

Doença arterial coronariana crônica em paciente com DPOC.

Chronic coronary artery disease in patient with COPD.

Bernardo Costa Berriel Abreu
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
b18berriel@gmail.com

Alexandre Henrique de Azevedo Dias
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
alexandreha.dias@gmail.com

José Guilherme Pereira Riberto Fávero
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
jgfavero@hotmail.com

Renan Ferreira Figueiredo Barbosa
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
renanffbbarbosa@gmail.com

Flavio Berriel Abreu
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
fbberriel@gmail.com

RESUMO

Este trabalho evidencia um relato de caso clínico de um paciente com doença arterial coronariana crônica e DPOC, que são patologias muito prevalentes na população brasileira. Ao decorrer deste artigo relata-se o histórico do paciente com alguns fatores de risco e sintomas típicos para o desenvolvimento destas enfermidades. A DPOC e a DAC possuem semelhanças em sua fisiopatologia, além do curso clínico de cada uma delas agravar a apresentação clínica da outra. Após a instauração do tratamento para DAC e pós-consulta com o pneumologista com otimização do tratamento para DPOC, o quadro clínico apresentado pela paciente regrediu.

Palavras-chave: Doença coronariana; Doença Pulmonar obstrutiva; Dispneia.

ABSTRACT

This work shows a clinical case report of a patient with chronic coronary artery disease and COPD, which are very prevalent pathologies in the Brazilian population. Throughout this article, the patient's history is reported with some risk factors and typical symptoms for the development of these diseases. COPD and CAD have similarities in their pathophysiology, in addition to the clinical course of each worsening the clinical presentation of the other. After initiation of treatment for CAD and after consultation with the pulmonologist with optimization of treatment for COPD, the clinical condition presented by the patient regressed.

Keywords: Coronary disease; Obstructive lung disease; Dyspnea.

1 CONTEXTO

De acordo com a sociedade brasileira de cardiologia, em 2017 a prevalência da doença arterial coronariana foi de 1,75% da população brasileira (MARINHO, 2021), além disso segundo a organização mundial de saúde, a DPOC em 2019 foi a terceira principal causa de morte no mundo, levando a um total de 3,23 milhões de óbitos (WHO, 2022). O reconhecimento dessas doenças em faixa etária avançada é mais complexo devido a maior frequência de sintomas inespecíficos, como por exemplo a dispneia de esforço, podendo dificultar o diagnóstico.

Vale destacar também que pacientes com DAC e DPOC apresentam risco aumentado de evento cardiovascular durante os períodos de exacerbação da DPOC (GOLD, 2022). Nos dois casos, a fisiopatologia é de caráter inflamatório, o que induz a um estado de pró coagulação, configurando um fator de risco para IAM (CAVAILLES, A., 2013).

Em vista do que foi apresentado, pode-se afirmar que as duas doenças abordadas já possuem isoladamente grande importância para a discussão no meio clínico.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 78 anos, ex-tabagista, chega à consulta ambulatorial com queixa de desconforto precordial, que sempre acompanha dispneia, há 4 semanas. Apresentava como comorbidades hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica e dislipidemia. Para essas patologias a paciente fazia uso diário de metformina XR 500 mg, 100 mg de losartana, 180 mg de diltiazem, 20 mg de rosuvastatina, 5 mcg de brometo de tiotrópio e 200 mcg de beclometasona associada a 12 mcg de formoterol.

No exame físico a paciente apresentava ectoscopia sem alterações. O aparelho cardiovascular tinha ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, sem sopros, pressão arterial de 130 x 70 mmHg e frequência cardíaca de 76 batimentos por minuto. Na seção respiratória, durante a ausculta foi possível verificar sibilos difusos, com murmúrio vesicular universalmente audível, no entanto diminuído.

A principal hipótese diagnóstica foi de doença arterial coronariana. Os exames laboratoriais da paciente apresentaram-se sem nenhuma alteração significativa com os seguintes resultados Glicose de 105 mg/dl; colesterol total de 170 mg/dl, triglicerídeos de 87 mg/dl; HDL 54 mg/dl; LDL 99 mg/dl; dentre esses o principal exame são os que compõem o lipidograma (colesterol total, triglicerídeos, HDL, LDL), níveis elevados dessas substâncias constituem um importante fator de risco para doença aterosclerótica. O eletrocardiograma, também é importante, pode demonstrar áreas de isquemia miocárdicas. O traçado apresentou-se com alterações com hemibloqueio ântero-superior esquerdo, além de alterações no relaxamento ventricular, contudo o ritmo era sinusal com frequência cardíaca de 72 batimentos por minuto.

