Simpósio sobre Diagnóstico de Dor Torácica

Dor torácica devida a doença gastrointestinal

Chest pain as a consequence of gastrointestinal disease

CLÁUDIO AUGUSTO MARRONI – Professor Adjunto de Gastroenterologia. Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

✉ Endereço para correspondência:
Cláudio Augusto Marroni
Rua dos Andradas, 1755/604
90010-002 Porto Alegre, RS, Brasil
Fone (51) 3225-1832
nmarroni@terra.com.br

Nos Centros de Dor Torácica (Chest Pain Center), locais especializados no atendimento de dor torácica aguda, que têm como objetivos sistematizar o diagnóstico e o tratamento das síndromes isquêmicas coronarianas agudas, melhorar a qualidade assistencial pela rapidez do diagnóstico e do tratamento, diminuir as taxas de liberação inapropriada de pacientes para casa, as hospitalizações desnecessárias, o tempo de hospitalização e os custos do processo, demonstra-se que 55 a 60% das dores torácicas agudas atendidas são de causa não cardíaca.

Algumas questões são evocadas inicialmente e merecem uma discussão mais aprofundada quanto ao direcionamento das condutas seguidas neste atendimento diferenciado.

Na emergência o médico deve considerar o quadro clínico e estabelecer o seguinte questionamento:

- A dor é de origem cardíaca?
- A dor não é de origem cardíaca?

A dor do tipo anginosa pode ser devida a inúmeras doenças cardíacas (isquemia coronariana, cardiomiopatia hipertrófica, pericardite, dissecção da aorta, problemas valvulares), torácicas (doenças pleuro-pulmonares, fibromiosite da parede torácica, artrites cervical ou torácica), gastrointestinais (doença péptica, doença do refluxo gastroesofagiano, colelitíase, pancreatites) ou emocionais (ansiedade, fobias, pânico).

Da avaliação da primeira questão poderá haver uma possibilidade de acerto diagnóstico para cardiopatia em mais de 95% das vezes.

A história clínica, a avaliação dos fatores preditivos de risco, o ECG, dosagens de enzimas sangüíneas e os testesprovocativos de isquemia embasam a grande maioria destes diagnósticos.

A classificação do tipo de dor anginosa, de acordo com o Estudo CASS, "definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, provavelmente não anginosa e definitivamente não anginosa", auxiliam no diagnóstico clínico.

Nos pacientes com alto risco de doença coronariana e eventos imediatos (morte, reinfarto ou isquemia recorrente), o cateterismo cardíaco para avaliar as coronárias é fundamental e pode determinar o uso de terapêutica seqüencial diferenciada, seja com substâncias trombolíticas, angioplastia primária ou cirurgia de urgência.

A angiografia coronária é freqüentemente necessária para pacientes com dor torácica, mas 30% dos exames de pacientes ambulatoriais e 7% dos hospitalizados mostram anatomia normal. A exclusão da doença coronariana não resolve o problema da dor torácica.

Em 50% dos casos de dor retroesternal, relacionada com hérnia de hiato por deslizamento, há desordens coronarianas comprovadas por investigações de rotina.

Pacientes mal diagnosticados para doença coronariana aguda têm maior taxa de mortalidade, em um espaço de tempo relativamente curto, sendo de 25% em 30 dias.

A doença coronariana é a causa mais comum de morte, em todo o mundo.

A premissa fundamental, nestas circunstâncias, é a relacionada com a duplicação das possibilidades de ocorrência de morte, quando a avaliação não é adequada e há liberação precoce do paciente para o seu domicílio.

O medo de errar na avaliação deste quadro doloroso agudo e incorrer no aumento da mortalidade ocasionada pela doença coronariana não diagnosticada, possibilitam um excesso de investigação, com grande aumento dos custos e de hospitalizações.

Qual é a linha divisória que estabelece que este ou aquele caso não merecem investigação mais aprofundada? Os exames são desnecessários? O tempo de espera para a realização de um cateterismo, em situação não emergencial, é de vários meses.

Procurar fazer um diagnóstico clínico de "cabeceira" com terapêutica específica para a hipótese diagnóstica e após pensar em investigação sofisticada, pode ser uma atitude temerária, e a decisão da informação "provavelmente não há nada errado", traz angústia e requer muita coragem.

Os fatores emocionais não podem ser subestimados nestas ocasiões e estabelecer um diagnóstico formal pode ser tão importante como identificar a preocupação e o medo do paciente.

