

DOR TORÁCICA

Avaliação inicial: clínica + ECG + radiograma de tórax.

CAUSAS

- **CARDÍACAS**
 - Isquêmica.
 - Dissecção de aorta.
 - Pericardite.
 - Cardiomiopatia.
 - Valvopatias.
- **NÃO CARDÍACAS**
 - Pleuropulmonar.
 - Gastrointestinal.
 - Músculo-esquelética.
 - Herpes-zóster.
 - Psicogênica.

ANGINA

- **DEFINIÇÃO**
 - Dor ou desconforto retroesternal.
 - Piora com estresse ou exercício.
 - Alívio com repouso ou nitrato.

DISSECÇÃO AÓRTICA

- **QUADRO CLÍNICO**
 - Dor torácica intensa e súbita.
 - Aorta ascendente
 - IAM.
 - Insuficiência aórtica.
 - Tamponamento cardíaco.
 - Arco aórtico
 - Subclávia: diferença de PA entre membros.
 - Carótida: síncope / AVEi.
 - Aorta descendente
 - Hemotórax.
 - Isquemia mesentérica.
 - Isquemia renal.
 -
- **DIAGNÓSTICO**
 - Estável
 - RNM de tórax.
 - Instável

- Ecocardiograma transesofágico.
 - Se indisponíveis ou contraindicados
 - Angiotomografia de tórax.
- **CLASSIFICAÇÃO**
 - De Bakey
 - Aorta toda = 1
 - Aorta ascendente = 2
 - Aorta descendente = 3
 - Stanford
 - Se pegar aorta ascendente = A
 - Se não pegar = B
- **TRATAMENTO**
 - Clínico
 - Betabloqueador: esmolol, propranolol, metoprolol.
 - Nitroprussiato de sódio.
 - Labetalol: bloqueio alfa e beta.
 - Alvos: PAS = 100-110 mmHg / FC < 60 bpm.
 - Cirúrgico
 - Tipo A
 - Cirurgia sempre.
 - Tipo B
 - Cirurgia apenas em casos complicados.

PERICARDITE

- **DEFINIÇÃO**
 - Inflamação do pericárdio.
 - Viral ou idiopática.
- **CLÍNICA E COMPLEMENTARES**
 - Dor pleurítica, postural-dependente: melhora sentado inclinado pra frente.
 - Som áspero, sistólico e diastólico: atrito pericárdico.
 - ECG com supradesnivelamento ST côncavo em todas as derivações.
 - Infradesnivelamento de PR: mais específico.
 - Radiografia: aumento da área cardíaca, coração em moringa.
 - Ecocardiograma: derrame pericárdico.
- **TIPOS**
 - Aguda
 - Idiopática / Vírus (*Coxsackie B*).
 - Dor contínua, pleurítica, piora deitado, melhora sentado.
 - Atrito pericárdico sistodiastólico.
 - Subaguda
 - Hipotireoidismo.
 - Derrame grande e assintomático.
 - Constrictiva
 - Tuberculose.
 - Turgescia jugular, sinal de Kussmaul, hepatomegalia.

- Síndrome de restrição diastólica.
- **TRATAMENTO**
 - AINE.
 - Colchicina: evitar recorrência.
 - Corticoide em refratários.
 - Pericardiectomia em caso de constrictiva.

ESPASMO ESOFAGIANO DIFUSO

- **DEFINIÇÃO**
 - Intensas contrações esofágicas.
 - Difusas e ineficazes.
- **CLÍNICA**
 - Cólica esofágica / angina esofágica.
 - Disfagia.
- **DIAGNÓSTICO**
 - Esofagografia baritada: esôfago em saca rolhas.
 - Esofagomanometria com teste provocativo com edrofônio.
- **TRATAMENTO**
 - Nitrato ou antagonistas do cálcio.
 - Antidepressivos, sildenafil, Botox® (toxina botulínica).
 - Refratário: esofagomiectomia longitudinal.

DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

- **GENERALIDADES**
 - Angina estável: isquemia crônica.
 - Angina instável / IAM: síndrome coronariana aguda.
 - Prinzmetal: homem, vasoespasmos, supra ST transitório.
 - Microvascular (Síndrome X): mulheres, disfunção distal e endotelial.
 - Silenciosa / atípica: idoso, DM, renal crônico, transplantado.
- **ISQUEMIA CRÔNICA**
 - **Abordagem**
 - **PADRÃO-OURO: Coronariografia (CAT)**
 - Causa indefinida.
 - Angina limitante e refratária.
 - Alto risco com outros testes: isquemia com baixa carga, múltiplos défices de perfusão.
 - ECG de repouso: inversão de ST / infradesnivelamento de segmento ST.
 - Teste ergométrico
 - Teste positivo: infra ST > 1 mm.
 - Infra retificado ou descendente.
 - Limitações: condicionamento físico, artrose, paraplegia.
 - Perfusão por radionuclídeos (PET e cintilografia)

