

Isquemia sem doença coronariana obstrutiva (INOCA) - relato de dois casos.

ID do trabalho: 24255

Larissa Luchtenberg Gonçalves Ferreira

Hospital Universitario Cajuru

Fernanda Lepca Bozzi

Hospital Universitario Cajuru

Gabriela Nogueira Bonilha

Hospital Universitario Cajuru

Rodrigo Gomes Dissenha

Hospital Universitario Cajuru

Alisson Hideki Fukuyama

Hospital Universitario Cajuru

Sarah Fagundes Grobe

Hospital Universitario Cajuru

Introdução

Aproximadamente 4 milhões de pacientes com sintomas de isquemia miocárdica não apresentam doença arterial coronariana (DAC) obstrutiva, sendo o diagnóstico de INOCA cada vez mais frequente. Apesar da ausência de DAC obstrutiva, tem alto risco de eventos cardiovasculares, sendo importante o diagnóstico e tratamento.

Relatos de Caso

Mulher, 64 anos, hipertensa, sedentária e com história familiar de DAC precoce. Admitida devido dor torácica anginosa após estresse emocional e relato de angina sem tratamento previo. Eletrocardiograma sem alterações e troponinas normais. Ecocardiograma de estresse com dobutamina: presença de acinesia dos segmentos basal e médio da parede inferosseptal e dor torácica no esforço. Cateterismo cardíaco sem lesões obstrutivas. Recebeu alta com trimetazidina e diltiazem. No seguimento optado por troca por betabloqueador e diltiazem, com melhora sintomática, sendo angina microvascular o principal diagnóstico. No segundo caso, mulher, 71 anos, hipertensa, obesa, com fibromialgia e artrite psoriática. Admitida por dor torácica atípica. Há meses apresentava esses sintomas. Investigada em outro serviço, com cintilografia com isquemia nas paredes apical e anterior, e cateterismo cardíaco sem obstrução e com fluxo lento coronariano. Eletrocardiograma sem isquemia e troponinas negativas. Diagnosticada como INOCA, otimizado betabloqueador e ranolazina, com melhora da angina, mantido seguimento cardiológico.

Discussão

O diagnóstico de INOCA é mais prevalente em mulheres e é associado a um aumento de morte cardiovascular e infarto agudo do miocárdio em 10 anos. Várias são as causas de INOCA. Destaca-se a angina microvascular, tanto primária, devido à disfunção microvascular que limita a perfusão miocárdica, quanto secundária, devido condições sistêmicas como cardiomiopatia hipertrófica, estenose aórtica, hipertensão arterial ou inflamações e a angina vasoespástica. O diagnóstico pode ser feito com testes invasivos, como medição do fluxo sanguíneo coronariano na angiografia após drogas vasodilatadoras, ou de forma não invasiva: angina e evidência de isquemia miocárdica em exames complementares, sem DAC obstrutiva. O tratamento é objeto de debate, devido à heterogeneidade da população e consiste em: betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio, ivabradina, ranolazina, trimetazidina e mudanças do estilo de vida. Os casos descritos apresentaram boa resposta clínica com ranolazina e trimetazidina, corroborando com as evidências sobre essas medicações nesse cenário.

Conclusão

O diagnóstico de INOCA é cada vez mais comum. A falta de diagnóstico e tratamento adequados resulta em mais hospitalizações e angiografias coronárias, sendo crucial reconhecer e tratar essa condição para reduzir a morbimortalidade.

Palavras-chave

Angina, DAC, isquemia sem doença coronariana obstrutiva, INOCA.

Ao submeter este resumo, o autor confirma que todos os coautores concordam e aprovaram a versão final do resumo e que seus dados de nome e instituição são acurados.

De acordo

Prêmio Destaque Cardiologia da Mulher - Ao optar por concorrer a este prêmio, o autor confirma que seu tema livre tenha enfoque primário nas doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares em mulheres. Isto inclui diferenças entre os sexos neste tópico.