



## DIVERSOS ASPECTOS DA ANGINA DE PEITO

A angina de peito constitui uma patologia frequente e incapacitante. A sua fisiopatologia é conhecida e tem-se registado importantes progressos quanto ao diagnóstico e quanto ao controlo dos sintomas. Não existe porém ainda um consenso quanto à estratégia a seguir para a sua investigação diagnóstica e para o tratamento. A terapêutica da angina de peito não foi também submetida a testes rigorosos de eficácia e segurança, como tem acontecido nos últimos anos em relação ao enfarte do miocárdio e à angina instável. Assim, continuamos sem saber exactamente se o alívio sintomático, que sem dúvida melhora a qualidade de vida, melhora igualmente o prognóstico a longo prazo, isto é, se retarda o progresso da doença isquémica subjacente, se evita os principais eventos coronários como o enfarte do miocárdio, arritmias e morte súbita ou se evita a eventual entrada em insuficiência cardíaca, destino final frequente da cardiopatia isquémica. Sintomas essencialmente idênticos aos da angina de peito clássica de etiologia isquémica, manifestam-se noutras situações clínicas dependentes de patologia do esófago, do pulmão ou da própria parede torácica. Outras patologias cardíacas como a estenose aórtica e a miocardiopatia hipertrófica constituem também causas frequentes da angina de peito. Neste número da Acta Médica Portuguesa vão ser abordados diversos aspectos, da angina de peito estável, isto é, cujos sintomas se tem mantido ao longo de semanas ou meses sem deterioração clínica. A angina de peito estável ocorre em situações em que há aumento do consumo de oxigénio miocárdico, sendo em parte influenciada por factores como a temperatura ambiente e o estado emocional. A forma *variante* ou angina de Prinzmetal, surge espontaneamente com elevação do segmento ST e admite-se que habitualmente resulta de espasmo coronário.

A designação de *Síndrome X* aplica-se aos quadros da angina de peito com evidência de isquemia miocárdica traduzida por depressão do segmento ST, e ausência de aterosclerose coronária documentada por coronariografia. Admite-se que possa estar em causa doença das *pequenas artérias*. A angina de peito do doente hipertenso acompanha-se por vezes de características próprias, em relação

com disfunção diastólica, fase do ciclo cardíaco em que se faz a principal perfusão das camadas subendocárdicas.

Admite-se que para que surjam sintomas relacionados com fluxo coronário insuficiente para as necessidades metabólicas do miocárdio, deverá haver pelo menos 50 a 70% de redução do diâmetro do lume coronário. Porém a importância da estenose coronária depende não só da redução de lume arterial mas, também do comprimento da estenose, da sua localização e do número de placas, além de outros factores dependentes do desenvolvimento concomitante de circulação colateral. As placas de ateroma, quando excêntricas, não condicionam sempre uma estenose fixa, sendo muito importante nestes casos o tono coronário, que a nível local é responsável pela constrição ou dilatação do músculo liso da parede arterial. A disfunção ventricular constitui o mecanismo principal de agravamento do prognóstico, especialmente quanto há insuficiência cardíaca. O excesso de colesterol LDL oxidado, captado pelos macrófagos, é o constituinte perigoso das placas. Os ensaios recentes vieram apontar a importância da *estabilidade* da placa de ateroma, o que contribuirá para o menor número de eventos coronários, mesmo na ausência de uma *normalização* da taxa de colesterol. Fala-se agora de um terceiro mecanismo. O colesterol seria *tóxico* para o endotélio vascular, influenciando negativamente a capacidade de produção de polipéptidos vasoactivos.

Num País, como o nosso, de limitados recursos mas em que são fortemente comparticipados os medicamentos cujo preço é elevadíssimo, é essencial assentar em normas correctas de actuação, que identifiquem claramente quais os indivíduos que devem ser alvo destas terapêuticas de médio e longo prazo, cujos resultados se terão que aguardar por vezes, alguns anos.

Neste número da Acta Médica Portuguesa a angina de peito é o tema para um conjunto de artigos, que vão dedicar-se a alguns aspectos desta entidade clínica. Foram convidados colegas com experiência na respectiva área, que vão abordar sucessivamente a fisiopatologia da angina de peito, a dimensão do problema entre nós, o diagnóstico e a estratificação do risco no doente coronário com Angina de Peito, incluindo a contribuição de métodos de diagnóstico como a coronariografia e a cintigrafia. São ainda abordados problemas como a isquemia miocárdica sem expressão clínica, vulgarmente chamada Isquemia Silenciosa, a Angina de Peito no doente Hipertenso e Angina de Peito no doente com coronariografia normal. Finalmente são referidos aspectos práticos da terapêutica médica, do controlo das alterações lipídicas e as possibilidades actuais dos métodos de revascularização por angioplastia e cirurgia cardíaca.

Este número da Acta Médica Portuguesa, inclui portanto um conteúdo formativo, que representa o *estado da arte* relativo ao assunto escolhido. Espera-se que seja útil para a generalidade dos médicos, que poderão desta forma ter como referência, artigos de revisão actualizados numa perspectiva portuguesa. Agradeço aos colegas que de forma tão pronta se solidarizaram com este esforço, mostrando para além dos seus conhecimentos técnicos, uma grande vontade de contribuir para a divulgação dos temas, tornando-os acessíveis à generalidade dos médicos.

Seguem-se na 2ª parte, da revista; 3 Artigos Originais, 1 Artigo de Revisão, e 1 Caso Clínico.

Espero que seja possível organizar no futuro, outros números da Acta Médica Portuguesa apresentando o *estado da arte* nas diversas especialidades ou relativo a aspectos particulares mais importantes de algumas delas, interessando à generalidade dos médicos portugueses.

EDUARDO MOTA