Também foi realizado um doppler carótidas e vertebrais, demonstrando espessamento com aterosmatose leve. Dessa forma foi pensando que a paciente poderia apresentar uma doença aterosclerótica sistêmica, também considerando sua história patológica pregressa e social. Devido a suspeita de doença aterosclerótica sistêmica, se fez importante confirmar ou descartar a presença de placas ateroscleróticas nas coronárias. Para isso, foi solicitado uma angiotomografia das artérias coronárias, para uma avaliação anatômica. Tal exame é indicado nos pacientes que apresentam sintomas atípicos na síndrome coronariana crônica. Conforme verificado no laudo, pode-se verificar acometimento anatômico das artérias coronárias DA, CX e CD. Com o resultado do exame acima, fechou-se o diagnóstico de doença arterial coronariana.

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

3 TRATAMENTO

Acrescentado ezetimiba 10 mg/ dia para atingir meta de LDL menor que 50 mg/dl, ácido acetil-salicílico 81 mg/dia para prevenção primária de eventos cardiovasculares agudos. Orientada a procurar um pneumologista para otimizar o tratamento da DPOC.

4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Após 3 meses, a paciente retornou ao ambulatório para seguimento do tratamento da síndrome coronariana crônica, já tendo otimizado a terapêutica da DPOC com o pneumologista. Nessa consulta, ao longo da anamnese, verificou-se que a paciente obteve melhora significativa dos sintomas.

Relatou que na consulta com pneumologista, foi adotada conduta terapêutica com sabultamol (aplicação de 2 borrifadas a cada 4 horas) e, caso período de exacerbação, prednisona (40 mg/dia durante 5 dias).

Ao exame físico, ectoscopia sem alterações. Na avaliação cardiorrespiratória, foi evidenciada bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, frequência cardíaca de 69bpm, pressão arterial de 125 x 70 mmHg, murmúrio vesicular universalmente audível, mas diminuído, com presença de sibilos difusos.

Trouxe consigo os exames laboratoriais, que evidenciaram glicose de 107mg/dL; colesterol total 143mg/dL; HDL 58mg/dL; LDL 69mg/dL; triglicerídeos de 84mg/dL. A paciente também trouxe novo eletrocardiograma, que evidenciou as mesmas alterações já relatadas, agora com uma frequência cardíaca 67bpm.

Foi solicitado que a paciente retornasse em 6 meses, tendo sido pedido que próxima a data de retorno repetisse os exames complementares já realizados.

5 DISCUSSÃO

A síndrome coronariana crônica e a DPOC são doenças prevalentes na prática clínica diária, dessa forma diversos estudos e diretrizes acerca do assunto foram realizados, visando a formulação de protocolos e algoritmos de diagnóstico e tratamento de forma universal. O diagnóstico conforme preconizado no manual de síndrome coronariana crônica da Sociedade de cardiologia do estado do Rio de Janeiro, deve ser feito através da história clínica, o exame físico, exames laboratoriais, destacando-se o lipidograma, no qual é possível verificar o risco cardiovascular e os exames para evidência de isquemia miocárdica que no caso relatado foi optado pela angiotomografia de coronárias. No caso relatado a paciente já fazia uso de 3 medicamentos com alto nível de evidência e preconizados no manual de síndrome coronariana crônica da Sociedade de cardiologia do estado do Rio de Janeiro (SORCERJ), sendo esses fármacos a losartana que é um medicamento que gera efeito hipotensor e com potencial de remodelação miocárdica, mostrando um benefício prognóstico, principalmente em se tratando de pacientes diabéticos que é o caso da participante do estudo (CESAR, L., 2014). Ademais, outro fármaco que já estava em utilização pela paciente é o diltiazem, fármaco que atua reduzindo a frequência e a força de contração do coração. Indicado em

pacientes que tem contraindicação ao uso de beta-bloqueadores, o indivíduo desse relato possuía DPOC, condição que dificulta o uso dessa classe medicamentosa pelo risco de broncoespasmo (BRAGA, F., 2021). Por último, era utilizada a rosuvastatina que é um medicamento para controle da dislipidemia, diminuindo a formação de placas ateroscleróticas e possíveis eventos agudos (CESAR, L., 2014). Todos esses foram mantidos sendo acrescentado o ezetimiba que também ajuda no controle da dislipidemia e o ácido acetil-salicílico que reduz a agregação plaquetária, mostrando profilaxia para eventos agudos (BRAGA, F., 2021).

