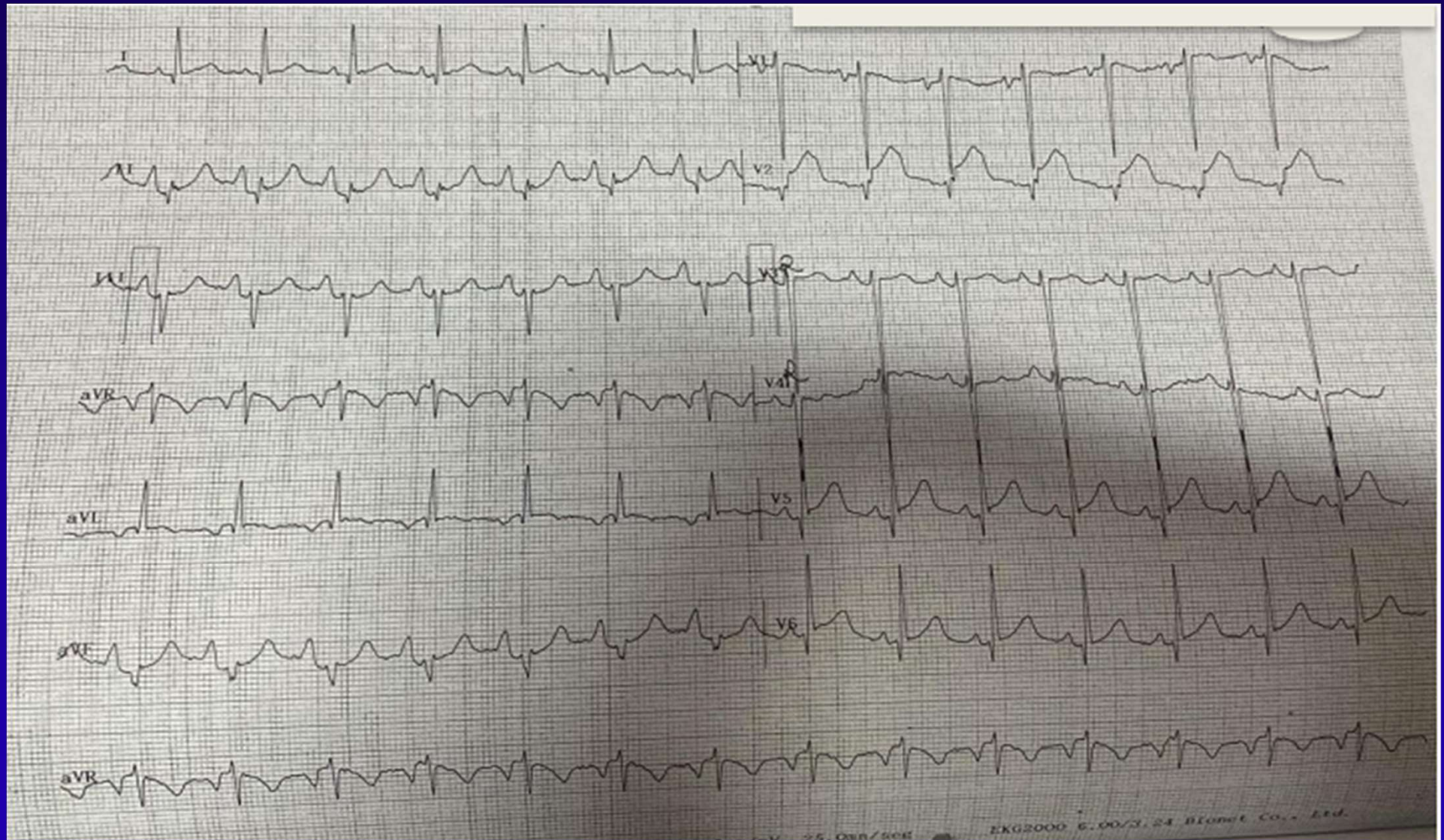
ECG ...



ECG 1 hora após



ECG com as derivações V3R e V4R



História clínica + EF + ECG +LAB...

✦ LAB : troponina I 0,6; CPK: 745; anemia discreta (sem outras alterações significativas)

● Diante disso, principal HD :IAM com supra de ST

- Outras HD: Pericardite aguda pós viral(pontos que afastaram...), Síndrome de Heyde (muito raro) ...

Cateterismo: O Que Foi Encontrado?

****Principais Achados:****

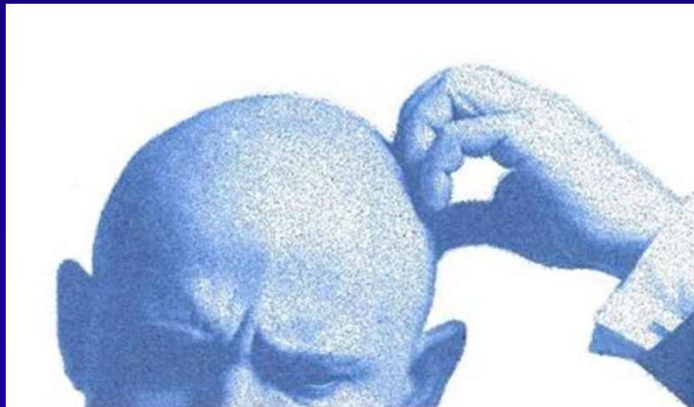
- ✓ Tronco da coronária esquerda sem lesões.
- ✓ Artéria descendente anterior e circunflexa com ****irregularidades difusas****, mas sem obstrução.
- ✓ Ventriculografia: ****Acinesia antero-médio-apical****

Principal hipótese diagnóstica:

✦ Síndrome de Takotsubo ***

Mulher pós menopausa com dor torácica + alterações eletrocardiográficas e aumento discreto de troponina + sem evidências de obstruções coronariana + disfunção segmentar característica .

SEGUIMENTO DO CASO



Raciocínio Clínico

Dor torácica tipo B
Mulher, 70 anos (FR)
Tabagismo (FR)
Taquicárdica
Dor abdominal à palpação
ECG com supraST



