

Síndromes Cardíacas



Audes D. M. Feitosa

MD, TEC/AMB, MSc, PhD, FESC

Professor do Centro de Ciências Médicas da UFPE

Professor do Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da UPE

Presidente do DHA/SBC (2020/2021) e Presidente da SBC/PE (2018/2019)

Serviço de Hipertensão e Prevenção Cardiometabólica e Renal PROCAPE/UPE



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



CENTRO DE
CIÊNCIAS MÉDICAS

CONCEITO

Dor no peito

não é diagnóstico

Falta de ar

não é diagnóstico

Desmaio

não é diagnóstico

Palpitação

não é diagnóstico

Ponto de partida: sintoma não é diagnóstico

Síndrome = conjunto de sinais e sintomas que pode ter múltiplas causas.



AS 4 GRANDES SÍNDROMES CARDÍACAS



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Imagem autoral desenvolvida com IA, sob orientação científica do
Prof. Dr. Audes Feitosa

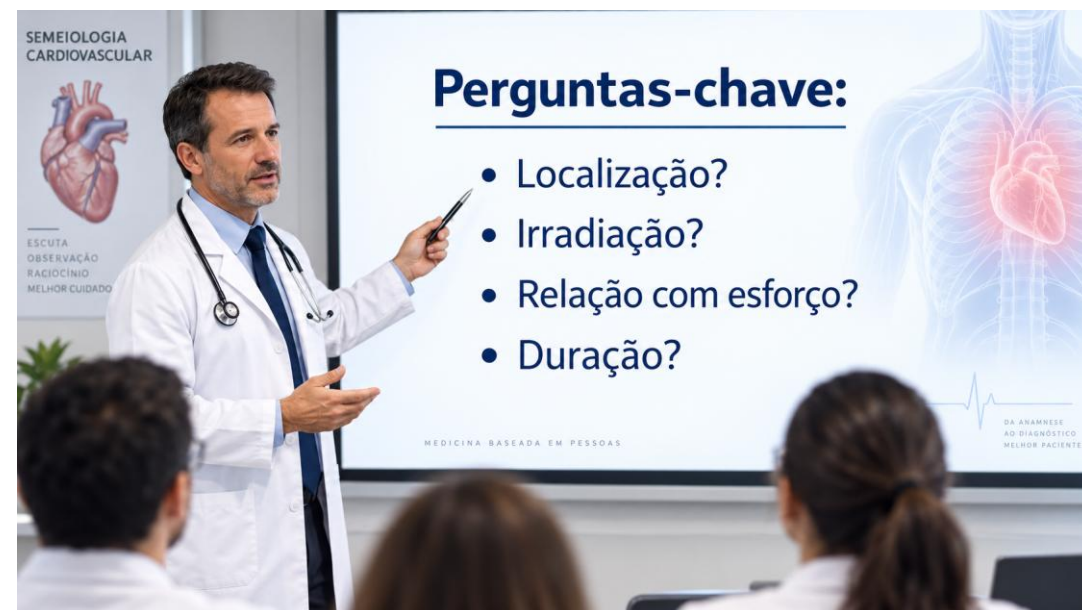


CENTRO DE
CIÊNCIAS MÉDICAS

Objetivos de aprendizagem

Ao final da aula, o estudante deve sair com uma forma de pensar, não apenas uma lista de doenças.

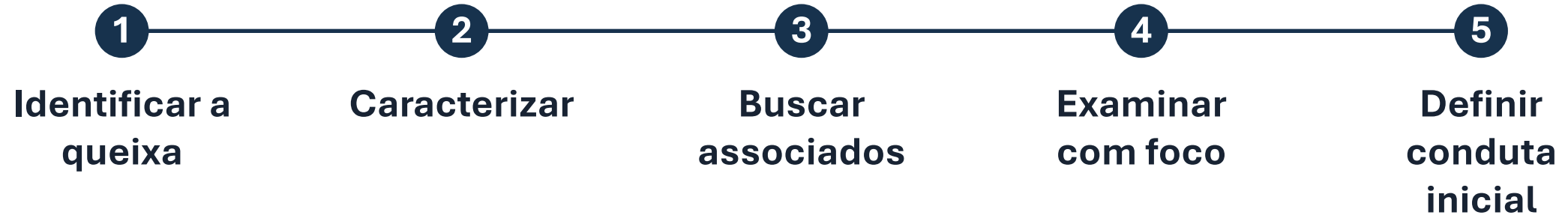
- Caracterizar dor torácica, dispneia, síncope e palpitações.
- Separar padrões benignos de sinais de alarme.
- Usar a anamnese para direcionar o exame físico.
- Reconhecer quando a síndrome exige avaliação urgente.
- Construir hipóteses antes de pedir exames.



A meta da semiologia é perguntar melhor para errar menos.

Método Porto aplicado à cardiologia

A pergunta certa organiza o raciocínio clínico.



Tempo, modo de início, fatores desencadeantes, fatores de melhora e sintomas associados: esta é a anatomia da história clínica.



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

CCM CENTRO DE
CIÊNCIAS MÉDICAS

Quatro portas de entrada para a cardiologia

A maioria dos atendimentos cardiovasculares começa por uma destas síndromes.



Dor torácica

Isquemia
Pericárdio
Aorta
Parede torácica

Dispneia

IC
Pulmão
Anemia
Descondicionamento

Síncope

Reflexa
Arritmica
Obstrutiva
Ortostática

Palpitações

Extrassístoles
TSV
FA
Taquicardia sinusal

Dor torácica: primeiro, gravidade

Antes de nomear a dor, decida se ela pode matar agora.

Pergunta central: “que dor é essa?”

- Localização e irradiação.
- Qualidade: aperto, queimação, pontada, rasgo.
- Início: súbito ou progressivo.
- Relação com esforço, respiração, posição e alimentação.
- Duração e resposta a repouso ou nitrato.



Dor torácica não é “normal” até que se prove baixa probabilidade de gravidade.

Padrão isquêmico: dor típica

A dor típica é esforço-dependente e tem coerência fisiológica.

