



Caso 33: Dor torácica

- **Queixa principal**
 - Homem de 42 anos apresenta dor torácica
- **Sinais vitais**
 - **FC: 143** **PA: 197/93** FR: 16 Sat: 97% em AA T: 37.4°C Peso: 75 kg
- **Aparência do paciente**
 - Paciente está sentado na cama segurando seu peito
- **Avaliação primária**
 - Via aérea: falar normalmente
 - Respiração: sem desconforto respiratório, pulmões limpos
 - Circulação: pele quente, 2+ pulsos distais
- **Ação**
 - Coloque o paciente no monitor
 - Dois acessos venosos periféricos calibrosos (desenhe o topo do arco-íris)
 - Considere 1 L em bolus de fluido EV
 - Glicemis Cailar (96, se solicitado)
 - Solicitar ECG ([Figura 33.1](#) - taquicardia sinusal, HVE, alterações inespecíficas das ondas ST e T, considerar isquemia anterolateral)
- **Ação do instrutor:** discuta o diagnóstico diferencial neste momento
- **História**
 - Fonte: paciente
 - HMA: um homem de 42 anos apresenta-se com 1-2 horas de dor torácica. O paciente relata que teve um início súbito de dor torácica pouco antes da chegada. A dor é aguda e em fincada no lado esquerdo do peito. Ele tem sudorese associada e dormência no braço direito. Ele nega irradiação da dor para o braço/mandíbula/costas, falta de ar, náuseas/vômitos ou fraqueza focal.
 - **Se perguntado especificamente:** paciente afirma que tem usado cocaína nos últimos dias.
 - HP: HTN
 - HP: nenhum

- Alergias: nenhuma
- Medicamentos: anlodipino (não aderente)
- Social: 1 maço de cigarros por dia, uso ocasional de álcool, (se especificamente perguntado) usa cocaína
- HF: não contributiva
- **Exame físico**
 - **Geral:** acordado e alerta, sentado na cama segurando o peito
 - **ONG:** pupilas normais (se especificamente solicitadas) dilatadas bilateralmente
 - Pescoço: normal
 - Tórax: ausência de sensibilidade reprodutível na parede torácica
 - **Coração:** taquicardia normal
 - Pulmões: normal
 - Abdome: normal
 - Extremidades: sem edema periférico
 - PPL: normal
 - Neuro: normal
 - **Pele:** diaforética de outra forma normal
- **Ação do instrutor: os alunos devem discutir o diagnóstico diferencial**
- **Ação**
 - Solicitar Laboratórios
 - Hemograma, painel metabólico básico, troponina, TSH, exame de urina, nível de álcool
 - Considere BNP, PT/INT, PTT, LFT, lipase
 - Solicitação de exames de imagem
 - Radiografia de tórax no leito
 - Prescrição medicamentos
 - 1 L em bolus de fluido EV (se ainda não for administrado, pode considerar 2º litro)
 - Aspirina via oral (325 mg)
 - Considerar nitroglicerina sublingual (0,04 mg), repetir q3-5 minutos (x3)
 - Infusão de Nitroglicerina pode ser considerada
 - benzodiazepínico IV (lorazepam 2 mg IV ou equivalente)
 - O POCUS (ultra-som à beira leito) (se usado) mostrará campos pulmonares normais, sem sinais de sobrecarga cardíaca direita ou derrame pericárdico, VCI colapsável, sem evidência de dissecação aórtica
- **Resposta/Resultados**
 - Reavaliação do paciente e repetição dos sinais vitais:
 - Se for administrado benzo:

