

RELATO DE CASO DE ANGINA VASOESPÁSTICA ATÍPICA COM GRAVES CONSEQUÊNCIAS

CASE REPORT OF VASOSPASTIC ATYPICAL ANGINA WITH SERIOUS CONSEQUENCES

LÉRIDA RUSSI GARCIA¹, BRUNO GRION DE OLIVEIRA², LUIZ EDUARDO GUISELLI GALLINA³

1. Médica Residente de Clínica Médica do Hospital Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer; 2. Médico Residente de Clínica Médica do Hospital Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer; 3. Médico, Coordenador da Residência de Cardiologia do Hospital Regional João de Freitas.

* PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Arapongas, Paraná, Brasil. CEP: 86702-000 biblioteca@hospitaljoaodefraitas

Recebido em 21/09/2015. Aceito para publicação em 25/11/2015

RESUMO

Antecedentes: angina vasospástica ou angina variante de Prinzmetal, caracteriza-se por espasmo focal da artéria epicárdica, com a conseqüente elevação do segmento ST. Doença rara, que pode levar a complicações graves, como arritmias, infarto do miocárdio (IAM) e morte súbita. **Objetivo:** relatar o caso de paciente com angina vasospástica que desenvolveu infarto agudo do miocárdio e choque cardiogênico. **Métodos:** Os dados foram obtidos por meio de revisão de prontuários médicos.

PALAVRAS-CHAVE: Angina vasoespástica, infarto agudo do miocárdio, parada cardiorrespiratória, cateterismo cardíaco, morte súbita.

ABSTRACT

Background: Angina vasospastic or Prinzmetal variant angina, characterized by focal spasm of epicardial artery, with consequent elevation of the ST segment. Rare disease, which can lead to severe complications such as arrhythmias, myocardial infarction (AMI) and sudden death. **Objective:** To report the case of patient with vasospastic angina who developed acute myocardial infarction and cardiogenic shock. **Methods:** The data were obtained through review of medical records.

KEYWORDS: Vasospastic angina, acute myocardial infarction, cardiac arrest, cardiac catheterization, sudden death

1. INTRODUÇÃO

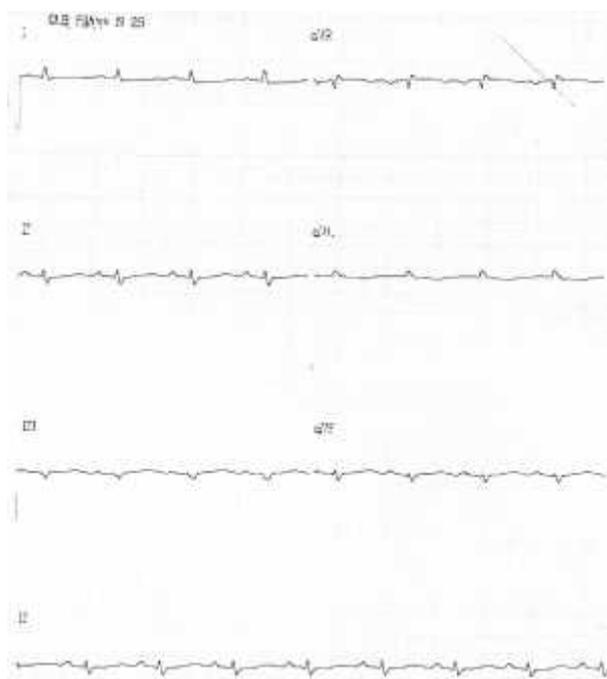
Angina vasoespástica, também conhecida como Angina Variante ou Angina de Prinzmetal, é caracterizada por espasmo focal da artéria coronariana epicárdica, com conseqüente isquemia transmural, representada no eletrocardiograma (ECG) por elevação do segmento ST¹. Angina desencadeada ao repouso ou por estresse emocional, com reversão espontânea, mais comum no sexo masculino e associada frequentemente

ao uso de álcool, tabaco, cocaína. Em 30% dos pacientes pode ser desencadeada pelo exercício.²

Descrevemos um caso de paciente masculino, com quadro de angina variante recorrente sem alterações eletrocardiográficas no episódio de dor, evoluindo com parada cardiorrespiratória (PCR), seguido de óbito.

2. RELATO DE CASO

Homem M.S.S, 62 anos, admitido no Pronto Socorro do Hospital Regional João de Freitas (Arapongas, Paraná, Brasil), com quadro anginoso típico, de forte intensidade, iniciado ao repouso. Evoluiu em poucos minutos após admissão com Parada Cardiorrespiratória (PCR), com recuperação da circulação espontânea após 50 minutos de reanimação.