Dor anginosa típica

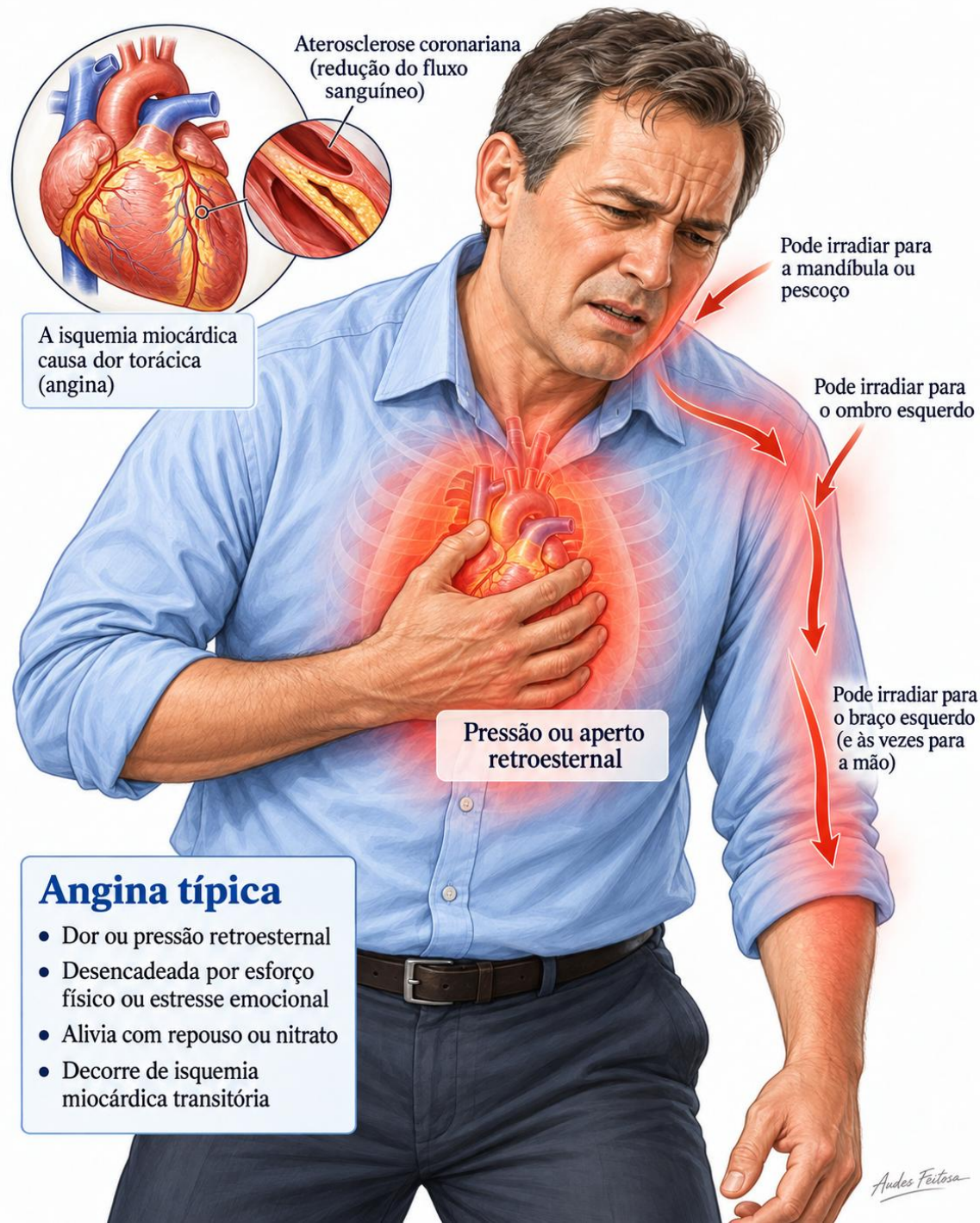
- Retrosternal ou precordial
- Pressão, aperto ou peso
- Desencadeada por esforço ou emoção
- Melhora com repouso ou nitrato
- Pode irradiar para braço, mandíbula ou dorso

Oferta de O_2

versus

Consumo de O_2

Isquemia aparece quando a demanda supera a oferta.



Aterosclerose coronariana
(redução do fluxo
sanguíneo)

A isquemia miocárdica
causa dor torácica
(angina)

Pode irradiar para
a mandíbula ou
pescoço

Pode irradiar para
o ombro esquerdo

Pode irradiar para
o braço esquerdo
(e às vezes para
a mão)

Pressão ou aperto
retroesternal

Angina típica

- Dor ou pressão retroesternal
- Desencadeada por esforço físico ou estresse emocional
- Alivia com repouso ou nitrato
- Decorre de isquemia miocárdica transitória



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

CCM CENTRO DE
CIÊNCIAS MÉDICAS

Audes Freitas

Quatro padrões de dor torácica

A forma da dor ajuda a escolher o próximo passo.

Isquêmica

Aperto/peso
Esforço/emoção
Minutos
Alívio com
repouso

Pericárdica

Pleurítica
Piora deitado
Melhora
sentado/inclinado
Pode ter atrito

Aórtica

Súbita e intensa
Rasgante
Irradia para dorso
Assimetria de
pulsos

Não cardíaca

Reprodutível à
palpação
Relacionada a
movimento
Refluxo/dispepsia
Ansiedade como
diagnóstico de
exclusão

A mesma topografia pode ter doenças diferentes. O padrão temporal e os gatilhos decidem o caminho.

Sinais de alarme na dor torácica

Se houver instabilidade, a prioridade é segurança do paciente.

- Dor em repouso, prolongada ou progressiva.
- Sudorese, náuseas, palidez ou sensação de morte iminente.
- Síncope, hipotensão, choque ou confusão.
- Déficit neurológico ou diferença de pulsos/PA.
- Dispneia importante ou dessaturação.

Red flag muda a aula de semiologia para fluxo de urgência.

Caso-relâmpago: dor ao subir escadas

Homem, 58 anos, diabético, dor retroesternal ao esforço há 2 meses.



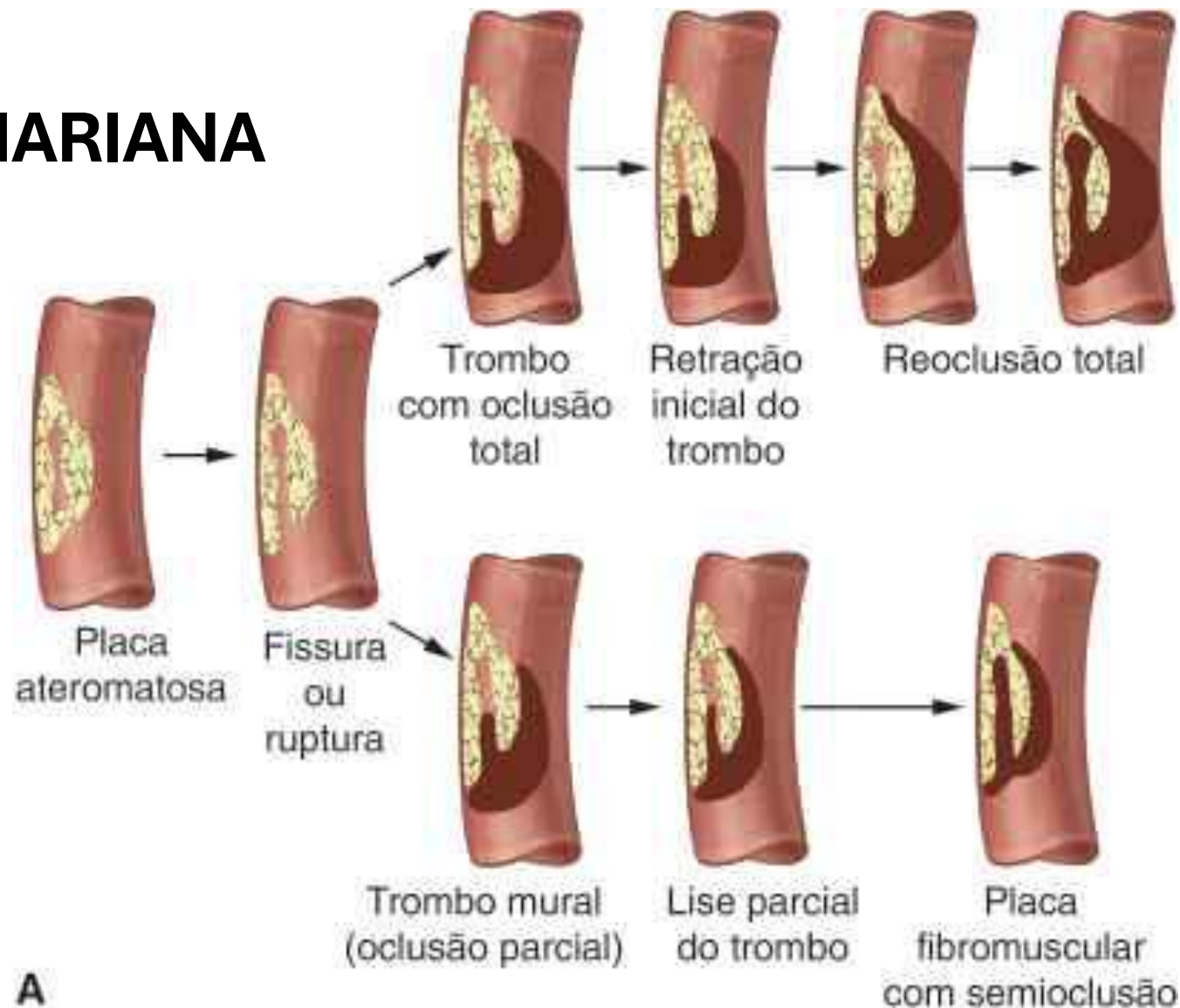
- Dor em aperto, 5 minutos, melhora ao parar.
- Irradiação para mandíbula em dois episódios.
- PA 154/92 mmHg; pulsos simétricos; sem sinais de IC.
- O padrão é mais importante do que a intensidade isolada.
- Hipótese sindrômica: dor torácica de provável origem isquêmica.