- Vitais: **FC 130 PA 162/89**
 - A dor melhorou para 6/10, melhorou a agitação
 - Ação: dar benzodiazepina (como lorazepam) adicional
 - Se o benzo não for administrado:
 - Vitais: **FC 155 PA 196/101**
 - Dor contínua 10/10 e agitação acentuada
 - Ação: dar benzodiazepínicos
 - Se nitroglicerina administrada sem benzodiazepínicos:
 - Vitais: **FC 120, PA 160/80** (ou inferior se titular a infusão)
 - Dor e agitação intensas contínuas
 - Ação: dar benzodiazepínicos
 - [Caso 33 Resultados laboratoriais](#) (normal)
 - Resultados laboratoriais adicionais: **troponina I: 0,12 ng/ml**, exame de drogas na urina **positivo para cocaína, nível de álcool 120**
 - Radiografia torácica ([Figura 33.2](#) - normal)
- **Ação do instrutor:** discutir opções para o manejo de pacientes com SCA relacionada à cocaína
 - **Ação**
 - Considere discutir caso com consultor da cardiologia
 - As recomendações do consultor incluem aspirina (se ainda não tiver sido administrada), observação contínua, troponina seriada e ECG repetido (inalterado)
 - Atualizar paciente de diagnóstico e plano terapêutico
 - Internar paciente em para observação
 - **Diagnóstico**
 - Diagnóstico Primário: síndrome coronariana aguda relacionada à cocaína
 - **Ações críticas**
 - Realizar ECG, monitor cardíaco
 - Interrogar sobre história de abuso de cocaína
 - Aspirina
 - IV Benzodiazepínicos
 - Evite betabloqueadores
 - Admitir para monitorização constantemente o ritmo cardíaco
 - **Guia do Instrutor**
 - Este é um caso de taquicardia e hipertensão grave em um paciente que apresentou dor torácica após o uso de cocaína. Ações precoces importantes incluem a obtenção de um ECG, a administração de aspirina e a administração de benzodiazepínicos. O ECG e a troponina revelarão isquemia aguda inespecífica decorrente do uso de cocaína. Se o

tempo permitir, considere taquicardia refratária e agitação que exijam múltiplas doses de benzodiazepínicos. O paciente deve ser encaminhado ao serviço de cardiologia para observação e monitorização do ritmo cardíaco. Considere que o paciente retorne uma hora depois com um IAMCSST se ele tiver alta para casa.

- **Pontos de Ensino de Caso**

- O diagnóstico diferencial para dor torácica no contexto do uso de cocaína deve incluir vasoespasmos induzidos por cocaína, arritmia induzida por cocaína, síndrome coronariana aguda, pericardite, miocardite, dissecção aórtica, síndrome de Takotsubo, embolia pulmonar, úlcera péptica/perfuração e barotrauma relacionado à inalação (incluindo pneumomediastino, pneumotórax, pneumopericárdio).

- **Por quais mecanismos a cocaína aumenta o risco de síndrome coronariana aguda?**

- Atua como uma droga simpaticomimética com estimulação de receptores alfa e beta.
 - Pode causar aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, levando ao aumento da demanda cardíaca e diminuição da perfusão miocárdica, resultando em isquemia da demanda
 - Constrição dos vasos coronários que podem causar vasoespasmos
- A cocaína causa aumento da agregação plaquetária e um estado pró-trombótico que aumenta o risco de aterosclerose em uma idade mais jovem.

- **Como a investigação e o tratamento são diferentes em pacientes que apresentam dor torácica relacionada ao uso de cocaína de um paciente típico com síndrome coronariana aguda?**

- Os mesmos princípios básicos se aplicam aos cuidados usuais da SCA, exceto:
 - USE benzodiazepínicos
 - NÃO USE betabloqueadores.
- Pode considerar a adição de um exame de urina para drogas (toxicológico)
 - O rastreamento de drogas na urina é geralmente específico para cocaína e permanecerá positivo por 2-3 dias após o uso
 - Os pacientes podem ter dor persistente e apresentação tardia até 3-4 dias após o uso de cocaína devido a metabólitos ativos persistentes
- Os benzodiazepínicos são o tratamento de primeira linha para a agitação relacionada à cocaína e complicações da síndrome simpaticomimética; Doses altas ou repetidas podem ser necessárias.
- O ECG deve ser obtido em todos os pacientes com dor torácica na chegada ao departamento de emergência.
 - SCA relacionada à cocaína pode ocorrer em pacientes relativamente jovens
 - Usuários crônicos de cocaína geralmente apresentam ECGs basais anormais, incluindo achados de hipertrofia ventricular esquerda, repolarização precoce ou outras anormalidades de repolarização.
 - ECGs seriados podem ajudar a identificar alterações isquêmicas agudas
- Pacientes com isquemia aguda

