

Diagnóstico diferencial da dor torácica: ênfase em causas não coronarianas

Differential diagnosis of chest pain: emphasis on non coronary causes

Ana Carolina Barbosa¹, André Santiago Silva¹, Andrei Augusto Cordeiro¹, Bernardo Nelson Ribeiro¹, Filipe Reis Pedra¹, Isabela Nascimento Borges¹, Karina Bessa Rievers¹, José Carlos Serufo²

RESUMO

Revisa-se a abordagem do paciente com dor torácica e discutem-se seus principais diagnósticos diferenciais. Serão abordadas, especialmente, as dores de origem musculoesquelética, gastrointestinal, psicogênica e pulmonar, além das de origem cardíaca e isquêmica.

Palavras-chave: Dor no Peito; Diagnóstico diferencial. Sinais e Sintomas; Emergências.

ABSTRACT

Reviews the current approach to the patient with chest pain complain, discussing the main differential diagnosis. Although the studies show that most these pains are of non-cardiac origin, ancillary exams made have as their objectives discard coronary diseases and other fatal pathologies. Since the non ischemic causes are more prevalent in the medical practice we will discuss in this article the musculoskeletal, gastrointestinal origin, psychogenic, pulmonary origin pains, other than ischemic pain.

Key words: Chest Pain; Diagnosis, Differential; Signs and Symptons; Emergencies.

INTRODUÇÃO

A dor torácica na emergência representa grande desafio médico, sendo essencial o pronto reconhecimento das condições ameaçadoras à vida⁶. Possui elevada incidência, expressando ampla variedade de causas, em geral, benignas. Sua investigação deve ser criteriosa, visto que algumas etiologias são potencialmente fatais se não prontamente reconhecidas^{1, 2, 3}.

Estima-se que, no Brasil, ocorram quatro milhões de atendimentos anuais por dor torácica⁴. As síndromes coronarianas agudas (SCA) representam menos de um quinto desses atendimentos^{1, 2}. Muitos pacientes são submetidos desnecessariamente a protocolos de SCA quando, na realidade, a abordagem mais apurada demonstraria a causa não isquêmica da dor^{1, 5}. A discussão mais detalhada sobre esse tema pode contribuir para diagnósticos mais precisos e condutas mais adequadas, evitando-se o risco de iatrogenia.

São revisadas, neste artigo, as causas mais comuns de dor torácica na emergência e suas respectivas abordagens diagnósticas. A dor torácica será classificada, de maneira esquemática, segundo a presença ou ausência de obstrução coronariana,

Instituição:
HC-UFMG

Endereço para correspondência:
Rua Cláudio Manoel, 662-403, Belo Horizonte.
Cep: 30140-100. E-mail: anakrollina@yahoo.com.br

priorizando a discussão desse grupo cujas etiologias são, em geral, pouco enfatizadas.

PRINCIPAIS CAUSAS DE DOR TORÁCICA

Os cinco principais grupos de etiologias de dor torácica, por ordem decrescente de prevalência, são as causas: musculoesqueléticas; gastrointestinais; cardíacas; psiquiátricas; e pulmonares (Tabela 1)¹. Além da SCA, algumas se destacam por seu caráter potencialmente fatal, como dissecação aguda de aorta (DAA), tromboembolismo pulmonar (TEP), pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, ruptura e perfuração esofágica^{1,6}.

Tabela 1 - Distribuição das principais causas de dor torácica por sistemas.

Causas	Prevalência
Musculoesquelética	36
Gastrointestinal	19
Cardíaca	16*
Psiquiátrica	8
Pulmonar	5
Outras/desconhecida	16

Fonte: MIRNET: Michigan Research Network¹.

*Dos 16%, 10,5; 1,5; e 3,5% representam, respectivamente, angina estável; angina instável; e causas não coronarianas.

Causas musculoesqueléticas

As condições que afetam as estruturas musculoesqueléticas da parede torácica são frequentemente referidas como potenciais causas de dor torácica não cardíaca, representando 36% dos diagnósticos^{1, 7, 8}. Suas principais causas podem ser divididas em primárias e secundárias, segundo sua incidência (Tabela 2)⁹.

Tabela 2 - Principais causas de dor torácica de origem musculoesquelética.