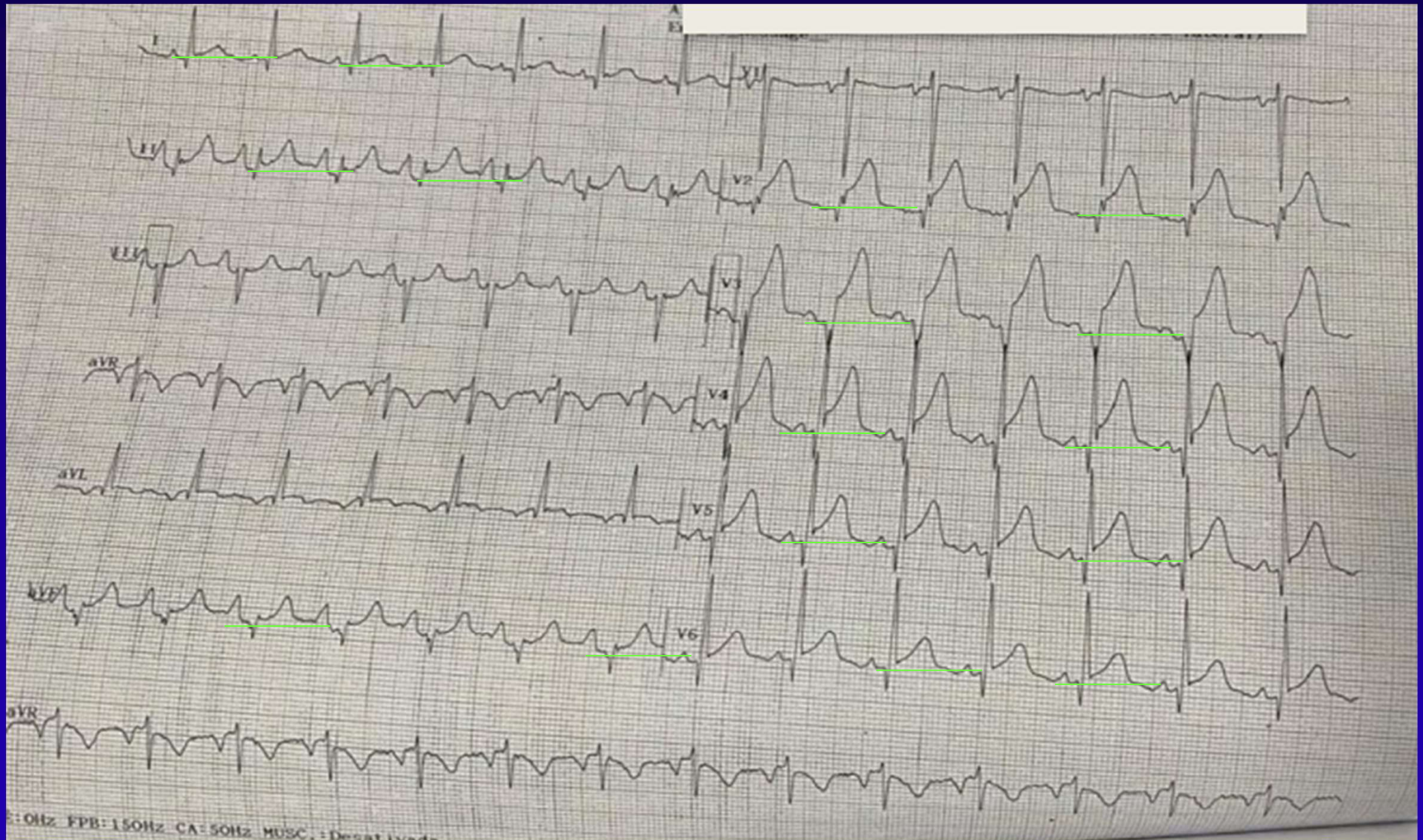
SCA

Tipo de dor	Característica
Tipo A – Definitivamente anginosa (As características dão certeza do diagnóstico de SCA, independentemente de exames complementares)	Dor/desconforto retroesternal ou precordial geralmente precipitado pelo esforço, podendo irradiar para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), duração de alguns minutos, aliviada pelo repouso ou nitrato em menos de 10 minutos
Tipo B – Provavelmente anginosa (As características fazem a SCA a principal hipótese, porém é necessária complementação por exames)	Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa
Tipo C – Provavelmente não anginosa (As características não fazem a SCA a principal hipótese, porém precisa de exames complementares para exclusão, devido presença de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente)	Padrão atípico de dor torácica, que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa
Tipo D- Definitivamente não anginosa (As características não incluem a SCA como hipótese diagnóstica)	Nenhuma característica de dor anginosa, fortemente indicativo de origem não cardíaca

ECG de admissão:

2N

Supra V2 a V5/V6 e D1, D2 e AVF



Raciocínio Clínico

Dor torácica tipo B

Mulher, 70 anos (FR)

Tabagismo (FR)