- Iniciar o tratamento padrão da SCA, incluindo aspirina 325 mg via oral e nitroglicerina (considerar heparina gtt e/ou clopidogrel por recomendação do cardiologia).
- Pacientes com IAMCSST ou IAMSSST que não respondem ao tratamento clínico devem ser tratados com intervenção coronária percutânea de emergência ou trombolíticos.
- Na dúvida, consulte a cardiologia
- NÃO dê betabloqueadores
 - Isso pode ser tentador em um paciente que apresenta hipertensão grave e taquicardia.
 - Os betabloqueadores são contraindicados em pacientes que apresentam intoxicação por cocaína e dor torácica.
 - Betabloqueadores seletivos não devem ser usados devido à hipertensão refratária devido à atividade alfa sem oposição.
 - Os betabloqueadores não seletivos (ou seja, labetalol) podem ser seguros, embora não haja evidências.
- **Autores responsáveis**
 - **Autor(es):** Dr. Lacie Bailey, Dr. Michael Zdradzinski
 - Editor(es): Dr Collin Michels
 - Editora-Chefe: Dra. Dana Loke, Dra. Kristen Grabow Moore
 - Tradução: Dr. Marcus Andrade
 - Revisão: Dr. James Mangan
 - **Referências:**
 - Prosser JM, Perrone J. Capítulo 187: Cocaína e Anfetaminas. In: Judith E. Tintinalli, J. Stapczynski, O. John Ma, et al, editors. Medicina de Emergência de Tintinalli: Um Guia de Estudo Abrangente (8ª ed). Nova Iorque: McGraw-Hill;2015.
 - Morgan JP. Manifestações clínicas, diagnóstico e manejo das complicações cardiovasculares do abuso de cocaína. In: Editor Post TW. Atualizado. Waltham(MA): UpToDate; 2021.
 - Orman R, Mattu A. Cardiologia Canto: Cocaína Dor no Peito. 2018 [citado 14/08/21] In: EM:RAP [Internet]. Disponível em: <https://d140vwwgovffrf.cloudfront.net/attachments/block/2286.pdf>
 - Castanho Ian. Abordagem da dor torácica. In: Mattu A e Swadron S, ed. Burbank, Califórnia: CorePendum, LLC. <https://www.emrap.org/corependium/chapter/recnCskZ7cdQziZES/Approach-to-Chest-Pain#h.4wqbitt5zj4f>. Atualizado em 10 de junho de 2021. Acesso em 23 de novembro de 2022.
 - Referências de imagem
 - ECG da Vida na Via Rápida
 - ECG cortesia do banco de dados de eletrocardiograma (ECG) da NYU School of Medicine Emergency Care: <https://education.med.nyu.edu/ecg-database/app/search/results/31901>

- Chest XR de A. Prof Frank Gaillard, Radiopaedia.org, rID: 8304

Caso 33 Resultados laboratoriais

Painel Metabólico Básico:

Na	135 mEq/L
K	4,5 mEq/L
Cl	98 mEq/L
CO ₂	24 mEq/L
Ureia	15 mg/dL
Cr	0,9 mg/dL
Gluc	86 mg/dL

Painel de função hepática:

AST	32 U/L
ALT	14 U/L
Alk Phos	90 U/L
T bili	1,1 mg/dL
D bili	0,3 mg/dL
Lipase	40 U/L
Albumina	4,5 g/dL

Hemograma Completo:

WBC	8,2 x 10 ³ /uL
Hb	14,1 g/dL
HCT	42.5%
Plt	150 x 10 ³ /uL

Urinálise:

SG	1.018
ph	6.8
Prot	Negativo
Gluc	Negativo
Cetonas	Negativo
Bili	Negativo
Sangue	Negativo
LE	Negativo
Nitrito	Negativo
Cor	Amarelo

Painel de coagulação:

PT	13,1 seg
INR	1.0
PTT	26 seg

[Voltar ao caso](#)