Causas	Distúrbios
Primárias	Costocondrite, Síndrome de Tietze, Fibromialgia, Artrite reumatóide Espondilite anquilosante, Infecções por herpes zoster (neurosensorial)
Secundárias	Síndrome da parede torácica posterior, Subluxação esternoclavicular espontânea, Lúpus eritematoso sistêmico, Artrite séptica, Policondrite recidivante, Neoplasias, Osteoporose (fraturas de estress)

Fonte: adaptada de Uptodate. Wise CM. Major causes of musculoskeletal chest pain⁹.

O diagnóstico da dor pode ser favorecido pelas características de sua localização e da sintomatologia associada. É comum encontrar-se, no paciente com dor musculoesquelética, a presença de história de atividade física repetitiva ou não usual^{2, 9}. A dor é, em geral, bem localizada e desencadeada pela compressão de um ponto. Sua intensidade pode variar desde surda até desconforto intenso e persistente, durando horas a dias. A sintomatologia algica frequentemente surge durante os movimentos ventilatórios, em especial na inspiração profunda ou na movimentação dos braços e do pescoço^{2, 9}. A presença de sintomatologia osteomuscular em outras áreas do tórax pode alertar para possível causa musculoesquelética. É importante a avaliação cuidadosa da pele buscando lesões específicas associadas a síndromes musculoesqueléticas⁹.

A presença de área sensível na parede torácica, achado bastante característico da origem musculoesquelética, não exclui a presença de causa mais grave, como SCA ou TEP. A coexistência de sensibilidade da parede torácica e de infarto do miocárdio (IAM) é observada em alguns pacientes^{9, 10}.

A costocondrite caracteriza-se por dor difusa à palpação das cartilagens costais sem edema localizado. É frequente confundir-se a costocondrite com o diagnóstico de síndrome de Tietze em que se observa tumefação dolorosa nas articulações acometidas³.

A escolha dos exames laboratoriais diante da suspeita de síndrome musculoesquelética é dirigida pela história clínica e pelo exame físico. Os pacientes saudáveis, com áreas sensíveis mas sem edema ou outras alterações osteomusculares ou sistêmicas, podem ser conduzidos sem qualquer exame complementar⁹.

A sintomatologia pode ser aliviada com a administração de analgésicos, agentes antiinflamatórios e injeções locais de corticóides³. A opção inicial é a administração de Ácido Acetilsalicílico na dose de 500 mg a cada período de seis horas.

Causas gastroesofágicas

A dor de origem esofágica pode resultar de alterações associadas com a percepção anormal imposta pela diminuição do limiar da dor, ou de transmissão anormal do estímulo no sistema nervoso¹². Suas causas mais comuns são: refluxo gastroesofágico (RGE), espasmo esofágico, esofagite e outras desordens mo-

toras¹³. A principal é o RGE, que representa a segunda causa mais prevalente de dor torácica não cardíaca¹.

A apresentação clínica do paciente frequentemente não oferece substrato adequado para se distinguir a dor cardíaca da esofágica^{3, 11, 14}. Existem, entretanto, alguns sintomas que sugerem etiologia esofágica: presença de pirose, regurgitação, disfagia; dor tipicamente pós-prandial persistente por mais de uma hora e aliviada pela ingestão de antiácidos^{11, 15}.

O alívio da dor com o uso de nitroglicerina não indica necessariamente a origem cardíaca¹¹. Em alguns casos de espasmo esofágico, a dor pode ser aliviada por nitroglicerina, o que dificulta o diagnóstico¹³.

A abordagem inicial ao paciente deve incluir a exclusão da SCA usando a triagem apropriada em todos os pacientes com dor torácica aguda^{11, 14}. A dor precordial atípica deve ser avaliada com eletrocardiograma e teste de esforço, antes da realização de propedêutica gastrointestinal¹⁴.

Pode-se realizar prova empírica com objetivo diagnóstico, usando inibidor de bomba protônica (IBP), após a exclusão de outras dores não cardíacas. A resposta clínica a esse tratamento tem sensibilidade e especificidade diagnósticas do RGE, respectivamente, de 80% e 74%. Em pacientes cuja resposta ao teste com IBP é negativa, a pHmetria e endoscopia estão indicadas, sendo a primeira o padrão-ouro^{3, 14, 16}.

Causas cardíacas

Podem estar relacionadas com isquemia miocárdica devido a DAC, dissecção aguda de aorta, doença valvular, inflamação do miocárdio ou pericárdio, ou atividade adrenérgica exacerbada^{1,6}.