Pergunta para a turma: o que torna esta dor “típica”?

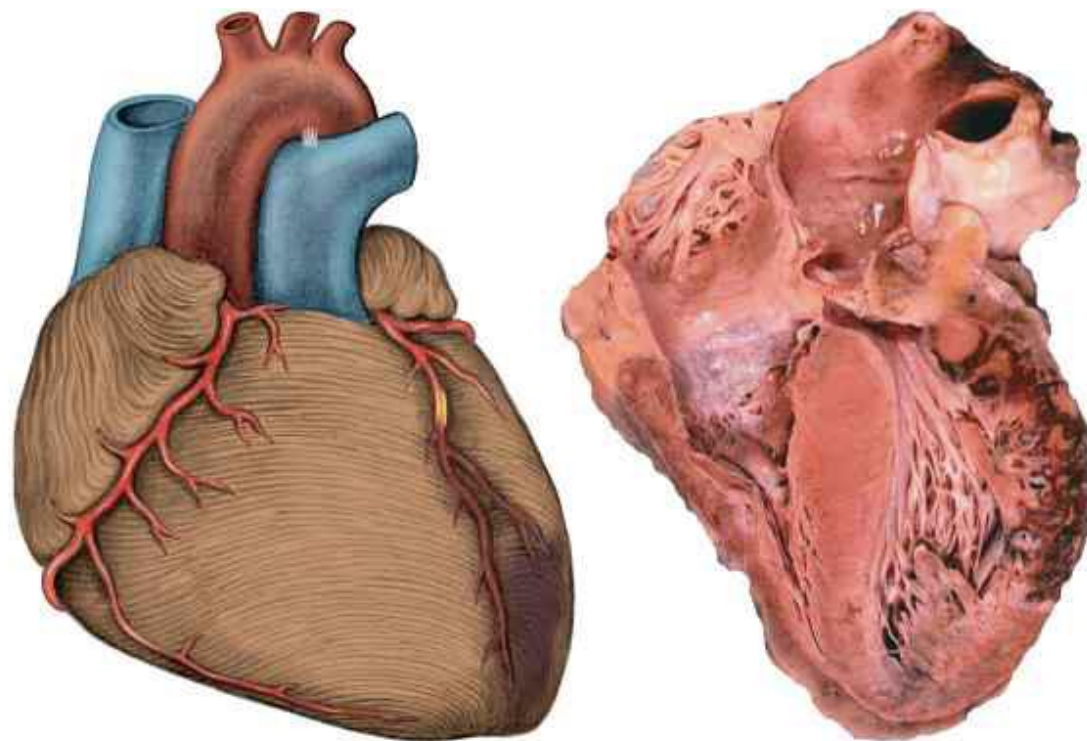
DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Aterosclerose coronária