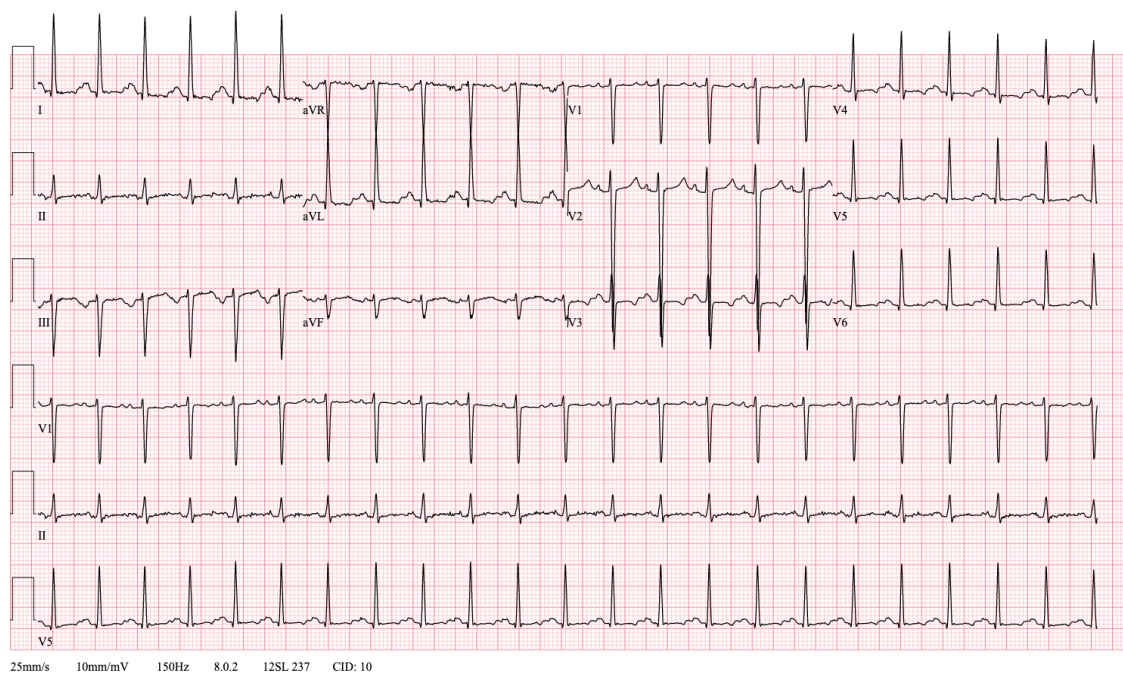
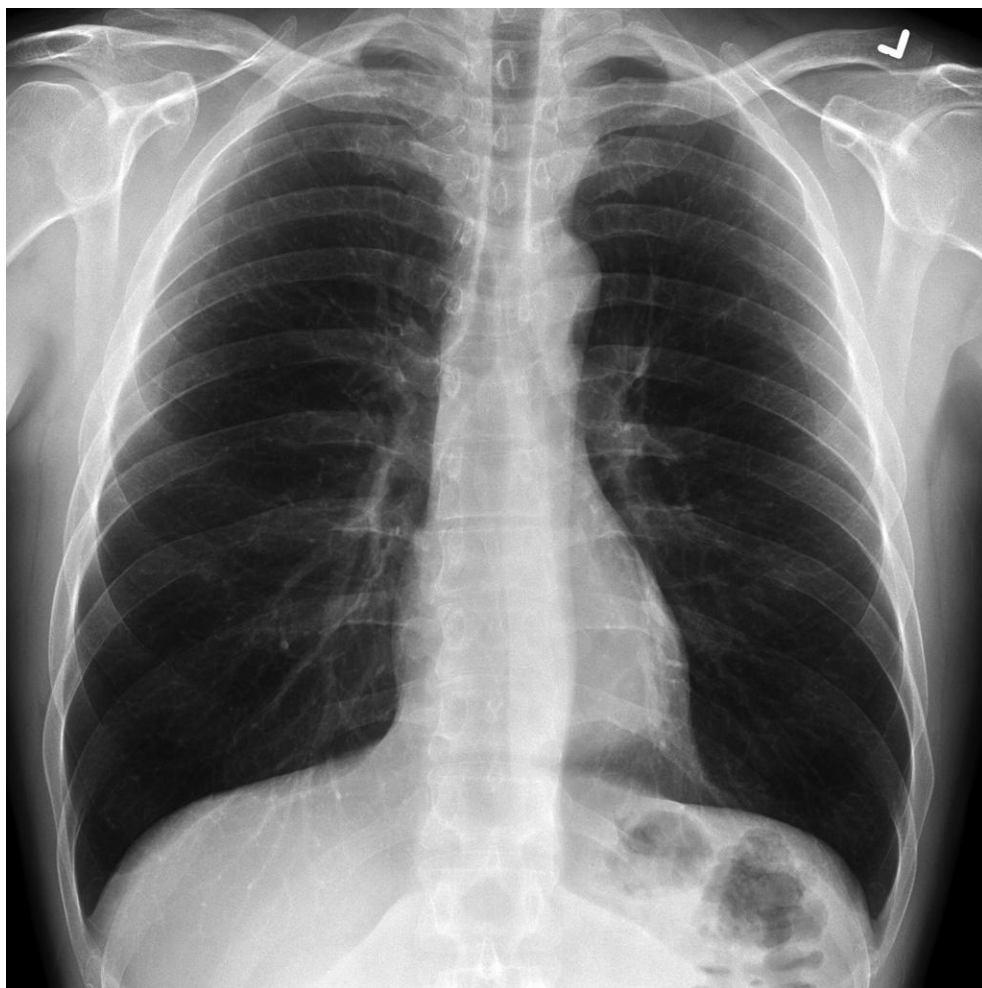
Figura 33.1- ECG[Voltar ao caso](#)

Figura 33.2 – RX de Tórax



[Voltar ao caso](#)