Taquicárdica

Dor abdominal à palpação

ECG com supraST: acometendo mais de 1 região

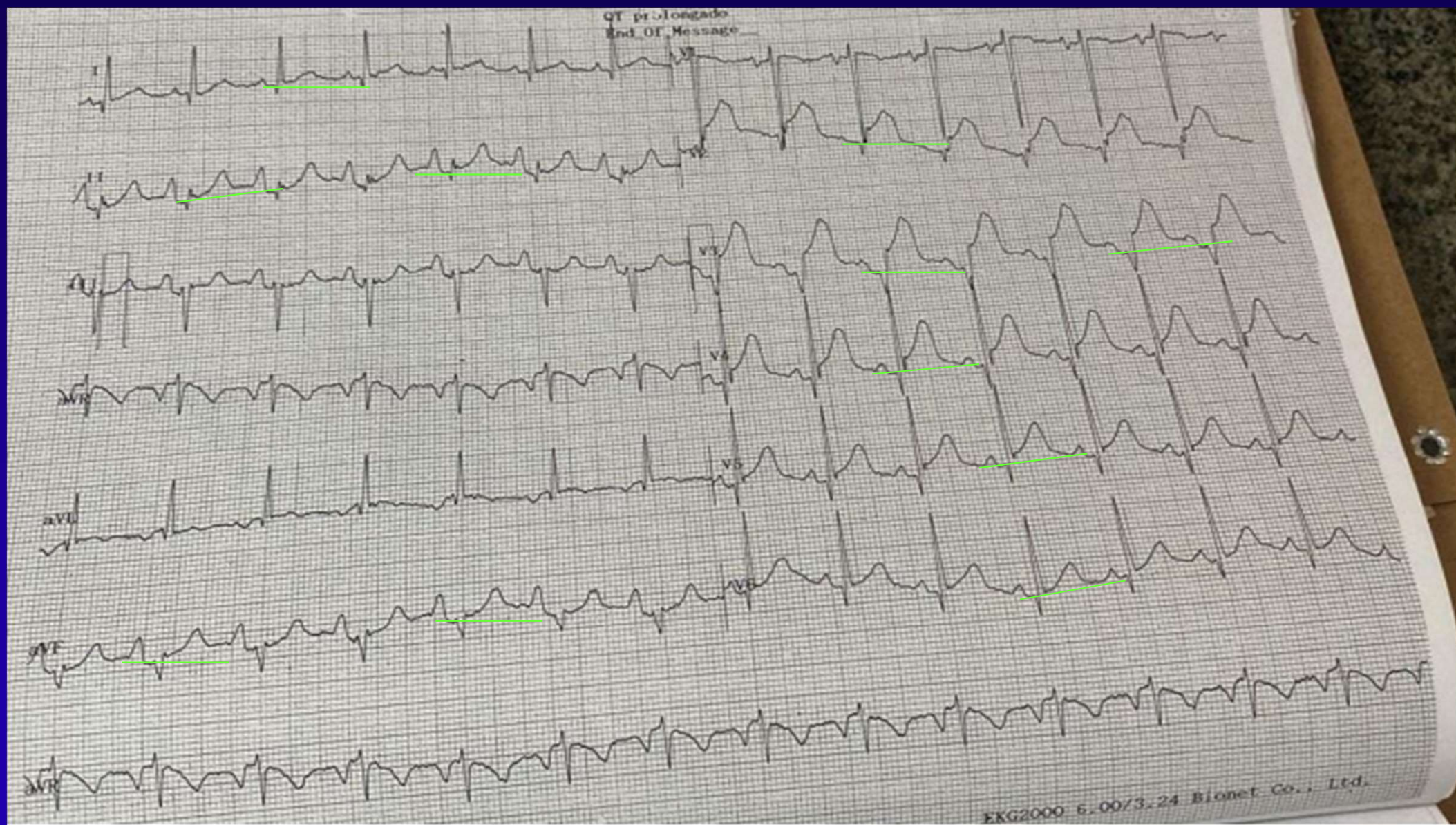


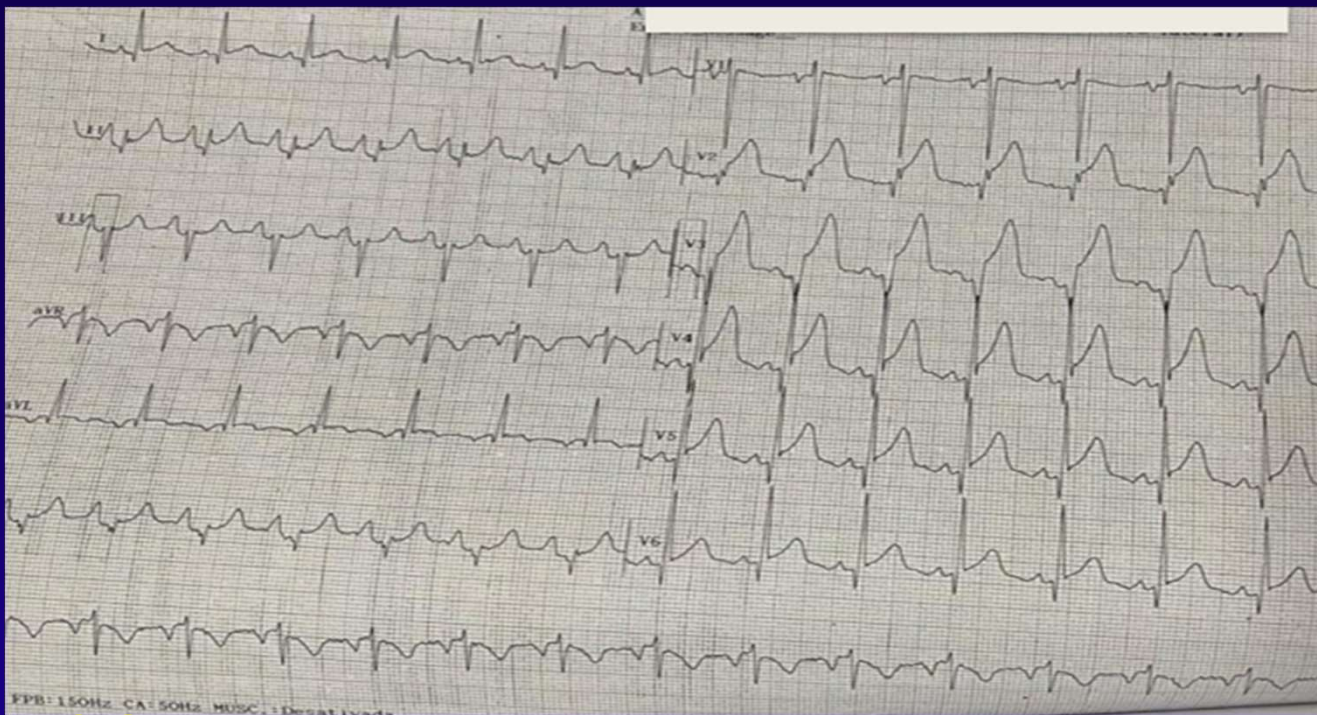
SCA
Pericardite

ECG após 1 hora

2N

Supra V2 a V5/V6 e D1, D2 e AVF

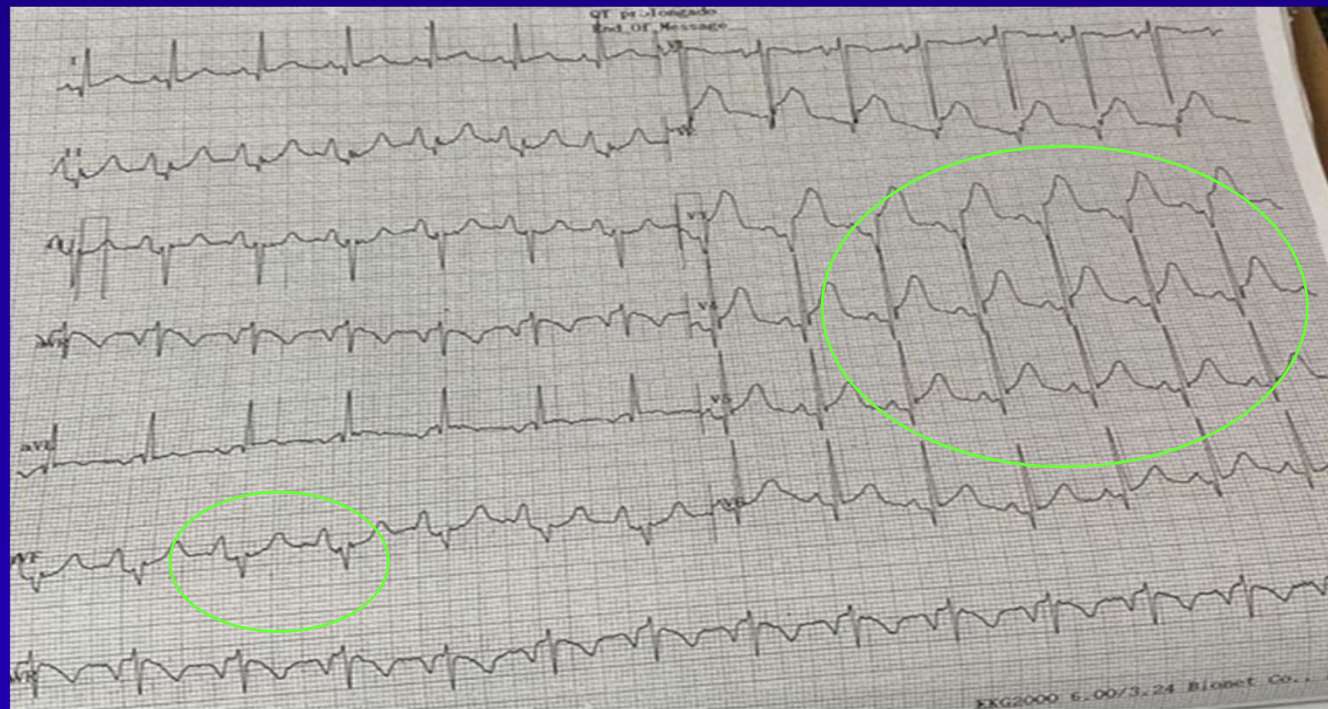




ECG 1

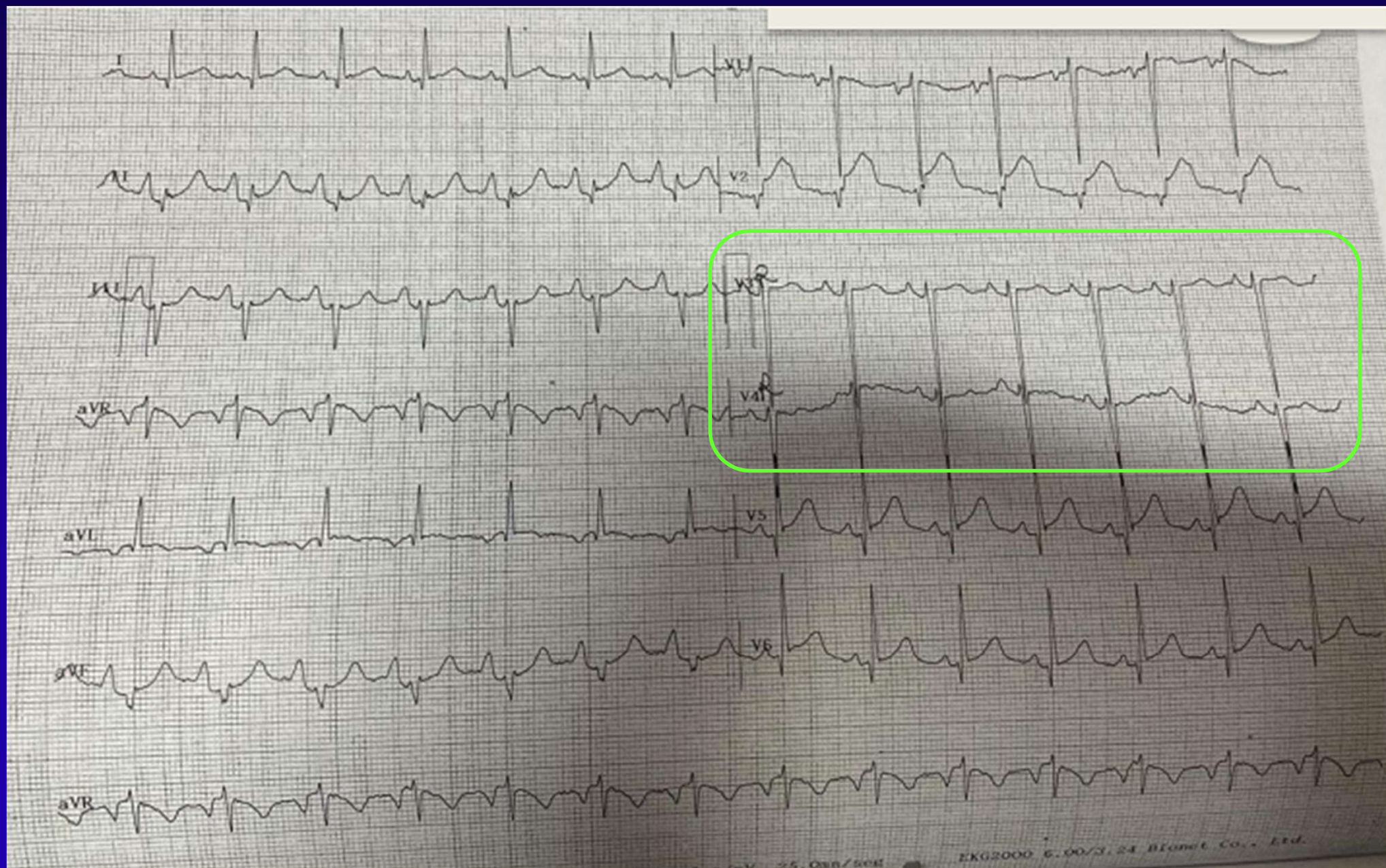
Comparando:
 Redução supra D2,
 aVF e talvez V3 a
 V4/V5 (lembrar da
 variação de colocação
 dos eletrodos
 precordiais)