Dissecção aguda de aorta: possui incidência de 3/100.000 pacientes/ano, sendo mais comum em homens, a partir da sétima década de vida⁶. A hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco para sua ocorrência¹⁸. Sua apresentação clínica é caracterizada por dor intensa, terebrante, aguda, de pico máximo no início. Acomete a região do tórax anterior e posterior, podendo irradiar-se para o pescoço, mandíbula e garganta tendo, na maioria das vezes, caráter migratório. Apesar do quadro agudo e intenso, seu diagnóstico requer alto índice de suspeição, pois alguns pacientes não apresentam sintomatologia característica. O exame físico revela: assimetria de pulso e de pressão arterial sistêmica, sopro de regurgitação aórtico, sinais de insuficiência cardíaca e de

má perfusão tecidual. A radiografia de tórax revela contorno aórtico anormal e aumento do mediastino. O diagnóstico pode ser feito pela arteriografia ou ecocardiograma¹.

Valvulopatias: as lesões da valva aórtica e da mitral podem cursar, raramente, com dor torácica. A estenose aórtica deve ser considerada diante de angina progressiva, dispneia ou síncope. O exame físico revela pulsos *parvus e tardus*, ictus sustentado, e sopros característicos. O eletrocardiograma pode detectar hipertrofia ventricular esquerda. A dor torácica na estenose mitral é rara. Sua presença relaciona-se à hipertensão pulmonar, hipertrofia do ventrículo direito, ou dilatação atrial importante^{1,6}. O ecocardiograma permanece como método de escolha para seu diagnóstico.

Pericardite: a pericardite aguda evolui com dor torácica, usualmente pleurítica, presença de atrito pericárdico à ausculta e supra-desnívelamento de ST difuso ao eletrocardiograma. A dor típica é súbita, em fincada ou opressiva, em tórax anterior, ventilatório-dependente, que piora com a posição assentada. Pode irradiar, principalmente, para a região do trapézio^{1,6}.

Miocardite: pode associar-se com sintomatologia cardíaca e sistêmica, como febre e mialgia. A dor torácica, quando presente, decorre de pericardite com suas características clínicas. Podem estar presentes as características clínicas e eletrocardiográficas de evento coronariano isquêmico^{1,6}.

Causas psicogênicas

A dor torácica pode estar presente na síndrome do pânico, depressão e hipocondria. Em um terço dos pacientes que procuram serviço de emergência devido à dor torácica, identifica-se alguma desordem psiquiátrica.

Os transtornos de ansiedade podem cursar com dor torácica associada com a taquicardia, hiperventilação, sudorese, e palpitação; precedidos por sensação de medo e apreensão. As alterações eletrocardiográficas secundárias à hiperventilação dificultam o esclarecimento diagnóstico.

Deve-se aventar causa psicogênica em pacientes que relatam dor precordial, história de vários infartos anteriores, e certa dissociação entre a intensidade da queixa e a observada, além de exames eletrocardiográfico e enzimático normais.

Não pode ser ignorada A síndrome de Munchausen, na qual o paciente mimetiza sintomas de doenças graves, inventando-os, sendo o mais comum a dor torácica¹.

Causas pulmonares

A dor torácica de origem pulmonar está relacionada com alterações dos vasos ou do parênquima pulmonar, e do tecido pleural. As alterações dos vasos pulmonares podem se manifestar de forma aguda, como ocorre no tromboembolismo pulmonar (TEP); ou crônica, como na hipertensão pulmonar. A dor torácica é, em geral, de início agudo, aparece em 66% dos casos de TEP, e em 97% associa-se com dispnéia e taquinéia^{1, 2, 17}. Na hipertensão pulmonar, a dor torácica cursa associada com letargia, dispnéia e síncope aos esforços. As alterações do parênquima pulmonar associadas com a dor decorrem de: infecções, câncer, doenças crônicas e sarcoidose. A dor torácica ocorre associada à pneumonia em 30% dos casos e, assim como no câncer pulmonar e na sarcoidose a sua manifestação isolada é pouco frequente. Associa-se, usualmente, com outra sintomatologia como: febre, tosse, e dispnéia¹. A dor torácica no pneumotórax espontâneo, geralmente, é localizada no dorso ou ombros, sendo acompanhada de dispnéia. A presença de grande pneumotórax pode produzir sintomatologia de insuficiência respiratória e/ ou colapso cardiovascular (pneumotórax hipertensivo), podendo apresentar dispnéia, taquinéia e ausên-

cia de ruídos ventilatórios à ausculta¹⁷. A dor torácica associada a acometimento pleural tem caráter ventilatório-dependente, e pode ter como etiologia: doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico e artrite Reumatóide), síndrome lúpus-símile causada por drogas, ou doenças virais¹.