A. Esquema mostrando a evolução do trombo que se forma após fissura ou ruptura da placa.

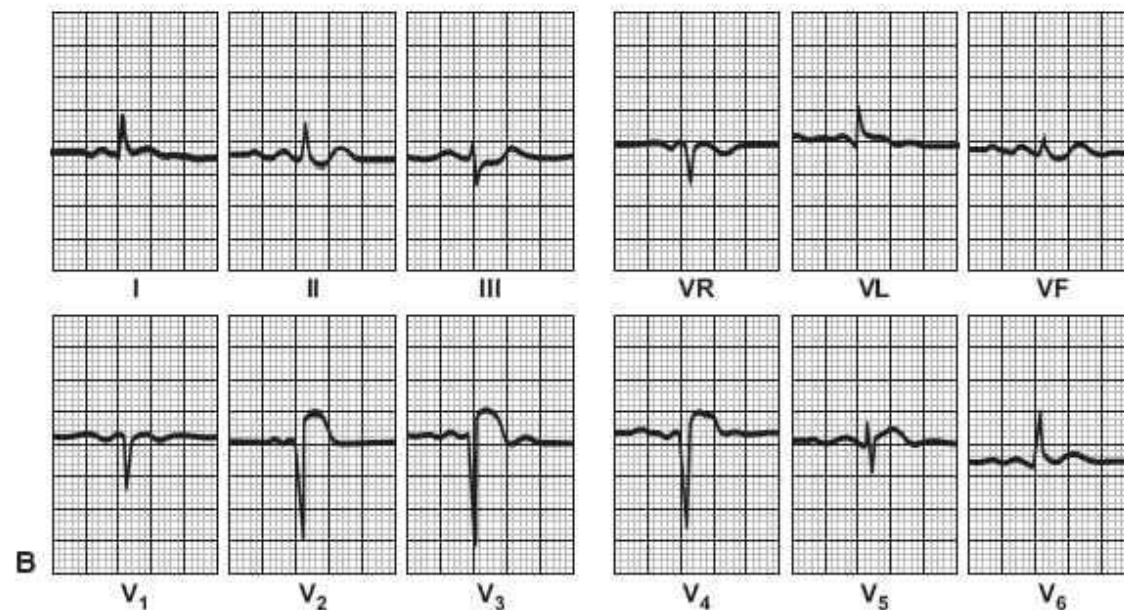


DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA



A

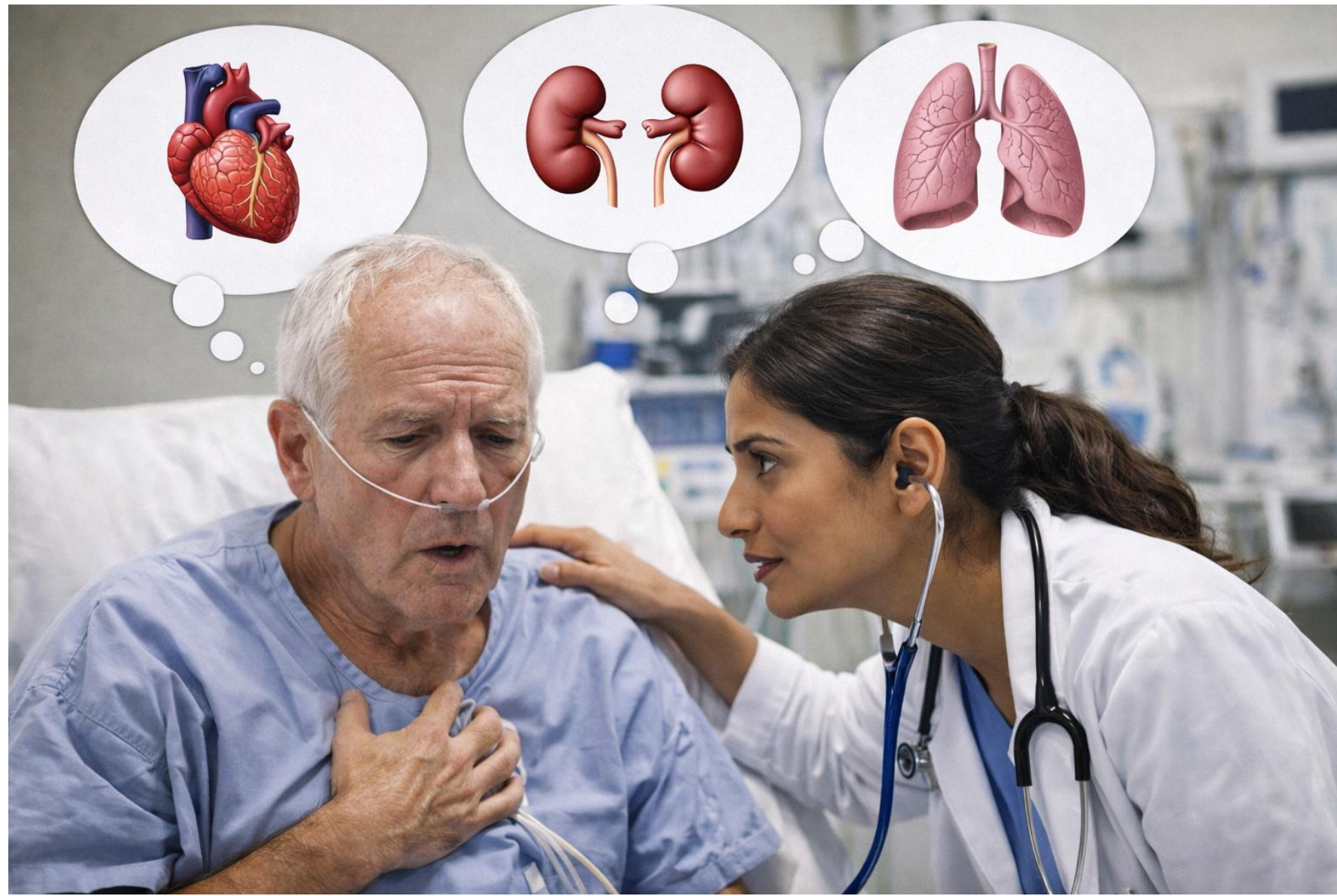
A. Representação esquemática e aspecto macroscópico do infarto agudo do miocárdio.



B

B. Eletrocardiograma mostrando infarto anterior extenso.

DISPNEIA



DISPNEIA



Dispneia: traduzir “falta de ar”

A pergunta não é apenas “tem dispneia?”, mas quando, como e com o quê.

- Aos grandes, médios ou pequenos esforços?
- Em repouso?
- Ortopneia: quantos travesseiros?
- Dispneia paroxística noturna?
- Chiado, tosse, febre, anemia, perda de peso ou edema?



Dispneia é percepção subjetiva de esforço respiratório: o contexto é o diagnóstico.

O que sugere origem cardíaca?

A história costuma entregar congestão antes do exame.

Ortopneia

Piora ao deitar; melhora sentado.

DPN

Acorda à noite com falta de ar intensa.

Edema

Aumento vespertino, ganho de peso, turgência jugular.

Fadiga

Baixo débito, intolerância ao esforço.

Sibilância cardíaca

Chiado em idoso com congestão pode confundir.

DPN e ortopneia são pistas fortes de congestão pulmonar.

Exame físico na dispneia: procurar congestão

O exame físico confirma ou corrige a hipótese da história.