ECG 2



ECG após 1 hora com as derivações V3R e V4R 2N

Sem Supra



ADMITIDA NO HGG NO DIA 04/02/2024

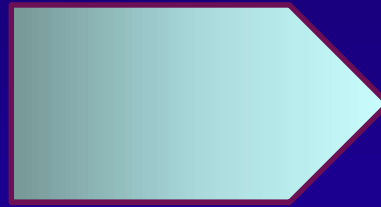
- ✓ Medidas para SCA (AAS, clopidogrel)
- ✓ Analgesia: dipirona, escopolamina e tramadol
- ✓ Provas inflamatórias (PCR) normal
- ✓ Troponina elevada
- ✓ Permanencia com dor

SOS Coração

Optado por estratificação Invasiva

Raciocínio Clínico

Dor torácica tipo B
Mulher, 70 anos (FR)
Tabagismo (FR)
Taquicárdica
Dor abdominal à palpação
ECG com supraST
Troponina positiva
Coronárias normais, VE com acinesia
antero-médio-apical



IAM (com supra ST
parede anterior) com
coronárias normais:
MINOCA

Miopericardite

**Takotsubo: escore inter
TAK baixo 37(>70)**

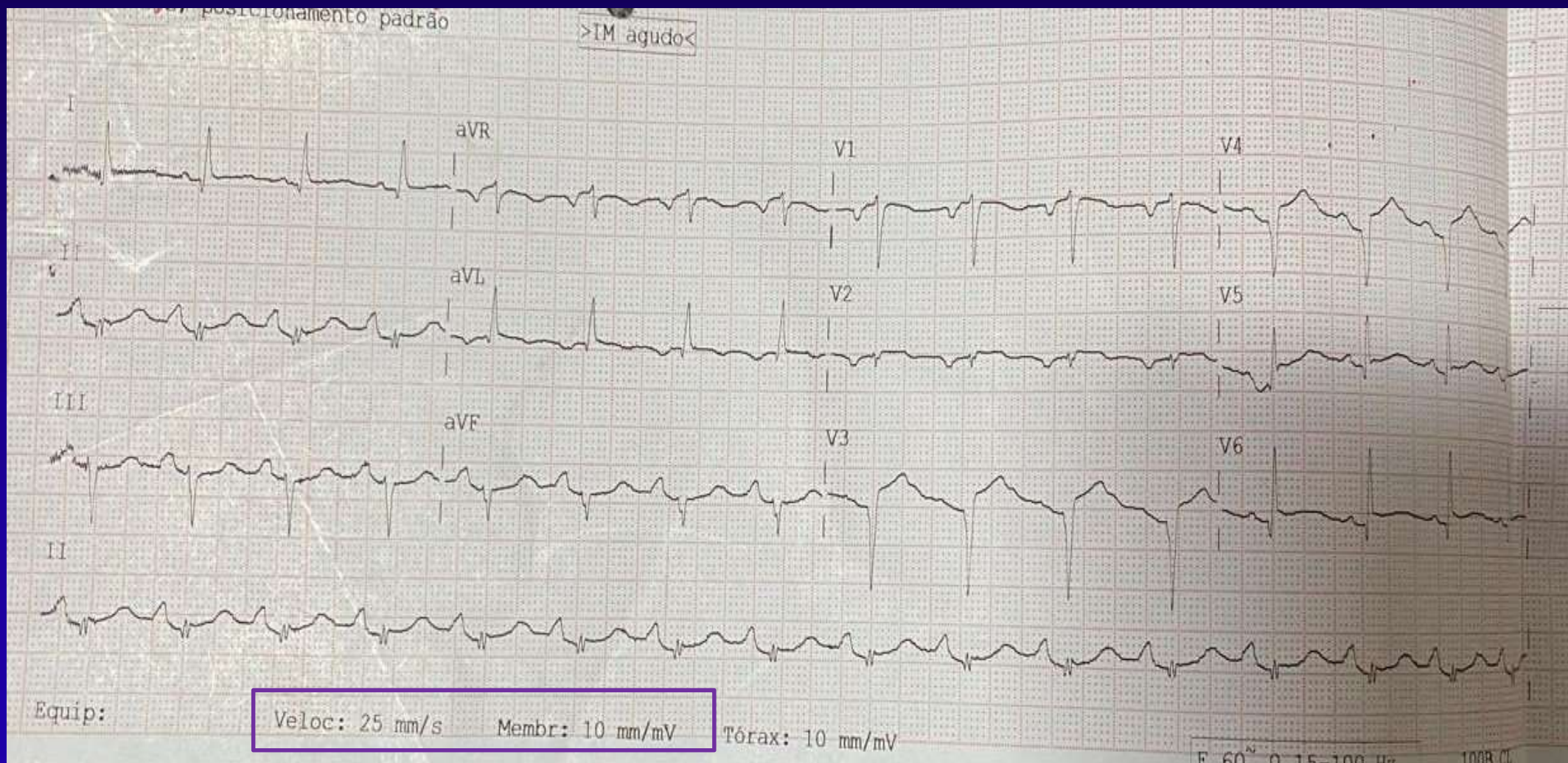
Em 05/02/2024 (HEAA)

- ✓ PCR: 19,8 (VR: 6,0)
- ✓ VHS: sem Kit
- ✓ Troponina (qualitativa): positivo
- ✓ Não colheu mais troponina

