

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA INSUFICIÊNCIA CORONÁRIA NOS IDOSOS

LUIZ A. MACHADO CÉSAR, JOSÉ ANTONIO F. RAMIREZ, GIOVANNI BELLOTTI,
LUIZ G. SERRO AZUL, FÚLVIO PILEGGI

Foram estudados 200 pacientes com diagnóstico de insuficiência coronária comprovada através de estudo cineangiocardiográfico.

Cem pacientes com idades ≤ 50 anos constituíram o grupo A e cem com idades ≥ 65 anos, o grupo B. Analisaram-se as características da dor anginosa, se “clássica” ou “atípica” e, quando havia infarto do miocárdio (IM), a presença ou ausência de dor no início do processo. De 56 pacientes no grupo B com IM, 10 (18%) não apresentaram dor ($p < 0,05$). Ausência de manifestação clínica pregressa ao IM ocorreu em 30 (47%) pacientes do grupo A e em 13 (23%) do grupo B ($p < 0,05$); dor clássica anginosa ocorreu em 17 (27%) e 29 (52%) casos dos grupos A e B, respectivamente, $p < 0,05$.

Nos pacientes sem IM, 19 (53%) no grupo A e 12 (27%) no grupo B apresentavam dor “atípica” ($p < 0,05$). Concluiu-se que, nos idosos com IM, a inexistência de dor no início do processo não foi infrequente, mas a maioria apresentou história pregressa compatível com insuficiência coronária.

Nos pacientes com idades ≤ 50 anos é rara a ocorrência de IM sem dor porém, é elevada a ausência de sintomas antes do infarto do miocárdio.

A prevalência da doença arterial coronária aumenta com a idade e alguns relatos têm demonstrado, nos idosos, aumento na mortalidade e na morbidade, principalmente após episódio de infarto do miocárdio. Nos indivíduos com idade superior a 65 anos, a síndrome clínica da insuficiência coronária, em especial e do infarto do miocárdio, manifesta-se frequentemente sem o clássico quadro doloroso precordial¹⁻³. Isso já havia sido relatado por Gairdner em 1891, sob a denominação de “angina pectoris sine dolore”⁴.

Dada a importância do reconhecimento precoce da doença arterial coronária, o presente trabalho foi realizado com a finalidade de obter maiores conhecimentos quanto aos principais sintomas observados nas diferentes formas clínicas da doença (angina do peito e infarto do miocárdio) nos pacientes idosos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 200 pacientes consecutivos com insuficiência coronária, sendo o diagnóstico estabelecido após análise clínica, eletrocardiográfica e estudo cineangiocardiográfico. Todos os pacientes mostraram lesões obstrutivas em uma ou mais artérias

coronárias e, quando presentes, modificações da movimentação da parede ventricular comprometida pelo processo isquêmico.

De acordo com a faixa etária, os pacientes foram agrupados em Grupo A, constituído por 100 enfermos, 78 do sexo masculino e 22 do feminino com idades ≤ 50 anos (21 a 50, média 42,6 anos) e grupo B, constituído por 100 pacientes, 76 do sexo masculino e 24 do feminino, com idades ≥ 65 anos (65 a 81 anos, média 67,5 anos).

Foram estudadas as características da dor, a ocorrência pregressa de infarto do miocárdio, a presença de náuseas, vômitos, quadro sincopal, dispnéia e estado de hipotensão arterial com hipoperfusão periférica (choque cardiogênico).

Os quadros dolorosos foram classificados como: a) de localização “clássica” e b) de localização “atípica” (dor torácica vaga e dor abdominal, não necessariamente epigástrica).

O diagnóstico de infarto pregresso do miocárdio foi realizado na presença de pelo menos 2 dos seguintes critérios: a) história de dor precordial persistente com duração maior que 20 minutos, b) eletrocardiograma mostrando onda q de duração maior que 40 ms; ou, nas derivações do plano horizontal (V^1 a V^3) di-

minuição da amplitude da onda R com duração maior que 20 ms na derivação V² e e) à coronariografia, obstrução crítica da artéria relacionada ao processo do infarto.

Finalmente, de acordo com análise da dor, os pacientes foram classificados como tendo infarto do miocárdio “clássico” (com dor) e infarto sem dor.