Pulmões

estertores, sibilos, derrame pleural

Pescoço

turgência jugular, refluxo
hepatojugular

Coração

B3, sopros, ritmo de galope

Extremidades

edema, perfusão, cianose

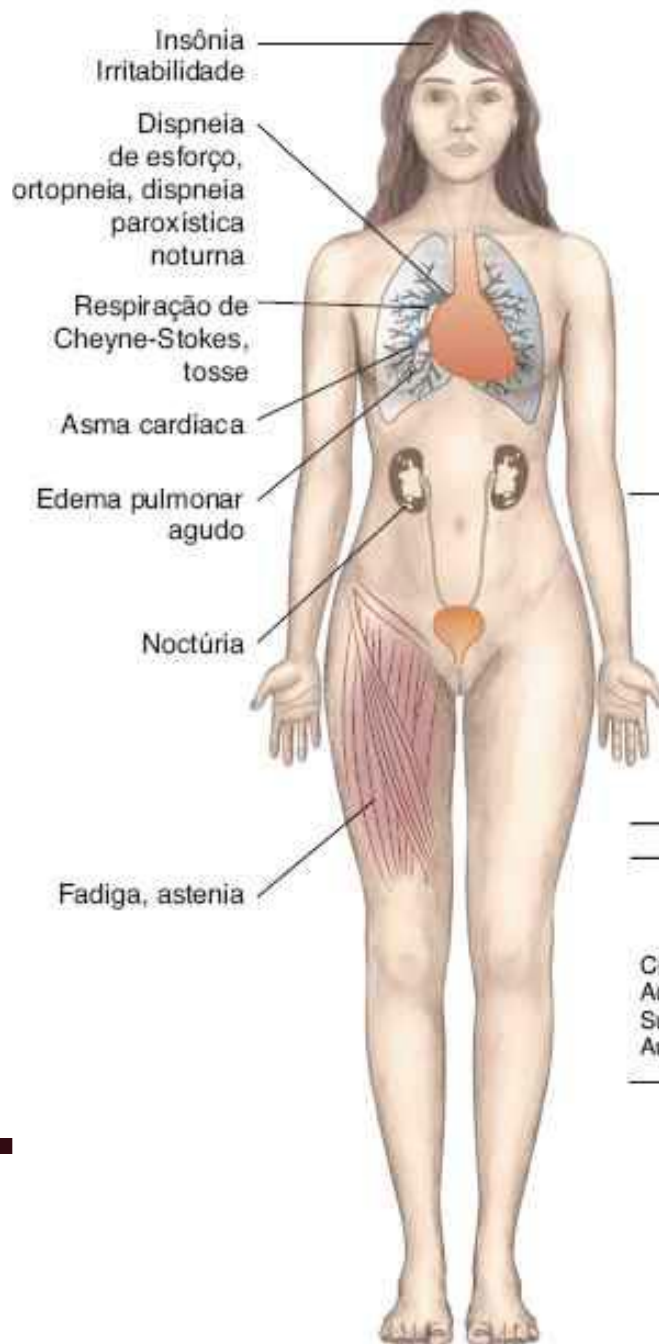
Abdome

hepatomegalia dolorosa, ascite

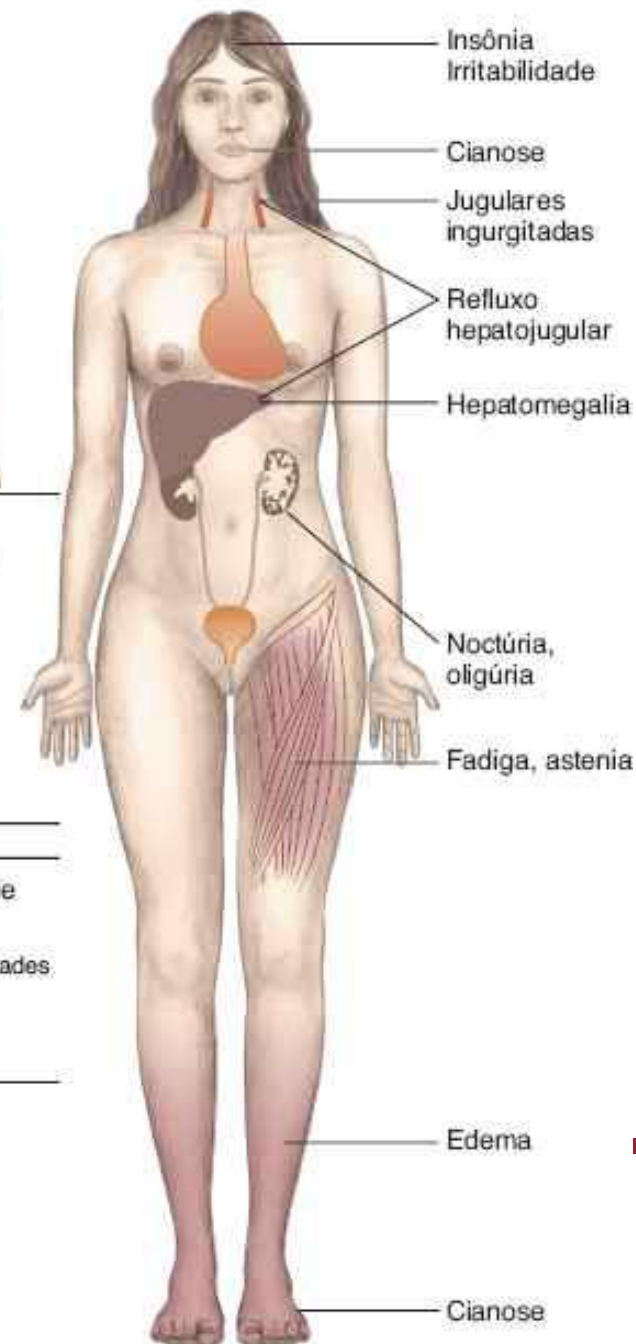
Semiologia não compete com BNP, eco ou RX. Ela escolhe melhor quando e por que pedir.

IC

Insuficiência ventricular esquerda



Insuficiência ventricular direita



Sinais atribuíveis diretamente ao coração

Cardiomegalia
Taquicardia
Ritmo de galope
Pulso alternante
Hiperfonese de P2
Sopros sistólicos
Arritmias
Intolerância aos esforços

Evidência de hiperatividade adrenérgica

Cianose e frialdade das extremidades
Aumento da pressão diastólica
Sudorese
Arritmias



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



CENTRO DE
CIÊNCIAS MÉDICAS

Classificação funcional da dispneia

A capacidade funcional torna a queixa mensurável e acompanha evolução.

- I Sem sintomas nas atividades habituais.
- II Sintomas em esforços habituais moderados.
- III Sintomas em pequenos esforços habituais.
- IV Sintomas em repouso.

Sempre perguntar: “comparado a 6 meses atrás, mudou?”