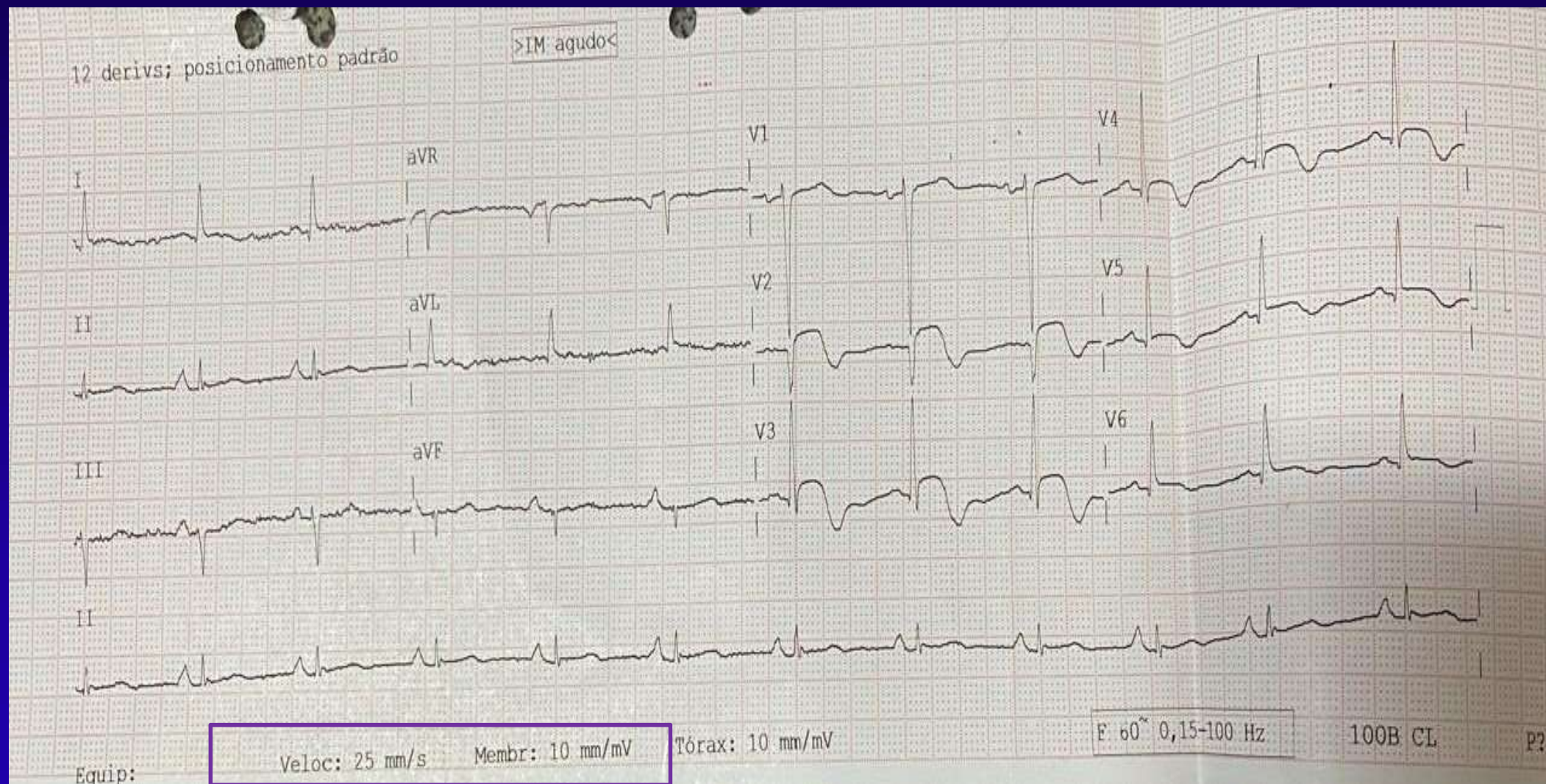
HD de Miopericadite

- ✓ Iniciado ibuprofeno e colchicina

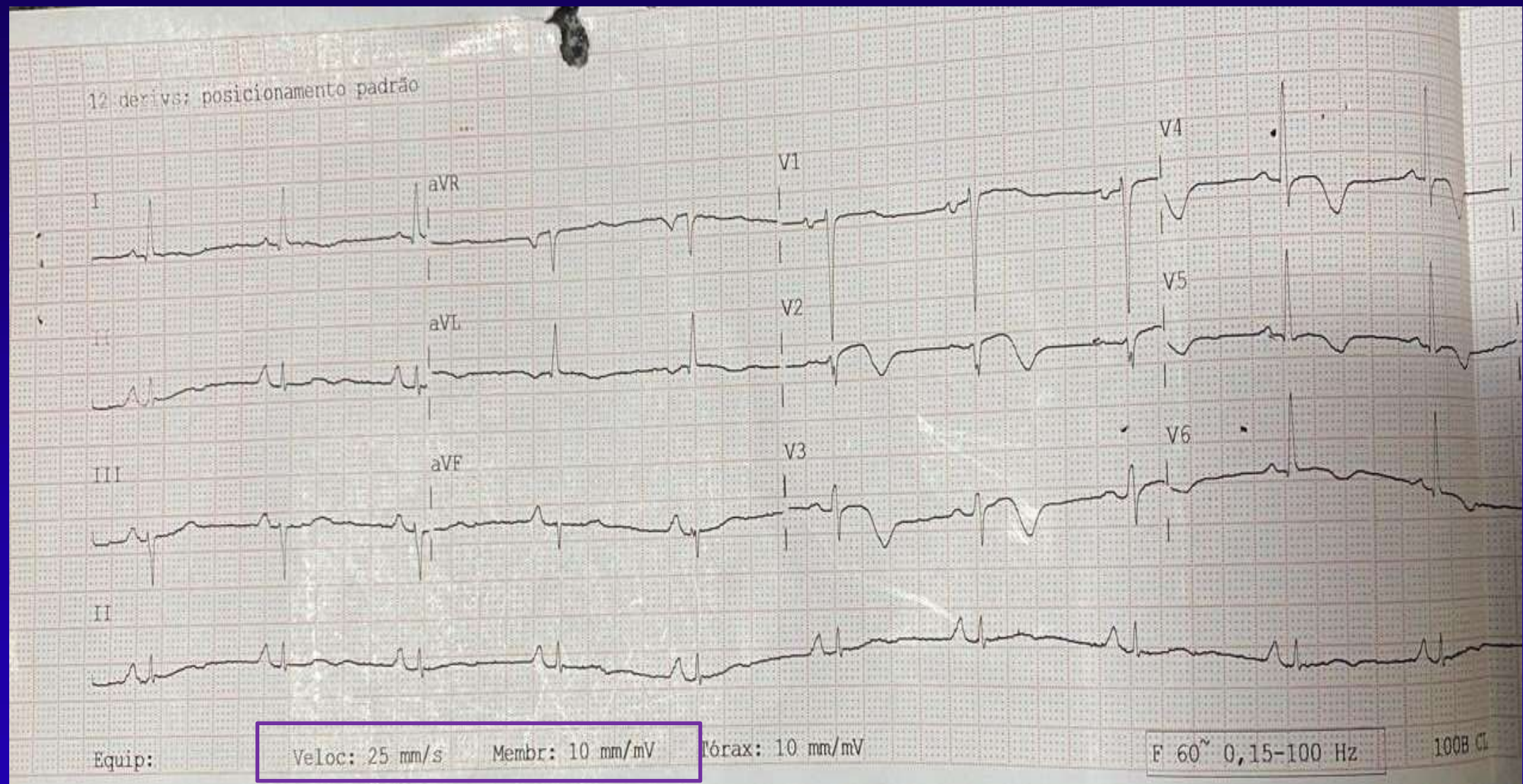
ECG (05/02/2024)



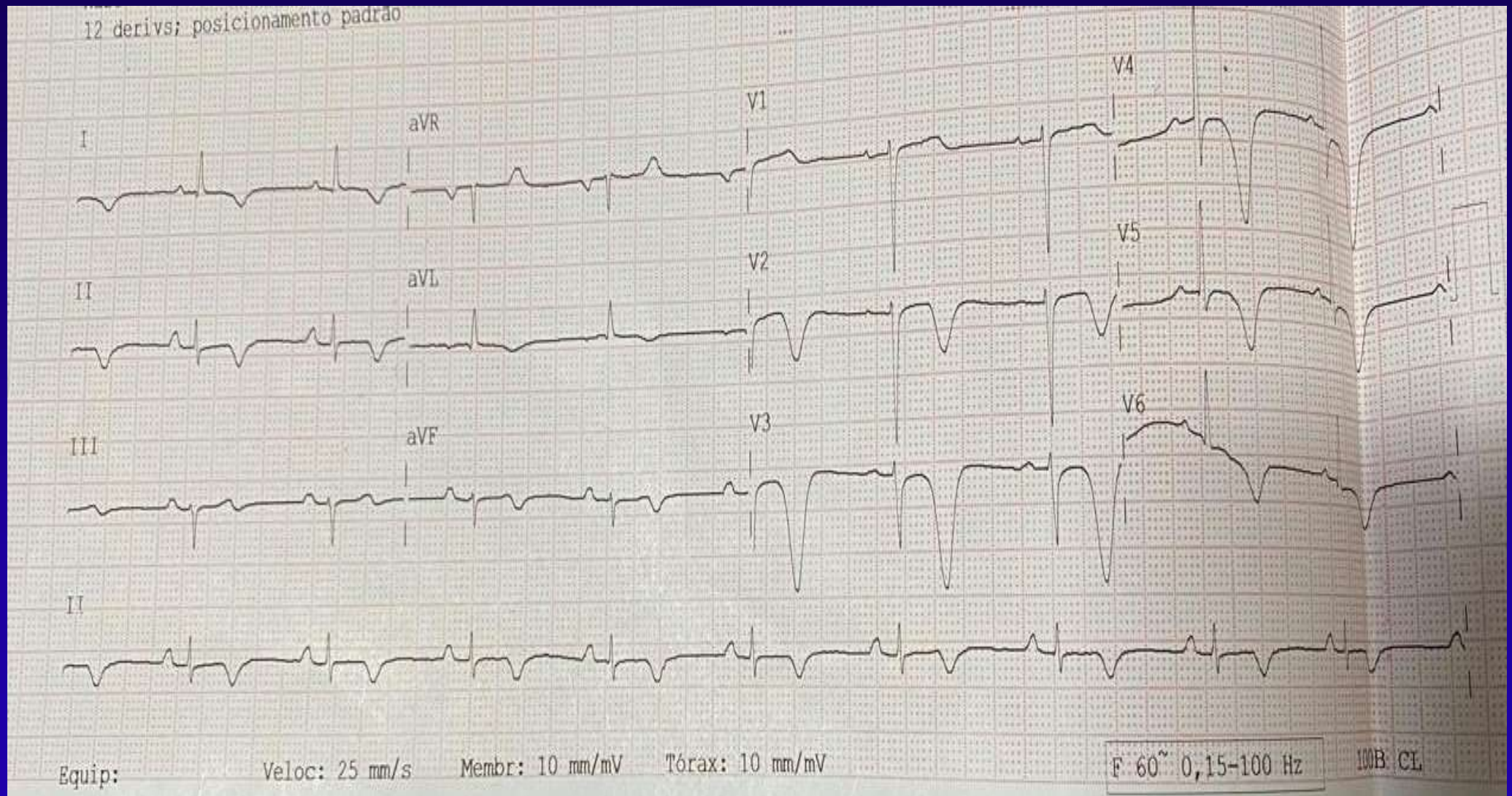
ECG (07/02/2024)