Todas estas questões são importantes pois representam atitudes práticas, que devem ser consideradas no diagnóstico e evolução do paciente e na avaliação dos custos, para o sistema de saúde, pois poupam recursos.

A resposta à segunda questão, que considera a dor não cardíaca, estabelece como remota a possibilidade de morte imediata.

A história clínica, a valorização de situações típicas, os exames complementares específicos são os pontos determinantes para o diagnóstico preciso e a terapêutica correta.

Nestas circunstâncias, freqüentemente, a dor poderá estar relacionada

a doenças não gastroenterológicas (do arcabouço costal, pleuro-pulmonares, psicogênicas...).

As doenças gastroenterológicas podem determinar a ocorrência de dor torácica referida ou irradiada, sempre que houver algum grau de contigüidade das estuturas intra-abdominais comprometidas, no andar supramesocólico (úlcera péptica perfurada ou penetrada para o retro-peritôneo; colecistite aguda; pancreatite aguda;...), ou uma mesma origem embriológica.

As doenças gastroesofagianas, das quais o refluxo é a mais freqüente, podem determinar dor retroesternal muito semelhante à dor anginosa. Este será o fulcro das nossas observações.

A ocorrência de dor torácica "anginosa, provavelmente anginosa ou provavelmente não anginosa" nos leva a raciocinar que a origem poderá ser:

- Cardíaca
- Esofagiana
- Cardíaca e esofagiana
- Não cardíaca e não esofagiana.

Aqui, novamente, encontraremos situações críticas características, de fácil avaliação e elucidação, com condutas terapêuticas corretas e resolução dos problemas, sejam cardíacos ou esofagianos.

Haverá, entretanto, situações clínicas não muito claras e que necessitarão de investigação complementar para serem esclarecidas.

Os casos mais complexos são os que se apresentam com "dor anginosa ou provavelmente anginosal" e nos quais se demonstra haver uma anatomia coronariana normal. Cerca de 26% dos pacientes com dor torácica do tipo angina grave o suficiente para necessitar exames mais invasivos têm cateterismo de coronárias normal.

A partir dos anos 70 o esôfago ganhou notoriedade como possível causa de dor torácica.

Dependendo do critério usado para aceitar a origem esofagiana da dor, em 50% dos pacientes com artérias coronárias normais a dor é de origem esofagiana.

Os gastroenterologistas aceitam como a melhor maneira de se determinar que o esôfago é a possível causa da dor, relacionando-a com algum evento esofágico, como o refluxo ácido ou distúrbios motores importantes.

As características clínicas da dor torácica não cardíaca e de origem esofagiana quanto à localização, qualidade e duração, podem ser indistinguíveis das decorrentes da isquemia miocárdica.

A similaridade se expressa nas coincidências freqüentes que podem ser observadas em muitos aspectos clínicos destas duas situações: sensação de constrição ou pressão retroesternal; irradiação para a região cervical ou mandíbula; ocorrência pós-prandial; desencadeamento ao levantar-se ou com trabalhos isométricos; ocorrência na idade adulta; sudorese; alívio com o uso de nitratos e/ou bloqueadores de canais de cálcio e se torna mais complexa quando doenças cardíacas e do trato digestivo coexistem, situação relativamente freqüente e que ocorre em pacientes de idade semelhante.

A dor torácica de origem esofagiana manifesta-se com pirose, odinofagia ou associada com disfunção motora esofagiana.

A pirose, manifestação clássica da doença do refluxo gastroesofagiano, raramente causa confusão diagnóstica. A odinofagia, dor desencadeada pela deglutição, torna clara a origem esofagiana da queixa.

O refluxo gastroesofagiano está relacionado com a pirose, sintoma típico mais freqüente, mas sintomas atípicos, menos freqüentes, podem ser considerados, como o ronco, a tosse e a dor torácica.

A valorização mais efetiva da explicação da dor torácica de causa esofagiana deve ser mais creditada à presença do refluxo gastroesofagiano do que à disfunção motora.

A inervação autonômica do esôfago e do coração tem a mesma origem, sendo derivada do vago ou de ramos esplâncnicos dos seis nervos torácicos superiores. Assim, dores de origem esofagiana ou cardíaca podem ser similares.

Os mecanismos determinantes da dor esofagiana têm sido atribuídos às desordens motoras originadas na estimulação de quimiorreceptores e mecanorreceptores localizados na parede do esôfago.

