

**Relato de Caso Clínico: Síndrome Coronariana Aguda**

*LEITE, Patrícia Marques UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ; FERRAZ, Rafaella Pinto UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ; SHAFRANSKI, Elis; SOARES, Fernanda Batista UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ; SOUZA, Adson Rodrigues Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro-RJ.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

**Introdução:**

A doença cardíaca coronariana geralmente causada por uma enfermidade chamada aterosclerose, que ocorre quando substâncias gordurosas formam um acúmulo de placa nas paredes das artérias. A aterosclerose humana é um processo crônico, progressivo e sistêmico, caracterizado por resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial, causada por agressões da parede arterial. Como processo sistêmico, frequentemente, acomete todos os leitos arteriais incluindo a aorta e seus ramos principais: carótidas, renais, ilíacas e femorais. Isso causa estreitamento das artérias. À medida que as artérias coronárias se estreitam, o fluxo de sangue para o coração pode ser reduzido ou interrompido. Isso pode causar dor no peito (angina estável), falta de ar, taquicardia e outros sintomas, geralmente quando o indivíduo está em atividade. (2009, Arquivo Brasileiro Cardiologia). Apesar de dor ou desconforto no peito ser uma das manifestações mais importantes da doença cardíaca, vale frisar que dor no peito pode também ser sintoma de outro problema, não necessariamente cardíaco. Os seguintes fatores caracterizam a dor no peito e, de acordo com suas características, sugerem qual a origem da dor: tipo e localização da dor, irradiação da dor para outras regiões do corpo, intensidade, duração, fatores desencadeantes e de melhora e piora da dor. A dor no peito, secundária à isquemia miocárdica, tipicamente se manifesta com as seguintes características (ressaltando que, em cada indivíduo, a angina se manifesta sem necessariamente apresentar as características típicas em sua totalidade): dor em aperto, opressão, pressão, peso ou queimação, localizada na região subesternal, ou seja, abaixo do osso esterno (no meio do tórax, entre as costelas). Contudo, a dor

pode se localizar em qualquer porção do tórax, mais freqüentemente no meio ou do lado esquerdo, e ainda nos ombros, braços, pescoço, mandíbula, dentes, nas costas (entre as duas escapulas) e até, menos freqüente, na porção superior do abdome. Geralmente se inicia na porção anterior do tórax, pode se irradiar para os ombros, braços, pescoço, mandíbula, dentes e costas. (2008, FERNANDES).

**Objetivos:**

Esse trabalho é um artigo de revisão embasado em um caso clínico vivenciado pelo grupo no HSJB. Tem como objetivo definir a doença arterial coronariana e elucidar sobre suas principais causas, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prevenção.

**Relato de experiência:**

Paciente V.S., masculino, 66 anos, caucasiano, hipertenso e tabagista. Morador de Volta Redonda- RJ.

QP: “dor no peito e falta de ar”

HDA: Paciente deu entrada com um quadro de dor precordial típica associado a diaforese e dispneia há 1 dia. Foi realizado eletrocardiograma onde foi evidenciado supradesnivelamento do segmento ST em D1 e aVL.

HF: HF positiva para DAC/ Pai falecido devido a IAM aos 64 anos; Irmão IAM aos 62 anos.

HS: Ex-tabagista, parou aos 62 anos.

HPP: HAS com tratamento. Nega alergia a medicamentos.

Exame Físico: Lúcido e orientado. Corado, Hidratado , anictérico e acianótico.

ACV: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros ou extrassístoles.

AR: Murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios.

Abdome: flácido e peristalse presente.

Neurológico: Glasgow 15

MMII: sem edema, panturrilha livre

Restante dos aparelhos sem alterações.

→Condução: Foi pedido enzimas necrose mioárdica CK MB e Troponina. Tratamento de suporte.

05/03/2014: CK 592 CKMB 89

→Condução: Paciente foi internado em enfermaria do próprio hospital com tratamento clínico com AAS e Sinvastatina, monocordil, atenolol, losartana e clopidogrel. Foi pedido um Ecocardiograma e um Cateterismo.

11/03/2014: CAT 90% obstrução da artéria coronária esquerda, 90% de obstrução na descendente anterior, 30% na coronária direita.

12/03/2014: ECO FE 82%; valvas cardíacas normais, déficit da função diastólica do VE grau I.

→Condução: Indicação de cirurgia e realizada dia 26/03/2014: Foram realizadas anastomose de Veia Safena com a Aorta ascendente e anastomose termino-lateral para a artéria Cirunflexa; Anastomose término-lateral da Artéria Torácica Interna Esquerda com a Artéria Descendente Anterior. Foi colocado eletrodo procisório de marcapasso em parede de ventrículo direito, drenado mediastino e pleura esquerda; Procedida a revisão da hemostasia e síntese habitual das incisões.

**Resultado:**

A análise deste caso clínico é de extrema importância pois os fatores de risco são diversos como homens na faixa etária dos 40 anos, mulheres na menopausa, Genes propensos (hereditariedade), diabetes, a hipertensão arterial, níveis anormais de colesterol, fumantes, doenças renais crônicas, a presença de aterosclerose e endurecimento das artérias em outra parte do corpo por exemplo (AVC) e aneurisma de aorta abdominal e outros fatores de risco incluem o abuso do álcool, a falta de exercícios e o acúmulo de estresse. Portanto uma boa anamnese e um bom exame físico são de extrema importância para um bom encaminhamento do caso.

**Conclusão:**

O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão do método diagnóstico e terapêutica de uma situação complexa que é a Doença Coronariana. A imensa maioria dos pacientes com doença arterial coronariana tem exame físico completamente normal. Por isso, o principal instrumento diagnóstico dos pacientes é a história clínica. Além da história clínica os exames complementares podem ter várias utilidades na investigação de doença coronariana. Podem-se utilizar exames para investigação e acompanhamento de fatores de risco em pacientes sintomáticos ou assintomáticos. Quando a aterosclerose é identificada em um estágio inicial, medicamentos como os nitratos, os beta bloqueadores, os bloqueadores dos canais

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

de cálcio, etc. Quando o estágio é mais avançado, opta-se por mecanismos mais invasivos como a angioplastia ou a revascularização do miocárdio, como foi a situação do caso descrito.

**Referências:**

Doença arterial coronariana. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2009, vol.93, n.6, suppl.3, pp. 282-286.

FERNANDES PM et al. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Med (São Paulo). 2008 abr.-jun.;87(2):92-8.

*LISBOA, L.A.F; MEJÍA, O. A. V; DALLAN, L. A. O; MOREIRA, L. F. P; PUIG, L. B; JATENE, F. B. ; GROppo, N. A.* Intervenção Coronariana Percutânea Prévia como Fator de Risco para Revascularização Miocárdica. Arq Bras Cardiol 2012;99(1):586-595.

LUZ,P.L.; FAVARATO, D. Doença Coronária Crônica. Arq Bras Cardiol. Volume 72, (nº 1), 1999. São Paulo-SP.

PINHO R. A.; ARAÚJO M. C.; GHISI G. L. M., BENETTI M. Doença Arterial Coronariana, Exercício Físico e Estresse Oxidativo. Arq Bras Cardiol 2010;94(4): 549-555

Palavras-Chave: Doença Coronariana Aguda, Infarto Agudo do Miocárdio, Vascularização do Miocárdio.