Ao se verificar outros casos na literatura, foi possível notar que, semelhante ao que foi encontrado no presente relato, o controle do quadro da doença obstrutiva pulmonar crônica culminou na atenuação das manifestações clínicas da doença arterial coronariana, bem como na literatura também se verificou que o controle clínico da doença arterial coronariana também amenizou a exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (WEBER, T., 2015; BROSHETTO, P., 2012).

6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1) Com base no tema abordado pelo artigo, assinale a alternativa VERDADEIRA.

a) Um paciente que apresenta síndrome coronariana aguda e DPOC sofre interferência direta na conduta a ser adotada, porém ambas as comorbidades não influenciam em nada o prognóstico uma da outra.

b) Um paciente que apresenta síndrome coronariana aguda e DPOC sofre interferência direta no prognóstico, porém ambas as comorbidades não influenciam em nada na conduta a ser adotada na condução do caso.

c) O aumento dos fatores inflamatórios sistêmicos secundários a DPOC podem levar a um aumento progressivo da rigidez arterial, que é um fator de risco para eventos coronarianos, sejam agudos ou crônicos.

d) A hipóxia crônica decorrente da DPOC em nada pode influenciar na etiopatogenia de um evento coronariano.

GABARITO: Letra C.

2) Com base no que foi abordado no artigo, assinale a alternativa INCORRETA.

a) Uma das indicações da angiotomografia das artérias coronárias é a presença de sintomas atípicos de síndrome coronariana crônica.

b) A exacerbação da DPOC pode aumentar o risco de morte por evento coronariano em pacientes com síndrome coronariana crônica.

c) O estado inflamatório provocado pela DPOC diminui a resposta de coagulação do organismo, sendo um fator protetivo para eventos cardíacos em pacientes com síndrome coronariana crônica.

d) Pacientes portadores de DPOC apresentam um estado de hipóxia crônica, que influencia diretamente na fisiopatologia da doença arterial coronariana.

Gabarito: C.

3) Quais exames complementares são importantes na avaliação diagnóstica de uma síndrome coronariana crônica? Justifique.

Padrão de resposta comentado: Dentre os exames complementares importantes na avaliação diagnóstica de uma síndrome coronariana crônica, podemos citar o (1) lipidograma (colesterol total, triglicerídeos, HDL, LDL), pois níveis elevados dessas substâncias constituem um importante fator de risco para doença aterosclerótica; (2) o eletrocardiograma, também é um método diagnóstico importante, com possibilidade de demonstrar áreas de isquemia miocárdicas; (3) E a angiotomografia das artérias coronárias, para a realização de uma avaliação anatômica.

REFERÊNCIAS

BOSCHETTO, P.; BEGHÉ, B.; FABBRI, L. M.; CECONI, C. Link between chronic obstructive pulmonary disease and coronary artery disease: Implication for clinical practice. **Respirology**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 422-431, 2012.

BRAGA, F et al. Manual de Síndrome Coronariana Crônica. **SOCERJ**, Rio de Janeiro, 2021.

CAVAILLES, A.; BRINCHAULT-RABIN, G.; DIXMIER, A.; et al. Comorbidities of COPD. **Eur Respir Rev**, [S. l.], v. 22, n. 130, p. 454-475, Dec 2013.

CESAR, L. A et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. **SBC**, Rio de Janeiro, v. 103, n. 2, 2014.

GOLD. Global Strategy for Prevention, Diagnosis and management of COPD: 2023 report. USA, 2022.

MARINHO F. Prognosis of Coronary Artery Disease in Public Hospitals in Brazil: The ERICO Study and the Application of Knowledge in Public Health. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 117, ed. 5, p. 986-987, Nov. 2021.

WEBER, T; STRASSER, F. When is an invasive palliative intervention in an acute internal medical patient worth it: A structured palliative approach. **Wien Med Wochenschr**, Berlim, v. 165, n. 23-24, p. 467-471, Dez 2015.

WHO. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [S.l.], Maio. 2022.

Carta de anuência e TCLE: <https://drive.google.com/file/d/1X5HE5T-ZSgE2pypDdl2WcVhpoZncoHYO/view?usp=sharing>