A dor torácica poderia estar relacionada com espasmo esofagiano, pela imitação dos plexos neurais ao redor do esôfago ou por estímulos inapropriados nociceptivos, causados pelo refluxo gastroesofagiano.

Nos estudos de monitorização por 24 horas do pH intraluminar do esôfago, onde se pode documentar o refluxo gastroesofagiano, vamos encontrar uma correlação mais estreita entre a dor torácica e os períodos de refluxo.

Devemos considerar, entretanto, que quando a dor está relacionada ao refluxo gastoesofagiano, freqüentemente, há melhora clínica com as drogas que elevam o pH intraluminar (antiácidos, bloqueadores H2 ou inibidores da bomba protônica) ou com medidas anti-refluxo, o que não ocorre com a dor de origem cardíaca e pode não ocorrer nos casos de disfunção motora esofagiana.

A avaliação da dor torácica de origem não cardíaca e relacionada ao esôfago deve ser iniciada com uma anamnese dirigida, pois, muitas vezes, não há informação espontânea de sintomas valorizáveis ou não há valorização de sintomas existentes.

A anamnese dirigida deverá salientar o aparecimento da dor, relacionando-a com mudanças posturais e aumento de pressão intra-abdominal, com deglutição, odinofagia e disfagia, com pirose e regurgitação, com a ingesta de alimentos muito frios ou muito quentes. A irradiação da dor para a região torácica posterior é mais freqüente que na dor anginosa coronariana, mas não em relação à dissecção da aorta torácica. Há uma pobre relação com o grau de exercício físico e a dor em repouso não piora com o exercício. A dor de origem cardíaca pode ser acompanhada de alterações do ritmo cardíaco com arritmias.

A dor torácica associada com dismotilidade esofagiana, semelhante à angina de peito, é retroesternal, pode ser rápida ou persistente, durar segundos ou horas, ser moderada ou muito

intensa, acompanhada de espasmos reflexos dos músculos intercostais que causam sensação de sufocação ou constrição torácica, estar relacionada com as refeições, ocorrer durante o sono em posição recumbente ou não ter qualquer mecanismo desencadeador evidenciável.

A confusão pode aumentar quando se perceba que a dor pode ser desencadeada por esforço físico relacionado com manobras isométricas.

Castell, ao avaliar pacientes com dor torácica de origem não cardíaca, achou mais confortável chamar esta situação de "dor de origem não explicável ou inexplicável", pela elevada freqüência de casos em que não chegou a um diagnóstico específico.

O esôfago pode ser a causa desta dor torácica inexplicável, sempre com a presunção da anormalidade motora – "espasmo esofagiano" – explicar os fenômenos dolorosos.

No passado Osler cunhou o termo "esofagismo" para explicar estas dores recorrentes.

A exclusão do refluxo gastroesofagiano e o achado de uma motilidade esofagiana anormal ou mesmo um teste positivo ao edrofônio poderiam ser úteis em identificar uma hiperatividade relacional esofagiana e relacioná-la como sendo primária ou secundária para explicar a "síndrome da dor torácica inexplicável".

A manometria esofagiana é um exame que revela anormalidades cuja causa é desconhecida e cuja importância fisiológica e clínica não são absolutamente claras.

Os estudos da motilidade do esôfago, em pacientes com dor torácica de origem esofagiana, podem demonstrar alterações de vários tipos e graus.

Não há um sistema de classificação das anormalidades encontradas que seja de consenso; os critérios diagnósticos putativos não são uniformes, não há correlação dos achados manométricos com as queixas clínicas e os sintomas podem não melhorar, mesmo com terapêuticas que corrijam os achados manométricos alterados.

A interpretação dos achados relacionados à dismotilidade esofagiana e a sua associação com a dor torácica pode ser complexa e desapontadora.

Atualmente está demonstrado que o verdadeiro espasmo esofagiano é pouco freqüente, ocorrendo nos chamados esôfagos em "saca-rolhas" ou em "quebra-nozes", e explica, eventualmente, alguns casos de dor torácica.

O esôfago em "quebra-nozes" é uma anormalidade manométrica classificada como desordem motora esofagiana primária, caracterizada pela elevada pressão das ondas peristálticas no esôfago distal e relacionada com dor torácica não cardíaca em 53,6% e ao refluxo gastroesofagiano em 41,2%.

Em casos de dor torácica aparentemente relacionada com acalásia muito intensa, que foi tratada eficazmente, a dor persistiu por anos.