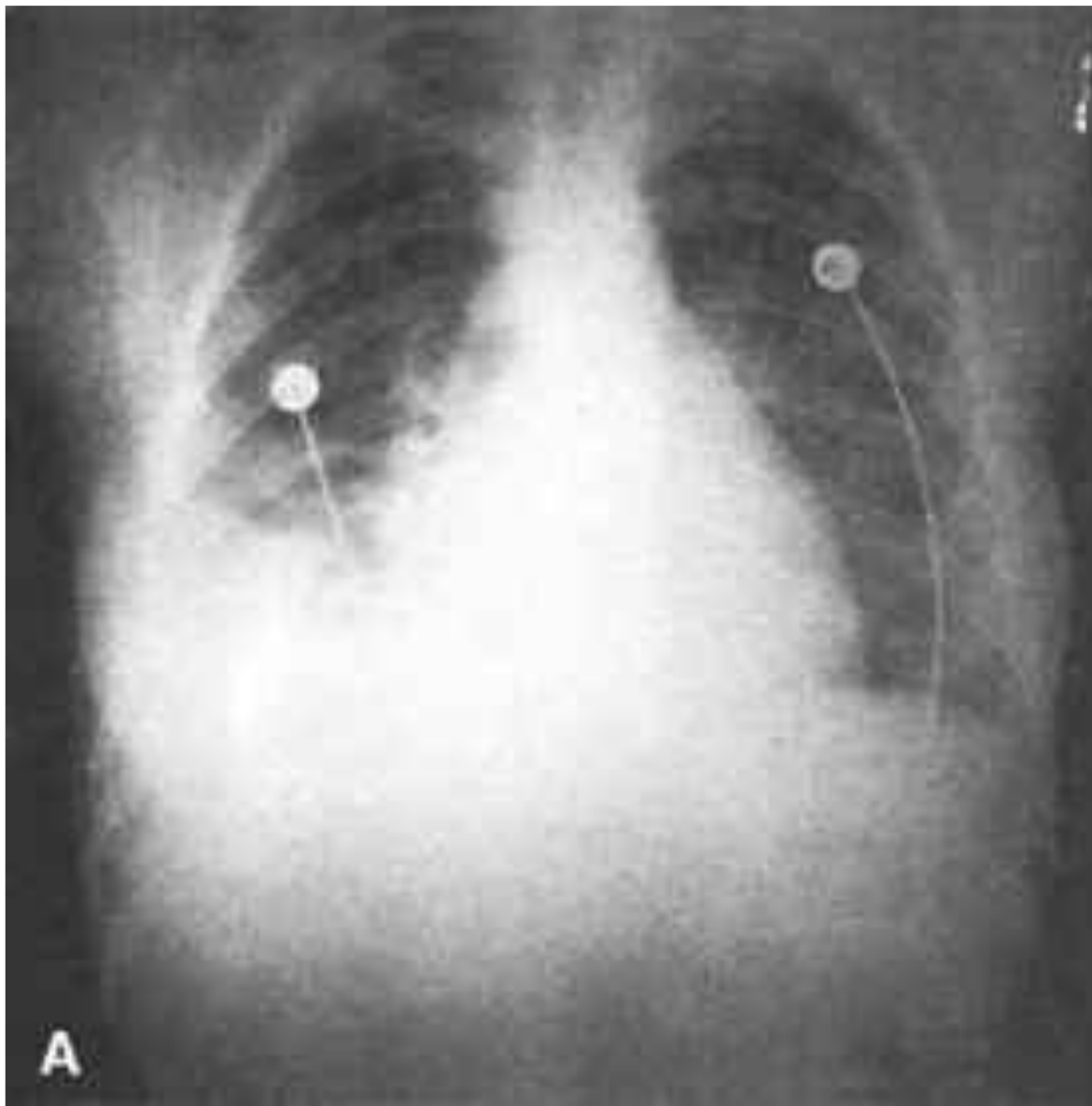
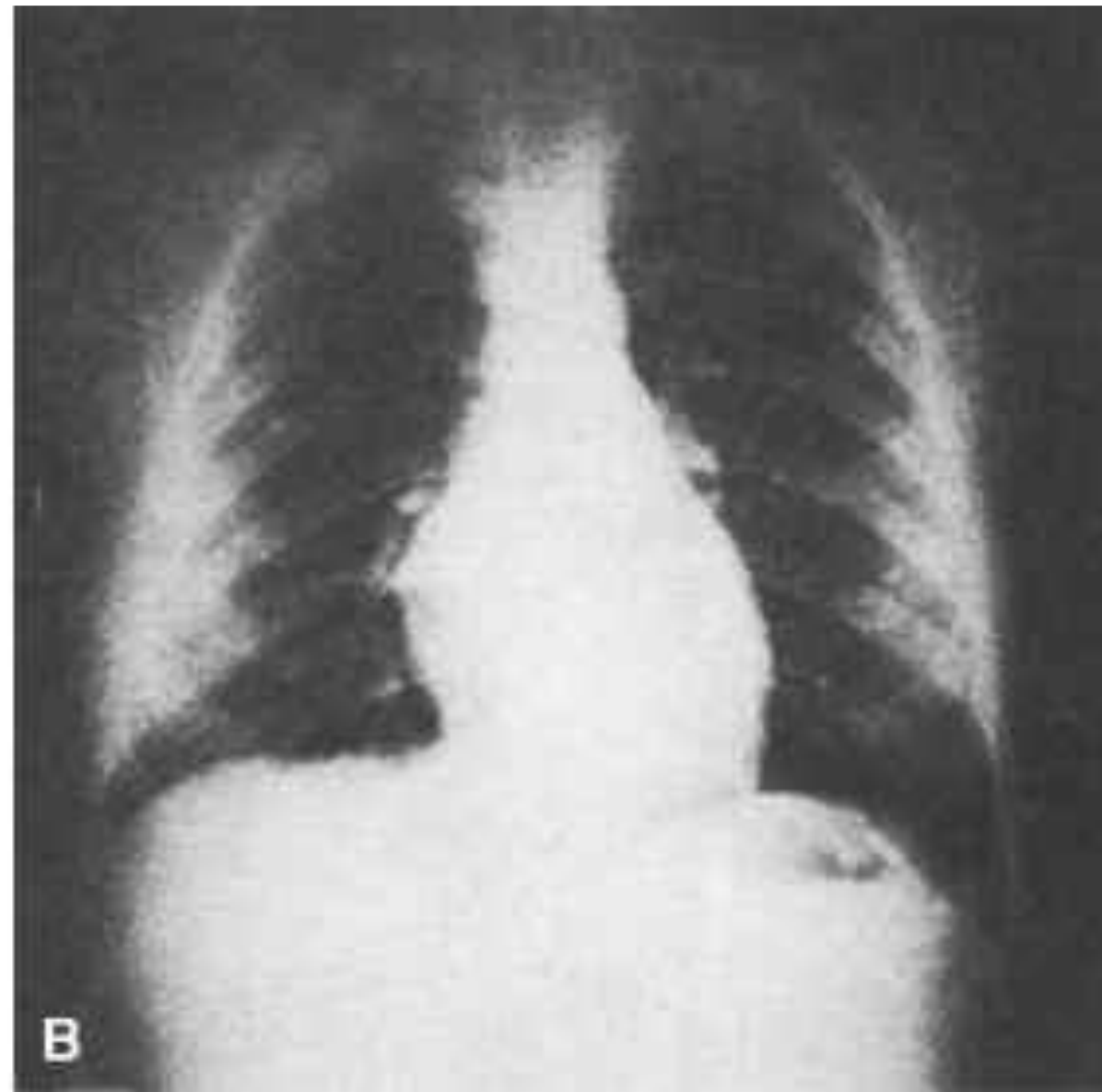
Caso-relâmpago: dispneia noturna

Mulher, 72 anos, hipertensa, acorda sufocada há 3 noites.

- Relata dormir com 3 travesseiros desde a última semana.
- Ganho de 2,5 kg em 10 dias; edema maleolar vespertino.
- PA 168/94 mmHg; FC 96 bpm; estertores bibasais.
- Bulha B3 audível; turgência jugular presente.
- Hipótese sindrômica: dispneia com congestão, provável insuficiência cardíaca descompensada.

Pergunta para a turma: quais achados apontam para congestão?

O raciocínio começou antes do ecocardiograma.



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Insuficiência cardíaca (paciente monitorado). **A.** A radiografia do tórax evidencia cardiomegalia, congestão pulmonar e derrame pleural à direita. **B.** Após o tratamento, observam-se normalização da área cardíaca, desaparecimento da congestão pulmonar e do derrame pleural.



CENTRO DE
CIÊNCIAS MÉDICAS

Do sintoma ao sopro: lógica das valvopatias

Valvopatia é semiologia de pressão, volume e direção do fluxo.