ECG (08/02/2024)



ECG (15/02/2024)



RESSONÂNCIA MIOCÁRDICA CARDÍACA (16/02/2024)

VE: tamanho, espessura de paredes e função sistólica normais, FEVE 70%;

Contratilidade normal;

Perfusão normal;

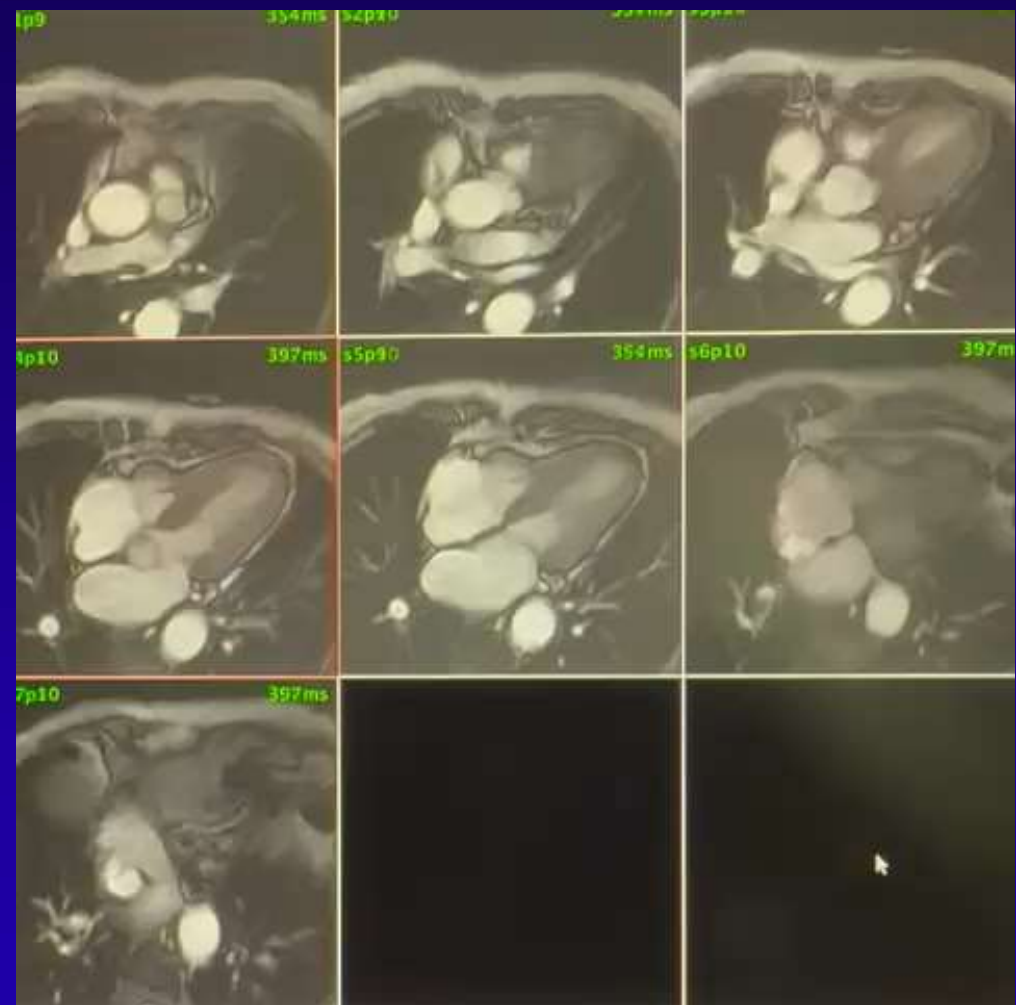
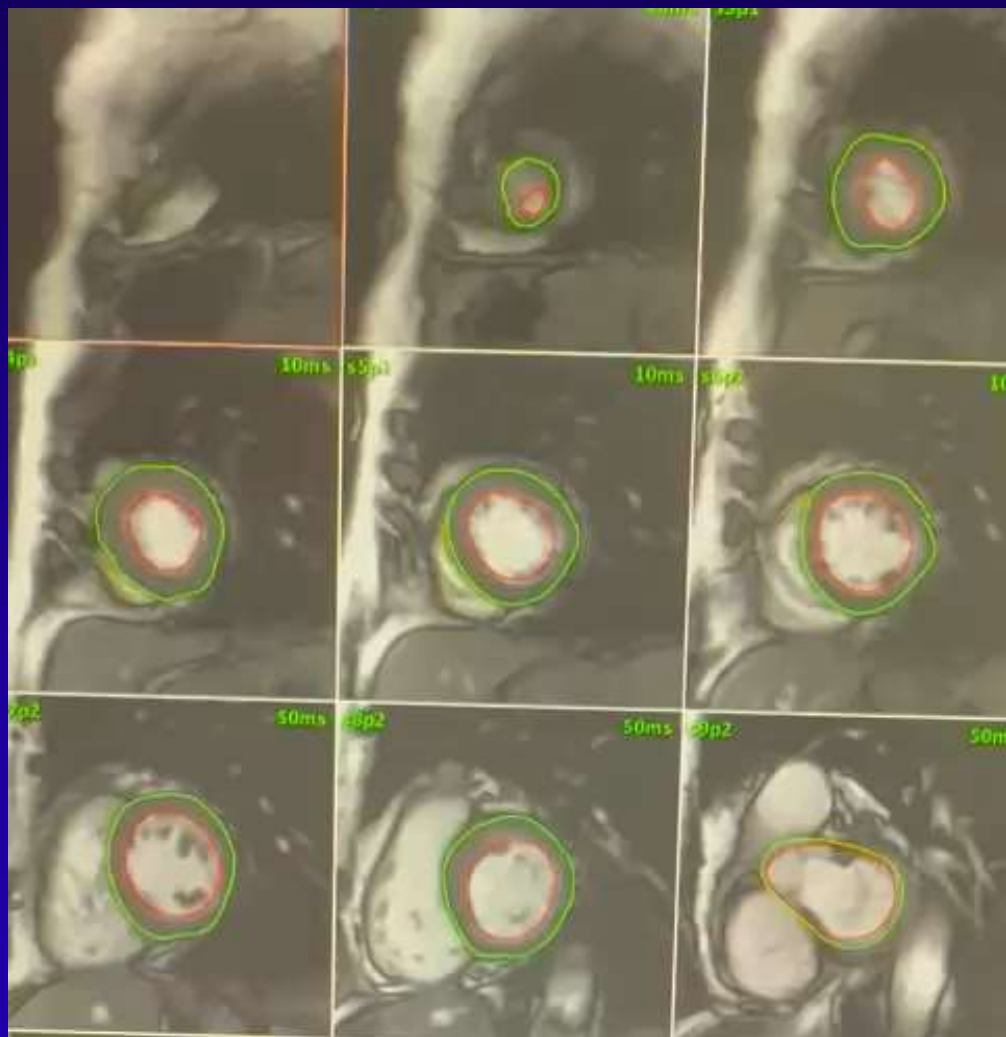
Presença de EDEMA miocárdico em parede anterior;