ABORDAGEM DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA

O objetivo principal do atendimento ao paciente com dor torácica é o de excluir prontamente as causas potencialmente fatais. A primeira providência é a de coletar as informações relacionadas a fatores de risco, características da dor, sintomatologia associada. A seguir, faz-se rapidamente o exame físico, e solicitam-se os exames complementares. O eletrocardiograma e a radiografia de tórax são imperiosos, seguidos por outros, de acordo com as hipóteses diagnósticas (Figura 1).

CONCLUSÕES

A prevalência de dor torácica de origem não coronariana sobrepõe-se às causas coronarianas. O objetivo principal, ao se avaliar o paciente com dor torácica, é excluir as condições potencialmente ameaçadoras à vida. Torna-se necessário que o serviço de emergência tenha equipe treinada, capaz de fornecer a estratégia diagnóstica e terapêutica organizada, com rapidez, qualidade e redução de custos.

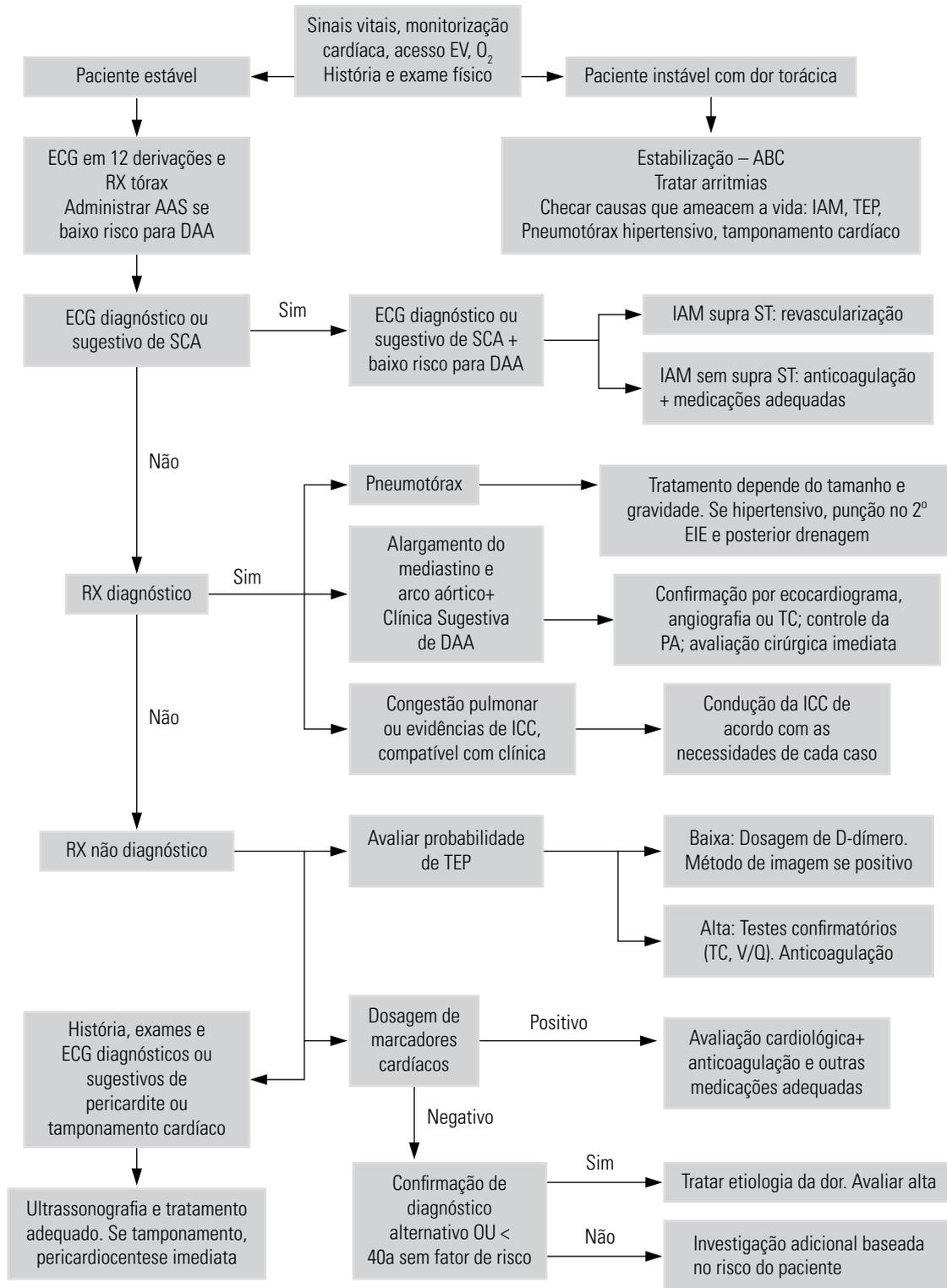


Figura 1 - Abordagem da dor torácica no pronto atendimento. Fonte: adaptada do Uptodate Hollander JE, Chase M. Evaluation of chest pain in the emergency department

REFERÊNCIAS

1. James LM. Diagnostic approach to chest pain in adults 2009. Uptodate: Waltham, Massachusetts. [Citado em 2010 Mar. 20]. Disponível em <http://www.uptodate.com/>.
2. Martins HS, Brandão Neto RA, Scalabrini Neto A, Velasco IT. Emergências Clínicas- Abordagem Prática. 4ª ed. Barueri, SP: Manole; 2009. p.146-62.
3. Fauci AS, Kasper, Hauser, Longo, Jameson. Harrison: Tratado de Medicina Interna. 17ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2008. p.87-91.
4. Hospital Sírio Libanês. Abordagem diagnóstica e terapêutica dos pacientes atendidos no hospital com dor torácica aguda de provável etiologia isquêmica. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; mar. 2005.
5. Lopes M, Medeiros JL. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter; 2004. p 249-58.