Estenose aórtica

dor torácica + síncope de esforço + dispneia; sopro sistólico ejetivo

Insuficiência aórtica

dispneia, palpitações, pulso amplo; sopro diastólico aspirativo

Estenose mitral

dispneia, hemoptise, rouquidão; ruflar diastólico

Insuficiência mitral

dispneia, fadiga, palpitações; sopro holossistólico apical



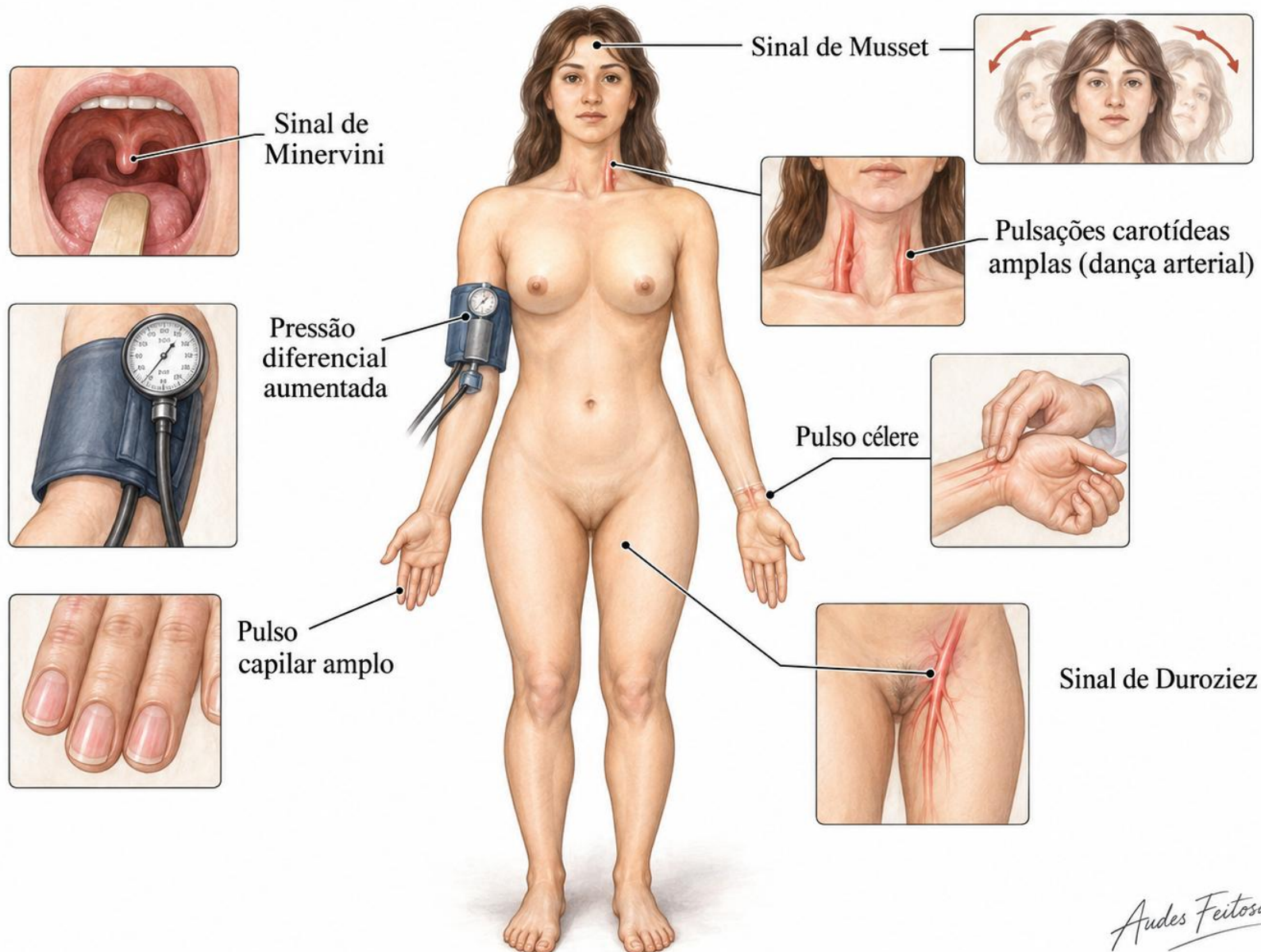
Válvula Aórtica Normal



Estenose da Válvula Aórtica

Sopro sem contexto é ruído. Sopro com síndrome vira hipótese.

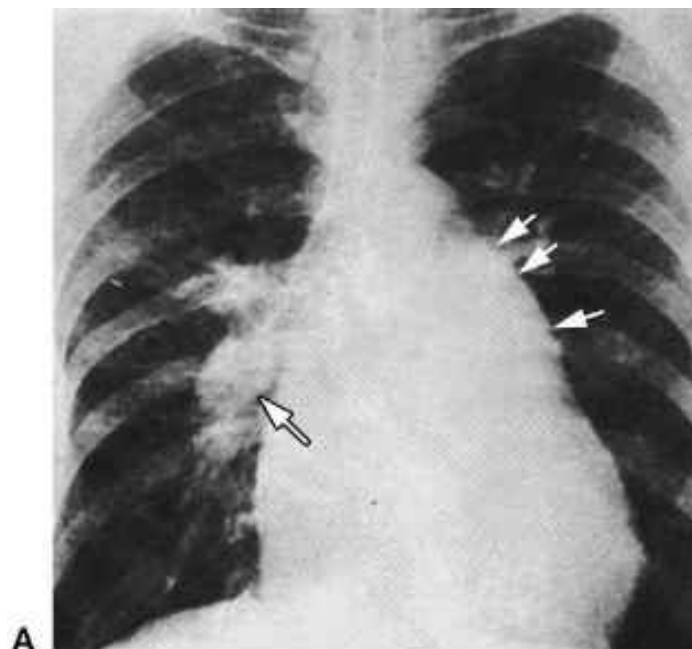
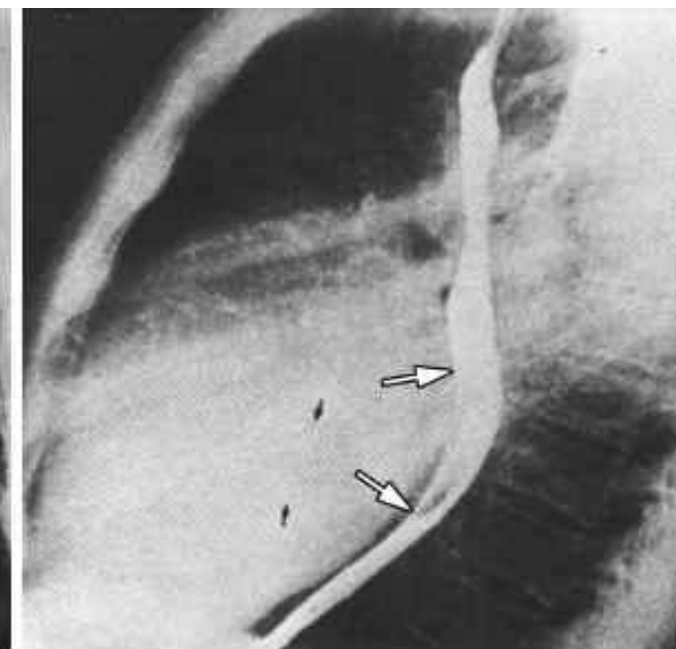
Sinais periféricos de insuficiência aórtica



Estenose mitral.

A. Radiografia simples do tórax em PA e perfil, mostrando uma silhueta tipo mitral com arco médio abaulado, pela dilatação da artéria pulmonar e da auriculeta esquerda, e crescimento ventricular direito. No perfil, chama a atenção a compressão do esôfago pela dilatação do átrio esquerdo (*setas*).

B. Ecocardiograma bidimensional demonstrando comprometimento reumático típico da valva mitral (VM) com espessamento de ambas as cúspides e redução da abertura valvar (estenose). Observa-se a abertura em domo, típica da cúspide anterior (*seta*) e aumento acentuado do átrio esquerdo (AE). AD: átrio direito; Ao: aorta; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.



Prolapso da valva mitral.

A. Representação esquemática do prolapso da valva mitral com e sem insuficiência mitral.

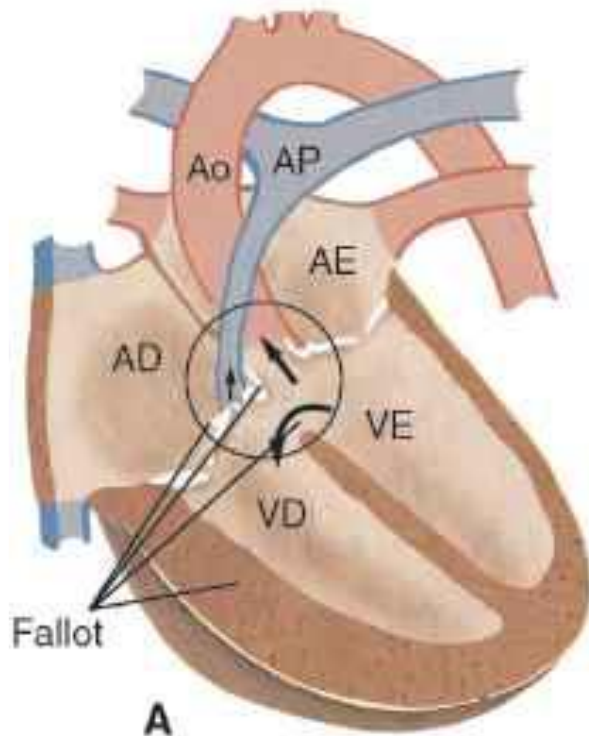
B. Ventriculografia mostrando o prolapso com insuficiência mitral.