Para a análise estatística foi utilizado o teste X² considerando-se como nível de significância 0,05.

RESULTADOS

As manifestações clínicas dos pacientes estudados estão nas tabelas I, II e III. Infarto do miocárdio sem dor ocorreu em apenas um (2%) dos 64 pacientes do grupo A e 10 (18%) dos 56 do grupo B ($p < 0,05$). Nos pacientes com angina do peito, não predominou qualquer tipo de localização da dor no grupo A.. Entretanto, no grupo B, houve predomínio da dor de localização típica. Em relação aos 2 grupos estudados, observou-se incidência significativa ($p < 0,05$) da dor com localização “atípica” no grupo A (53% versus 30%) e da “clássica”, no grupo B (70% versus 47%).

TABELA I - Número de casos conforme as manifestações clínicas da insuficiência coronária nos pacientes dos grupos A e B.

| | Grupo A | Grupo B |
|--------------------------------|---------|----------|
| Manifestações clínicas | | |
| Infarto do miocárdio | 64 | 56 |
| com dor precordial | 63(98%) | 46(82%) |
| sem dor precordial | 1(2%) | 10(18%)* |
| Angina do peito | 35 | 40 |
| com dor de localização típica | 16(47%) | 28(70%)* |
| com dor de localização atípica | 19(53%) | 12(30%) |
| Dispneia | 1 | 4 |
| Total | 100 | 100 |

* $p < 0,05$

TABELA II - Número de casos conforme as manifestações clínicas antes do episódio, nos grupos A e B.

| | Grupo A | Grupo B |
|-------------------------------|-----------|-----------|
| Manifestações clínicas | | |
| Dor de localização típica | 17 (27%) | 29 (52%) |
| Sem dor ou outros sintomas | 30 (471%) | 13 (23%)* |
| Dor de localização atípica | 15 (23%) | 6 (11%) |
| Infarto do miocárdio prévio | 1 (115%) | 6 (11%)* |
| Dispneia fadiga | 1 (1,5%) | 2 (3%) |
| Total | 64 (100%) | 56 (100%) |

* $p < 0,05$

Nos pacientes com infarto do miocárdio, notou-se ausência de manifestações clínicas, antes do episódio, em 30 (47%) dos 64 enfermos do grupo A e, em apenas 13 (23%), dos 56 do grupo B ($p < 0,05$), enquanto a presença prévia de dor clássica ocorreu demais frequentemente ($p < 0,05$) no grupo B (52% versus 27%).

Nos 10 pacientes idosos com infarto sem dor, em 5, o episódio foi suspeitado pelas clássicas alterações eletrocardiográficas e, nos outros, por manifestações do

TABELA III - Número de casos conforme as manifestações clínicas da insuficiência coronária nos pacientes sem infarto do miocárdio, nos grupos A e B.

| | Grupo A | Grupo B |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Manifestações clínicas | | |
| Dor de localização típica | 16 (44%) | 28 (64%) |
| Dor de localização atípica | 19 (53%) | 12 (27%) |
| Sem dor | | 2 (5%) |
| Insuficiência cardíaca congestiva | | 1 (2%) |
| Dispneia | 1 (3%) | 1 (2%) |
| Total | 36 (100%) | 44 (100%) |

$p < 0,05$

tipo síncope, mal-estar generalizado, náuseas, vômitos e dispneia súbita.

COMENTÁRIOS

Nos pacientes idosos, é maior a prevalência da aterosclerose coronária^{2,3} e, portanto, a possibilidade do surgimento de suas complicações.

Acima dos 65 anos, em especial após os 80 anos^{1-3,5} não é infrequente a constatação de infarto do miocárdio em ausência de dor precordial, ocorrência relatada por Pathy em até 60% dos pacientes¹. No presente trabalho, no qual o diagnóstico foi comprovado por estudo angiocardiográfico, embora a incidência de infarto sem dor tenha sido 18%, foi nítida a diferença em relação ao grupo com idade 50 anos (2%).

Chamou-nos atenção a frequência (50%) da forma clássica da angina de peito como sintoma progressivo do infarto no grupo dos idosos, resultado que ocorreu em apenas 27% dos pacientes com menos de 50 anos. Nesses, notou-se ausência de dor em 47% e presença de dor “atípica” em 23% deles.