Recentemente foi demonstrado, com eco-endoscopia, um espessamento da musculatura esofagiana, não detectada pela manometria, em pacientes com dor torácica de causa não cardíaca.

Os testes motores provocativos (da ergonivina e do edrofônio) têm sido preconizados como sensibilizadores naqueles pacientes que não apresentam anormalidades manométricas basais, sendo seguros pois não apresentam vasoconstrição coronariana e induzem um perfil manométrico similar ao do esôfago em quebra-nozes, reproduzindo dor em 30% dos pacientes. A valorização dos testes é pela dor que reproduzem e não pelas alterações motoras que provocam, que podem ocorrer em indivíduos normais. Não estão consolidados como rotina.

As dificuldades em correlacionar as anormalidades motoras esofagianas, a presença de refluxo gastroesofagiano e a dor torácica não cardíaca, com combinações variadas e achados inconclusivos, determinaram que se reavivassem teorias da ação emocional/psíquica, onde haveria um "status" psicológico com mecanismos relacionados ao estresse e uma propensão à somatização, nesses pacientes, desenvolvendo um quadro similar ao da síndrome do cólon irritável, o esôfago irritável.

Poderia existir uma hipersensibilidade visceral à dor, como fator importante na fisiopatogenia destes eventos, em bases neurofisiológicas não muito claras, mas com respostas anormais dos nervos aferentes aos estímulos sensoriais, e um processo cognitivo anormal destes estímulos. O esôfago poderia ser menos complacente à distensão motora e muito mais reativo. A dor seria o resultado de um estímulo muito menor, pela diminuição do limiar de percepção visceral e pela hiperalgesia visceral.

O limiar de sensibilidade diminuído à dor poderia ser provocado pelo refluxo gastroesofagiano ou pelo teste de perfusão ácida, que hipersensibilizaria o esôfago, com diminuição do limiar de sensibilidade, aos estímulos mecânicos de distensão.

Recentes avanços na compreensão da fisiologia encefálica mostram que há um mecanismo de controle do sistema nervoso central no processamento dos registros de potenciais evocados em resposta aos estímulos esofagianos, em pacientes com dor torácica não cardíaca, que são diferentes daqueles dos indivíduos normais. O fator de confusão, nestes achados, é a aumentada incidência de anormalidades psiquiátricas nestes pacientes.

A hipersensibilidade à dor somática após injúria tecidual tem duas importantes propriedades:

- Manifesta-se como alodinia (estímulo prévio inócuo que induz dor) ou hiperalgesia (resposta a um estímulo nóxio exagerado).
- É uma resposta difusa, apresentando-se não somente no sítio da injúria (primária) mas também nos tecidos sadios ao redor (secundária).

A alodinia ou hiperalgesia primárias são resultantes do aumento da indução de um mediador inflamatório na transdução da sensibilidade dos terminais periféricos de fibras C nociceptivas de alto limiar.

A alodinia ou hiperalgesia secundárias resultam somente do aumento da excitabilidade dos neurônios da medula (sensibilização central) induzida pela ativação de fibras C nociceptivas na área da injúria.

Muitos pacientes com dor torácica não cardíaca apresentam tanto hipersensibilidade como disfunção motora esofagiana. Estudos com manometria e uso de insuflação de balões intra-esofagianos foram realizados, com relaxamento esofagiano por atropina, e demonstraram que a hipersensibilidade, mais do que a disfunção motora, é o mecanismo predominante nestas situações.

Em dor torácica não cardíaca há uma percepção visceral alterada que resulta de um processamento cerebral anormal dos impulsos eferentes. As interações entre sintomas, função autonômica e estímulo esofagiano são pouco estudadas.

Muitos pacientes com dor torácica não cardíaca recorrente têm elevada prevalência de anormalidades psiquiátricas relacionadas com dismotilidade esofagiana. O uso de drogas antidepressivas, que não têm ação na motilidade esofagiana, mostrou-se superior ao placebo na melhoria deste sintoma. Haveria, ainda, uma relação de dor torácica não cardíaca em pacientes com síndrome do pânico ou com situações muito estressoras, com possibilidade de mediação de serotonina, 5-hidroxitriptamina ou fatores neurotrópicos, liberados por estes estímulos nóxios.

Como há mais mulheres do que homens com dor torácica e coronárias normais, a idéia de causa emocional fica muito evidente.

Numa última caracterização poderemos encontrar pacientes com alterações coronarianas e esofagianas concomitantes.