Ausência de realce tardio

IMPRESSÃO RMC:

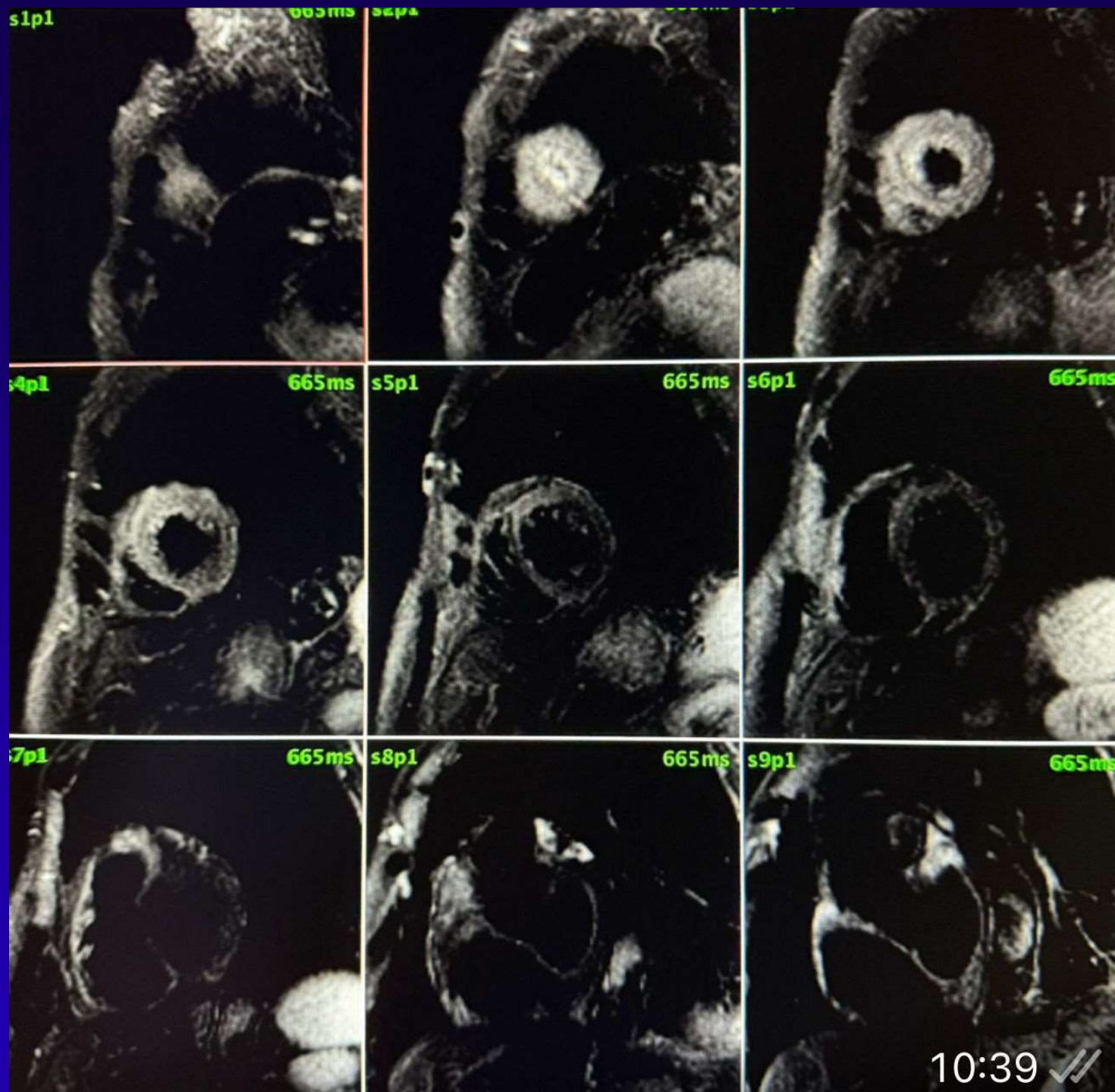
Sinais de injúria miocárdica aguda relacionado ao território da artéria descendente anterior

RMC

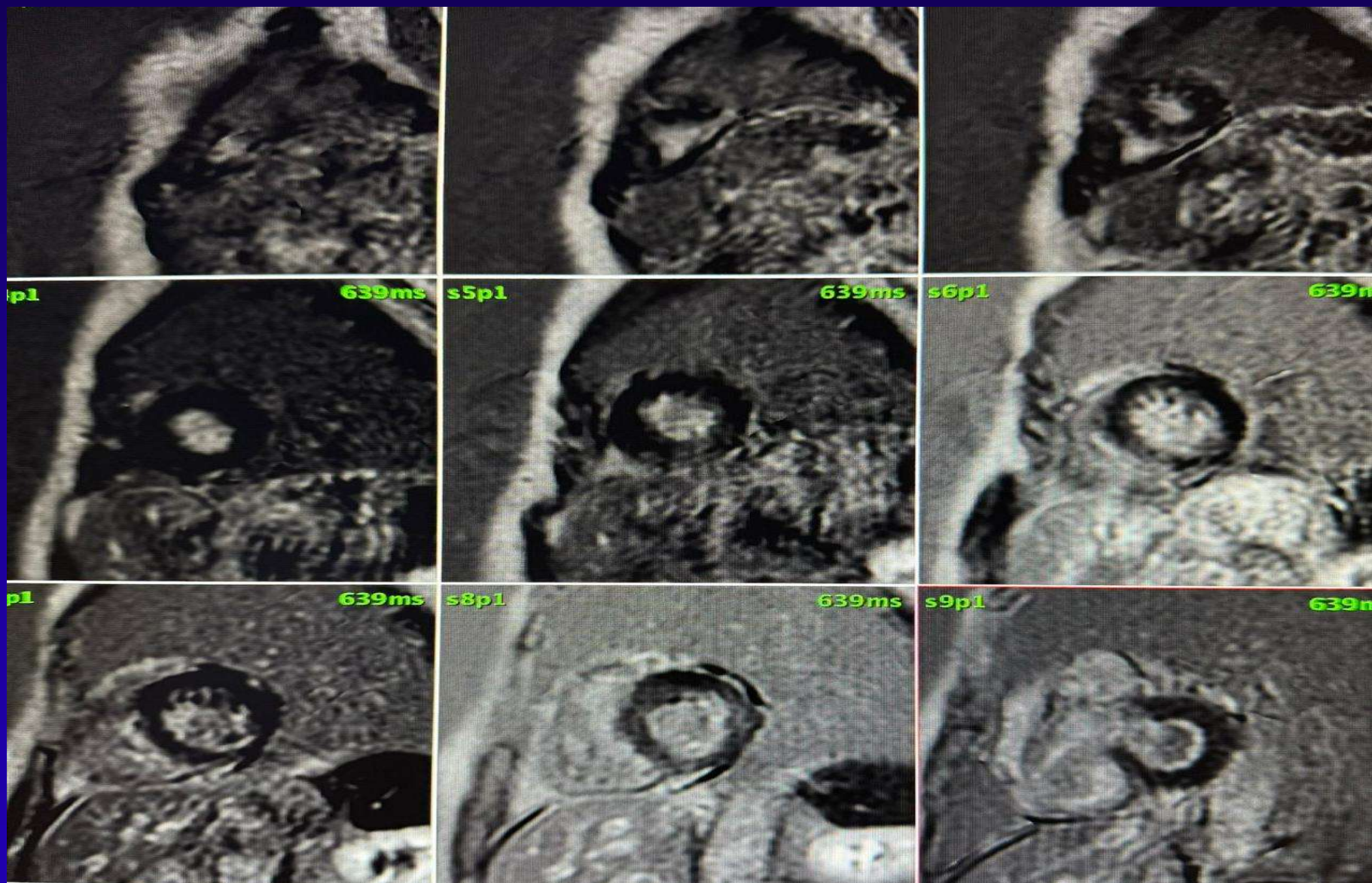


RMC

Sequência T2 Tripple



RMC - Sequência Realce tardio



ECO TT (20/02/2024)

Função contrátil do VE normal, FEVE 76%;
Regurgitação mitral, aórtica e tricúspide leves;
PSAP = 35 mmHg;
Pericárdio normal.