6. Hollander JE, Chase M. Evaluation of chest pain in the emergency department Uptodate: Waltham, Massachusetts [Citado em 2010 Mar. 20]. Disponível em <http://www.uptodate.com/>.
7. Fam AG, Smythe HA. Musculoskeletal chest wall pain. Can Med Assoc J. 1985 Sept 1; 133(5): 379-89. Can Med Assoc J. 1985 Sept 1; 133(5):379-89.
8. Wise CM. Major causes of musculoskeletal chest pain. Uptodate: Waltham, Massachusetts. [Citado em 2010 Mar. 20]. Disponível em <http://www.uptodate.com/>.
9. Wise CM. Clinical evaluation of musculoskeletal chest pain Uptodate: Waltham, Massachusetts. [Citado em 2010 Mar. 20]. Disponível em <http://www.uptodate.com/>.
10. Levine PR, Mascette, AM. Musculoskeletal chest pain in patients with "angina": A prospective study. South Med J. 1989; 82:580-1.
11. Castell DO. Chest pain of esophageal origin Uptodate: Waltham, Massachusetts. [Citado em 2010 Mar. 20]. Disponível em <http://www.uptodate.com/>.
12. Sengupta JN. An overview of esophageal sensory receptors. Am J Med. 2000; 108 Suppl 4a:87S.
13. Aroesty JM, Kannam JP. Patient information: Chest pain Uptodate: Waltham, Massachusetts. [Cited 2010 Mar. 20]. Disponível em <http://www.uptodate.com/>.
14. Kahrilas PJ. Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux in adults Uptodate: Waltham, Massachusetts. [Citado em 2010 Mar. 20]. Disponível em <http://www.uptodate.com/>.
15. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006; 101:1900-20.
16. Cremonini F, Wise J, Moayyedi P, Talley NJ. Diagnostic and therapeutic use of proton pump inhibitors in non-cardiac chest pain: a metaanalysis. Am J Gastroenterol 2005; 100:1226-32.
17. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia – I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Arq Bras Cardiol. 2002; 79 (sup. II): 1.
18. DeSanctis RW, Doroghazi RM, Austen WG, Buckley MJ. Aortic dissection. N Engl J Med. 1987; 317:1060-4.