A coexistência de doença coronariana e esofagiana pode dificultar a avaliação. O refluxo ácido diminui o limiar para a angina relacionada ao exercício, e pacientes com valvulopatia mitral e dor torácica podem ter anormalidades manométricas esofagianas, com dor reproduzida por teste de estimulação ácida, o cateterismo coronariano não demonstrar lesões grosseiras e testes de provocação de espasmos coronarianos podem ser negativos.

Não podemos esquecer que pacientes podem ter angina microvascular, uma forma de doença cardíaca sem as conseqüências da doença coronariana estabelecida, com reserva vasodilatadora limitada, inabilidade de aumentar o fluxo coronariano e grau variável de disfunção ventricular esquerda, sugestivos de isquemia. Esses achados são secundários a irregularidades da microvascularização coronária, com pouca possibilidade de ser diagnosticada com as técnicas de imagem habituais e são significativamente mais prevalentes nas mulheres nos períodos peri e pós-menopausa. Acredita-se que haja implicações de deficiências hormonais estrogênicas nesta disfunção endotelial microvascular. Esta e a síndrome X.

Há um número signifficativo de pacientes com doença coronariana conhecida, que têm uma má resposta terapêutica medicamentosa e que apresentam anormalidades esofagianas. A persistência de sintomas após cirurgia de revascularização ou angioplastia, por doença coronariana, pode estar associada com anormalidades esofagianas.

Cerca de 1/3 dos pacientes com dor torácica sugestiva de angina de peito não apresentam causas cardíacas para a explicação da dor e são rotulados como tendo dor torácica de causa não cardíaca.

Nestes pacientes a dor é atribuída ao esôfago, em termos clínicos, mas a investigação convencional pode não identificar a causa na maioria das vezes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SARKAR S, AZIZ Q, WOOLF CJ, HOBSON AR, THOMPSON DG. Contribution of central sensitisation to the development of non-cardiac chest pain. The Lancet, 356: 1154-1159, Sept 30, 2000.
2. RAO SSC, HAYEK B, SUMMERS RW. Funcional chest pain of esophageal origin: hiperalgesia or motor dysfunction. The American Journal of Gastroenterology, 96: 9; 2584-2589, 2001.
3. THURSTON RC, KEEFE FJ, BRADLEY L, KRISHNAN KRR, CALDWELL DS. Chest pain in the absence of coronary artery disease: a biopsychosocial perspective. Pain, 93; 95-100, 2001.
4. KASKI JC. Overview of gender aspects of cardiac syndrome X. Cardiovascular Research, 53; 620-626, 2002.
5. TOUGAS G, SPAZIANI R, HOLLERBACH S, DJUNC V, PANG C, UPTON ARM, FALLEN EL. Cardiac autonomic function and oesophageal acid sensitivity in patients with non-cardiac chest pain. Gut, 49; 706-712, 2001.
6. LEE T H, LEE G. Primary care: evaluation of the patient with acute chest pain. The New England Journal of Medicine, 342; 16: 1187-1195, 200.
7. KY H, JY K, BY, WL N. Non-cardiac, non-oesophageal chest pain: the relevance of psychological factors. Gut, 43; 105-110, 1998.
8. COOKE RA, ANGGIANSAH A, CHAMBERS JB, OWEN WJ. A prospective study of oesophageal function in patients with normal coronary angiograms and controls with angina. Gut, 42; 323-329, 1998.
9. POPE JH, AUFDERHEIDE TP, RUTHAZER R, WOOLARD RH, FELDMAN JA, BESHANSKY JR, GRIFFITH JL, SELKER HP. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. The New England Journal of Medicine, 342; 1163-1170, 2000.
10. SPECHLER SJ, CASTELL DO. Classification of oesophageal motility abnormalities. Gut, 49; 145-151, 2001.
11. SARAMI B, GLEIBER M, EVANS SRT. Esophageal pH monitoring, indications, and mothods. Journal of Clinical Gastroenterology, 34; 200-206, 2002.
12. BOTOMAN VA. Noncardiac chest pain. Journal of Clinical Gastroenterology, 34; 6-14, 2002.
13. GHILLEBERT G, JANSSENS J. Oesophageal pain in coronary artery disease. Gut, 42; 312-313, 1998.
14. LEÃES PE, CUNHA L. Protocolo de angina instável e dor torácica. Centro de dor Torácia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Janeiro de 2002.