- Teste positivo: defeito na perfusão durante esforço.
- Vantagens: localiza melhor a lesão, avalia viabilidade miocárdica
- Testes anatômicos
 - AngioTC de coronárias
 - VPN elevado.
 - AngioRNM de coronárias.
- **Conduta**
 - Terapia anti-iscuêmica
 - Betabloqueador (ou antagonista dos canais de cálcio).
 - iECA (se HAS, DM, IC ou DRC).
 - Nitratos sintomáticos.
 - Terapia antitrombótica
 - AAS (ou clopidogrel).
 - Estatina (independente do LDL).
 - Outras
 - Ivabradina.
 - Trimetazidina.
 - Ranolazina.
 - Refratários
 - CAT: intervenção por cirurgia ou angioplastia?
 - Cirurgia: tronco da ACE, DA proximal, trivascular, pacientes diabéticos, disfunção do VE.

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

- **GENERALIDADES**
 - Placa instável
 - Suboclusão: sem supra ST.
 - Angina instável.
 - IAM subendocárdico.
 - Oclusão total: com supra ST.
 - IAM transmural.
- **ABORDAGEM**
 - Clínica.
 - ECG realizado e interpretado em 10 minutos.
 - Marcador de necrose miocárdica: troponina 0-3h (0-1h).
- **CONDUTA GERAL**
 - Terapia anti-iscuêmica
 - Betabloqueador (preferência VO).
 - iECA (aguardar estabilidade).
 - Morfina, O₂, nitrato.
 - Terapia antitrombótica
 - AAS + clopidogrel / ticagrelor (Brilinta®).
 - Estatina (atorvastatina).
 - Heparina.

- Situações especiais
 - Uso de sildenafil nas últimas 24h: não fazer nitrato.
 - Intoxicação por cocaína: não fazer betabloqueador.
 - IAM de VD: não fazer morfina, nitrato ou betabloqueador.
- **TERAPIA ESPECÍFICA**
 - Sem supra ST
 - Alto risco
 - Conduta invasiva: internar em UCTI, cateterismo cardíaco (2-72h).
 - Não alto risco
 - Conduta conservadora: otimizar medicação e avaliar evolução (dor/ECG/marcador) + teste pré-alta.
 - Estratificação
 - Muito alto
 - Fatores: angina refratária, recorrente ou em repouso, instabilidade hemodinâmica ou IC aguda, TV sustentada ou FV.
 - CONDUTA: invasiva imediata até 2h.
 - Alto
 - Fatores: GRACE > 140, alteração da troponina, alterações ST e T.
 - CONDUTA: invasiva precoce até 24h.
 - Moderado
 - Fatores: TIMI > 2, diabetes, renal crônico, FE < 40%, revascularização prévia.
 - CONDUTA: invasiva retardada até 72h.
 - Com supra ST
 - Terapia padrão: MONABC.
 - Reperusão imediata
 - Sintoma compatível.
 - Tempo de até 12h.
 - Supra ST em duas derivações consecutivas ou BRE novo.
 - Trombolítico
 - Indicação: tempo > 90-120 minutos para angioplastia ou pra encaminhar.
 - Fazer em até 30 minutos.
 - Estreptoquinase, tPA, rPA, TNK.
 - Senão reperfundir, encaminhar para angioplastia.
 - Contraindicações
 - PA < 185 x 100 mmHg.
 - Sangramento ativo ou risco para SNC (AVEh, AVEi ou TCE < 3 meses, tumor).
 - - Critérios de reperusão
 - Melhora da dor.
 - Redução de 50% do supra ST.
 - Arritmias de reperusão.
 - Angioplastia

- Indicações: tempo < 90-120 minutos para a realização, contraindicações ao trombolítico, choque, dúvida diagnóstica.
- **COMPLICAÇÕES**
 - Arritmia
 - FV é a principal causa da óbito.
 - CDI se: PCR, TV sustentada, FE < 30%.
 - Hemodinâmica
 - Abordagem do choque cardiogênico.
 - Atentar se for IAM de VD: não usar morfina, nitrato e betabloqueador.
 - Mecânica
 - Sopro novo: insuficiência mitral, CIV.
 - CIV: sopro suave, fino, borda esternal esquerda.
 - Dolorosa
 - Angina: alto risco, CAT imediato.
 - Pericardite aguda por contiguidade ou Síndrome de Dressler (imune-mediada).