Diagnóstico Final

IAM COM CORONÁRIAS ``NORMAIS`` SEM LESÕES
OBSTRUTIVAS - MINOCA

MINOCA:

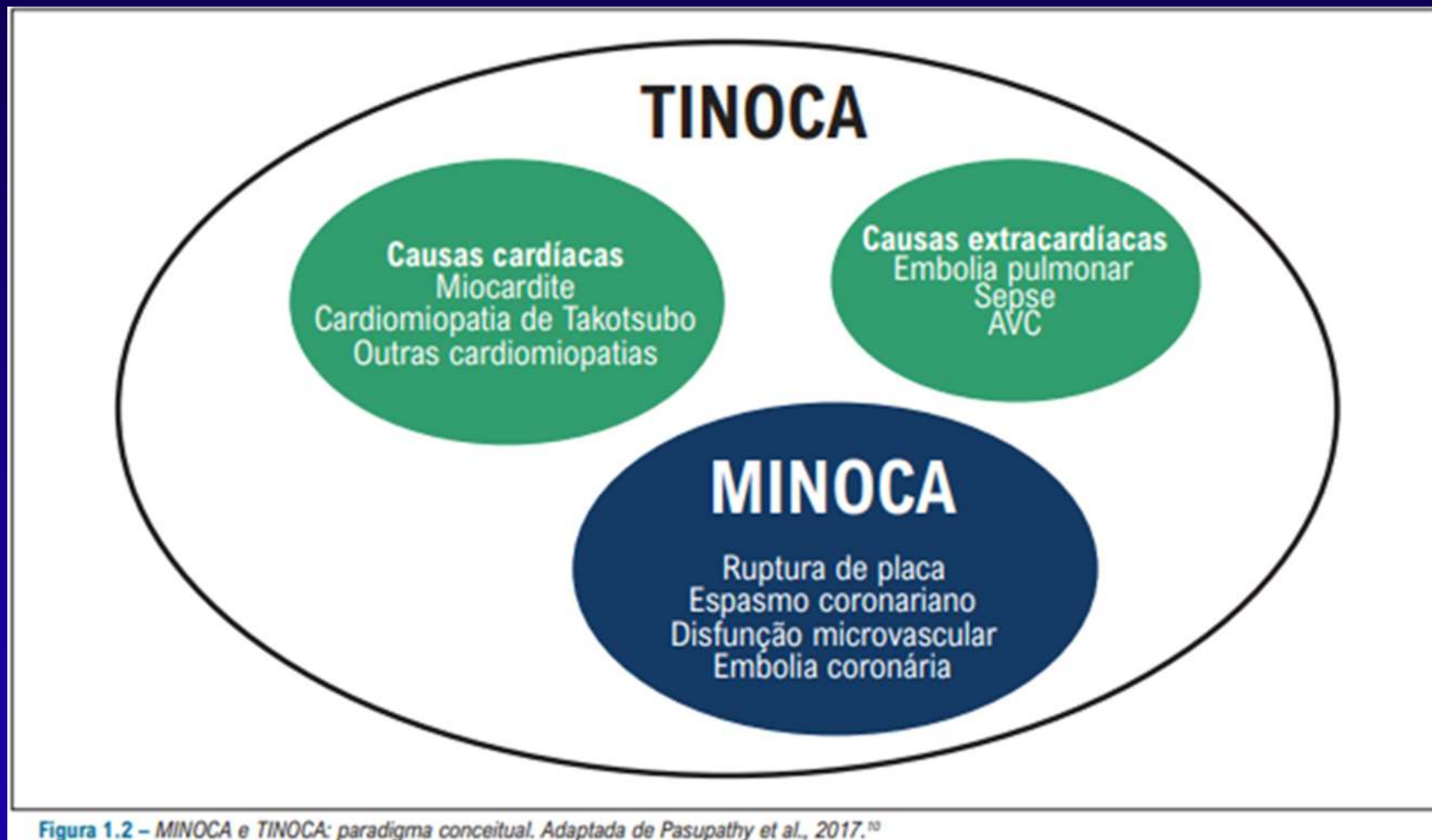
OS CASOS DE IAM SEM A PRESENÇA DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC) OBSTRUTIVA SÃO CLASSIFICADOS COMO MINOCA (DO INGLÊS, MYOCARDIAL INFARCTION WITH NON-OBSTRUCTIVE CORONARY ARTERIES). APROXIMADAMENTE DOIS TERÇOS DOS PACIENTES COM MINOCA TÊM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE INFARTO SEM SUPRA DE ST.

OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA MINOCA SÃO: IAM, DOCUMENTAÇÃO ANGIOGRÁFICA COM AUSÊNCIA DE DAC OBSTRUTIVA (ATEROMATOSE COM ESTENOSE < 50% OU CORONÁRIA NORMAIS) E NENHUMA CAUSA CLINICAMENTE EVIDENTE NÃO CORONARIANA QUE JUSTIFIQUE A APRESENTAÇÃO AGUDA.

MECANISMOS QUE CAUSAM MINOCA:

- DISFUNÇÕES CORONÁRIAS EPICÁRDICAS (EX: RUPTURA DE PLACA ATEROSCLERÓTICA, ULCERAÇÃO, FISSURAÇÃO, EROSÃO OU DISSECÇÃO CORONÁRIA).
- DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO (EX: ESPASMO CORONARIANO).
- DISFUNÇÃO ENDOTELIAL CORONARIANA (EX: DOENÇA MICROVASCULAR).

O GRANDE GRUPO DE PACIENTES QUE SE APRESENTAM COM ELEVAÇÃO DE TROPONINA NA AUSÊNCIA DE OBSTRUÇÃO CORONARIANA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE INFARTO É CLASSIFICADO COMO PORTADOR DE MINOCA (DO INGLÊS, TROPONIN-POSITIVE NONOBSTRUCTIVE CORONARY ARTERIES), CONTEMPLANDO AQUELES COM LESÃO DE ETIOLOGIA ISQUÊMICA (MINOCA).



FONTE: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021.

Referências

Martínez-Nadal G, Prepoudis A, Miró Ò, et al. Clinical features of pericarditis with and without myocardial involvement diagnosed in the emergency department and factors associated with need for hospitalization. Características clínicas de las pericarditis y miopericarditis diagnosticadas en urgencias y factores asociados con la necesidad de hospitalización. Emergencias. 2020;32(2):97-104.

Mejía-Rentería HD, Núñez-Gil IJ. Takotsubo syndrome: Advances in the understanding and management of an enigmatic stress cardiomyopathy. World J Cardiol. 2016 Jul 26;8(7):413-24. doi: 10.4330/wjc.v8.i7.413. PMID: 27468334; PMCID: PMC4958692.

Schweiger V, Di Vece D, Cammann VL, et al. Cardiac biomarkers for diagnosing Takotsubo syndrome. Eur Heart J. 2024;45(25):2254-2258. doi:10.1093/eurheartj/ehae231

InterTAK Diagnostic Score⁴

Female sex	25 points
Emotional stress	24 points
Physical stress	13 points
No ST-segment depression*	12 points
Psychiatric disorders	11 points
Neurologic disorders	9 points
QTc prolongation	6 points

≤ 70 points
Low/intermediate
probability of TTS

> 70 points
High probability
of TTS

TTS= Syndrome de Takotsubo

Ghadri JR, Wittstein IS, Prasad A, et al. International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part II): Diagnostic Workup, Outcome, and Management. *Eur Heart J*. 2018; 39(22): 2047–2062, doi: 10.1093/eurheartj/ehy077, indexed in Pubmed: 29850820.