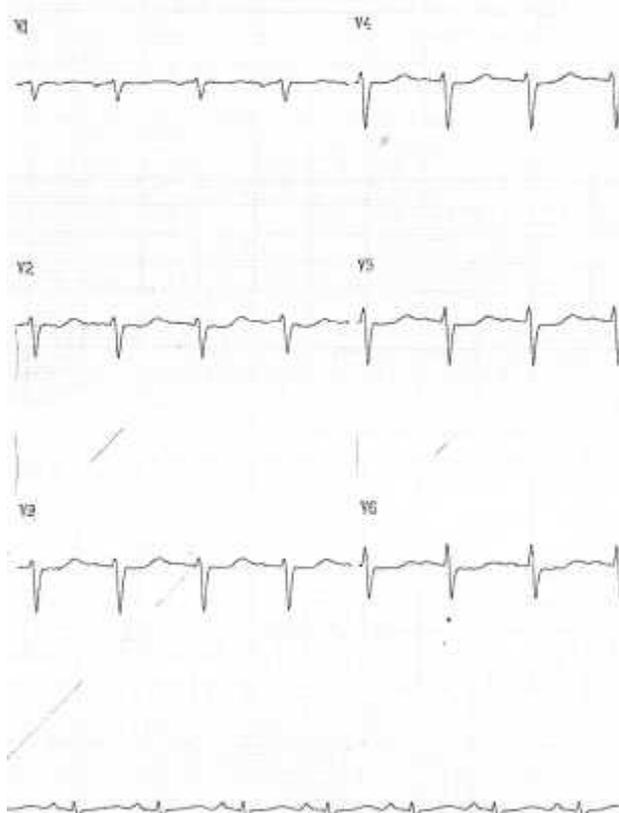


Figura 1. Eletrocardiograma (ECG) pós-PCR. PCR: Parada Cardiorespiratória.

Apresentava ao ECG, realizado após reversão do quadro, alteração de repolarização com infra do segmento ST em parede anterior (Figura 1). Encaminhado para estudo hemodinâmico que evidenciou severo espasmo em toda coronária esquerda, principalmente em seu tronco, revertido com nitroglicerina 0,5mg intra coronariana (Figura 2).

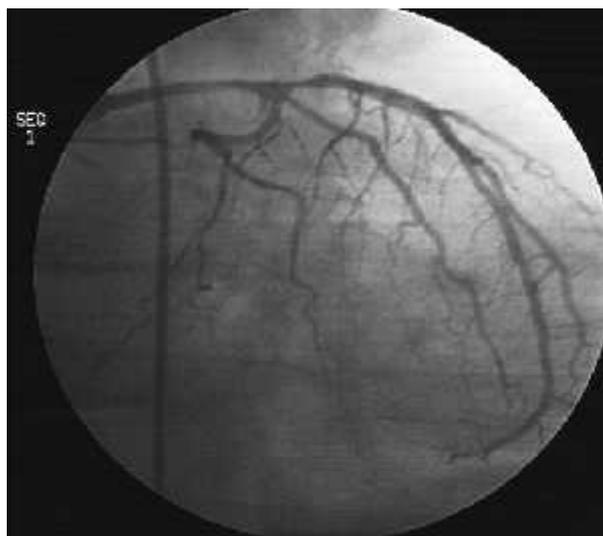


Figura 2. Espasmo severo em tronco de coronária esquerda.

Apresentava antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e ansiedade, em tratamento.

Há dez dias da admissão, esteve internado na mesma instituição hospitalar para realização de estudo hemodinâmico devido quadro de precordialgia em aperto, ao repouso, acompanhado de sudorese e mal estar.

Exames intra hospitalares de ECG, radiografia de tórax e enzimas cardíacas dentro dos padrões de normalidade.

Ao estudo hemodinâmico, circulação coronariana direita dominante, ateromatose discreta em coronária esquerda e direita, fístula entre ramo circunflexa de coronária esquerda e tronco da artéria pulmonar com *shunt* esquerda-direita (Figura 3).



Figura 3. Tronco de coronária esquerda em cateterismo realizado 8 dias antes do evento.

Durante internamento, desconforto torácico, não caracterizado como dor, associado a sudorese, durante madrugada, com duração aproximada de dez minutos, em dois dias consecutivos. Eletrocardiogramas realizados normais.

Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial sendo acrescentado ao tratamento prévio ticagrelor 90mg duas vezes ao dia, nitrato 10mg a cada 8 horas, ácido acetilsalicílico 100mg/dia.

Esteve em consulta ambulatorial, três dias antes do evento, queixando-se de palpitações, dor precordial leve e atípica, que persistia até o momento da consulta. Realizado ECG durante período anginoso, normal (Figura 4). Introduzido verapamil (160 mg/dia) ao tratamento, sendo orientado manter acompanhamento ambulatorial.

Em seguimento após estudo hemodinâmico de emergência na admissão, foi hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva, com quadro de choque cardiogênico e insuficiência renal aguda, evoluindo a óbito cinco dias após admissão.



Figura 4. Eletrocardiograma em consulta ambulatorial durante episódio anginoso.

3. DISCUSSÃO

A angina variante é causada por um espasmo focal de uma artéria coronariana epicárdica¹, levando a isquemia miocárdica grave. Embora frequentemente acredite-se que o espasmo ocorra em artérias sem estenose, muitos pacientes com angina de Prinzmetal apresentam espasmo adjacente a placas ateromatosas.^{2,3}

Por ser evento raro, sua patogênese ainda é pouco compreendida, porém, acredita-se que hiperreatividade da musculatura lisa vascular esteja envolvida na gênese da angina variante⁴. Estima-se que apenas 2 a 3% dos pacientes com dor torácica submetidos a estudo hemodinâmico tenham o diagnóstico de angina vasoespástica⁵.

É diagnosticada com mais frequência em adultos jovens, menores de 50 anos, sexo masculino, com poucos fatores de risco cardiovascular, exceto

tabagismo, reconhecido como importante fator de risco para o seu desenvolvimento.²

O quadro clínico é caracterizado por episódio anginoso, geralmente ao repouso, durante madrugada ou período matutino, em associação com elevação do segmento ST no eletrocardiograma, que normaliza após melhora da dor torácica.

Habitualmente o espasmo ocorre na ausência de aumento na demanda de oxigênio no miocárdio, porém em 10 a 30% dos pacientes, pode haver elevação do segmento ST induzido por esforço².

O tratamento preconizado com vasodilatadores, como nitrato e bloqueadores de canal de cálcio, reduz a frequência dos episódios sintomáticos e das complicações^{3,4}. O AAS também é indicado como medida preventiva em baixas doses.

Em casos de espasmo prolongado, pode ocorrer formação de trombose local, evoluindo com IAM, morte súbita ou arritmias graves, observado em aproximadamente 25% dos pacientes não tratados.²

Revascularização é indicada quando há comprometimento hemodinâmico secundário a trombose coronariana.

O presente relato evidenciou caso de angina variante em paciente masculino, sem antecedente de tabagismo ou etilismo, diferindo do esperado através dos dados vistos em literatura, com ECG sem supra de segmento ST durante quadro anginoso. Apesar do tratamento instituído, paciente apresentou grave complicação, evoluindo com choque cardiogênico pós IAM e óbito.

4. CONCLUSÃO

O presente relato chama a atenção o quão variado pode ser a manifestação clínica da angina vasoespástica com pobreza de alterações de exames complementares e seu prognóstico pode ser muito ruim dependendo da localização e artéria atingida, mesmo nos pacientes com medicação ótima.

REFERÊNCIAS

- J.T.S.Soares-Costa,et al. Angina Variante de Prinzmetal. Ver Port Cardiol 2004;23:1337-56
- [1]. Pinto DS, Beltrame JF, Crea F. Variant angina. In Upto-Date. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 06/02/2014.
- [2]. Zuniga EC, Mesa JEG, Martinez XZM, Urrea CA. Angina de Prinzmetal. Arq Bras Cardiol 2009; 93(2):e30-e32
- [3]. Garcia FF, Lima TP. Angina de Prinzmetal: do Quadro Clínico ao Tratamento- American College of Cardiology. Coleções Clínicas - Imagem em Cardiologia Data: 11/05/2012
- [4]. Costa J, Pereira MA, Correia A, Rebelo A, Araújo AO. Morte Súbita e Angina Vasoespástica. Rev Port Cardiol 2002;21 (11):1305-1314
- [5]. Kalil R, Scarlatelli AV, Rosa LV. Angina vasoespástica e morte súbita: relato de caso. Disponível em: <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/centro-cardiologia/Documents/pdf/artigos-cientificos/caso-clinico-angina.pdf>>. Acesso em 17/02/2014.