Além disso, no grupo dos idosos, pudemos verificar que 60% dos pacientes com infarto sem dor apresentavam história progressiva de angina do peito clássica. Esse achado é discordante do de Pathy, que observou frequência menor do que 25% de manifestações anginosas prévias nos portadores de infarto sem dor.

Ainda se desconhecem os fatores determinantes da ausência de dor precordial na vigência do infarto do miocárdio.

Nos quadros de isquemia miocárdica transitória, demonstra-se em alguns casos, certa relação entre a duração do processo e a dor. Assim, episódios curtos de isquemia, embora podendo levar a modificações do metabolismo, da contratilidade miocárdica e do eletrocardiograma, não desencadeiam necessariamente dor⁶.

No que concerne aos processos isquêmicos⁵ persistentes, tem-se especulado que a ausência de dor dependa de um limiar maior para a sensibilidade dolorosa, seja por alterações do sistema nervoso central, seja do periférico. Outros admitem que haja negação da dor conseqüente a motivos de ordem sociocultural⁷.

Contudo, torna-se difícil aceitar os mecanismos acima referidos, já que constatamos angina de peito progressiva na maioria dos pacientes com infarto sem dor.

Em vista desses achados, torna-se importante, nos idosos, a valorização de ocorrência progressiva de angina, quando avaliamos pacientes que se apresentam com quadros agudos não sugestivos, de início, de infarto do miocárdio. Precaução idêntica deve-se ter em relação a indivíduos abaixo dos 50 anos, porque nessas as manifestações clínicas da insuficiência coronária são freqüentemente atípicas, exceto nos quadros de infarto do miocárdio.

SUMMARY

Two hundred patients with coronary artery disease, confirmed by cineangiography, were studied and divided in two groups. One hundred patients aged ≤ 50 years old made up group A, and 100 patients aged ≥ 65 years old were in group B. The characteristics of angina, whether "classical" or "atypical" and, when myocardial infarction (MI) had occurred, the presence or absence of pain at the beginning were observed. From 56 patients in group B with MI, ten (18%) had no pain, while only one (2%) from 64 patients in group A ($p < 0.05$) had no pain. Absence of clinical manifestations before MI was observed in 30 (47%) patients in group A and 13 (23%) in group B ($p < 0.05$).

"Classical" angina was observed in 17 (27%) and 29 (52%) cases in group A and B, respectively ($p < 0.05$). In those patients without MI, 19 (53%) in group A and 12 (27%) in group B presented "atypical" angina ($p < 0.05$). It was concluded that, in the elderly, absence of pain at the beginning of MI was not infrequent, but the majority had had a previous history of coronary insufficiency. On the other hand in patients aged ≤ 50 years old it is rare for MI to occur without pain, but absence of symptoms before MI is very frequent.

REFERÊNCIAS

1. Pathy, M. S. -Clinical presentation of myocardial infarction in the elderly. *Br. Heart J.* 29: 190, 1967.
2. Silva, W. N. -Doença arterosclerótica e distúrbios cardiovasculares. In: Silva, W. N. ed. - *Temas de Clínica Geriátrica*, São Paulo, Bick-Prociencx, 1973. p. 103.
3. Waller, B. F.; Roberts, W. C. -Cardiovascular disease in the very elderly. Aanalysis of 40 necropsy patients aged 90 years or over. *Am. J. Cardiol.* 51: 405, 1983.
4. Gairdner, W. T. -Medical society of London. Adjourned discussion on angina pectoris. *Lancet*, 1: 604, 1981.
5. Décourt, L. V.; Pileggi, F. -Afecções cardíacas e dos grandes vasos. In: Serro Azul, L. G.; Carvalho Filho, E. T.; Décourt, L. V. ed. - *Clínica do Indivíduo Idoso*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. p.61.
6. Maseri, A. -Pathogenic mechanisms of angina pectoris: expanding views. *Br. Heart J.* 43: 648, 1980.
7. Cohn, P. F. - Asymptomatic coronary artery disease. *Mod. Conc. Cardiovasc. Dis.* 50: 55, 1981.