C. Ecocardiograma transesofágico demonstrando prolapso da valva mitral de ambas as cúspides, sendo mais acentuado da cúspide posterior (CP).

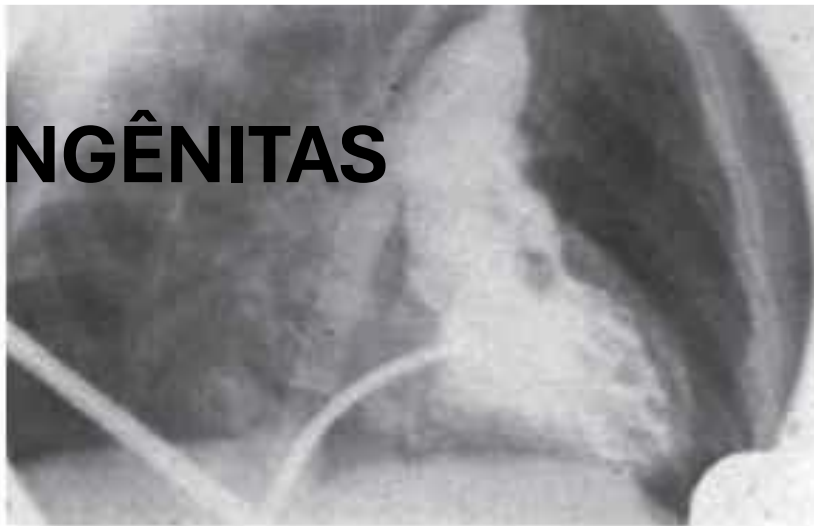
AD: átrio direito; AE: átrio esquerdo; CA: cúspide anterior; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.



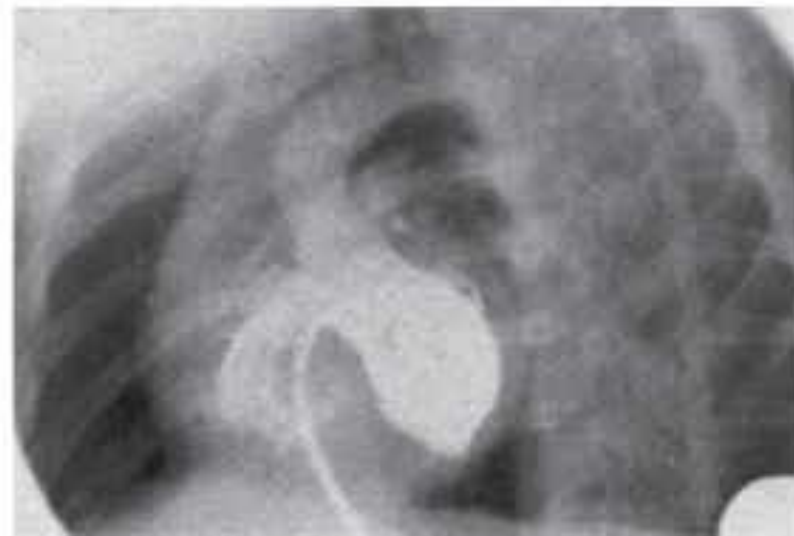
CARDIOPATIAS CONGÊNITAS



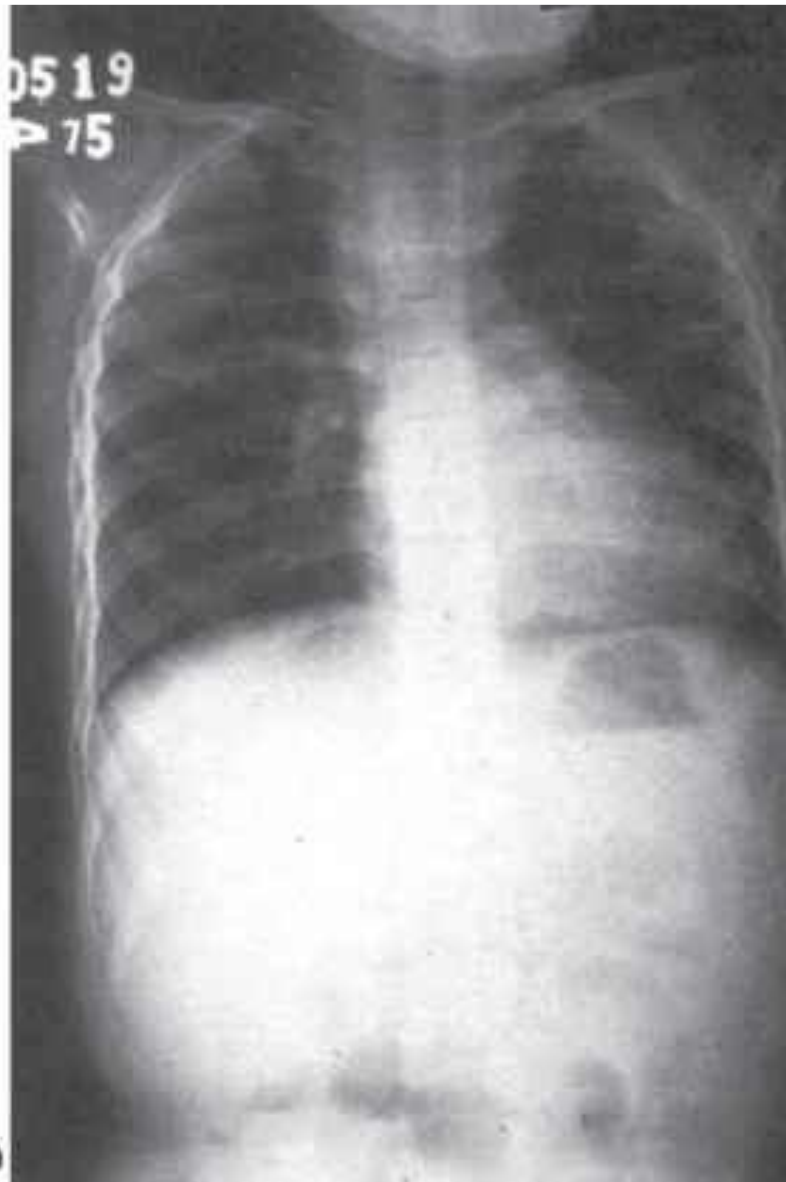
B



C



D



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Tetralogia de Fallot. A. Representação esquemática dos quatro defeitos anatômicos que constituem esta cardiopatia: comunicação interventricular, estenose pulmonar infundibular, dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular direita. B. Ventriculografia direita, evidenciando estenose pulmonar infundibulovalvar. C. Ventriculografia esquerda, mostrando a dextroposição da aorta, a qual cavalga o septo e a comunicação interventricular. D. Radiografia do tórax mostrando hipofluxo pulmonar, arco aórtico à direita, arco médio deprimido e hipertrofia ventricular direita.

CCM

CENTRO DE
CIÊNCIAS MÉDICAS

MIOCARDITES



Miocardites Agudas



Febre reumática

CARDIOMIOPATIAS OU MIOCARDIOPATIAS

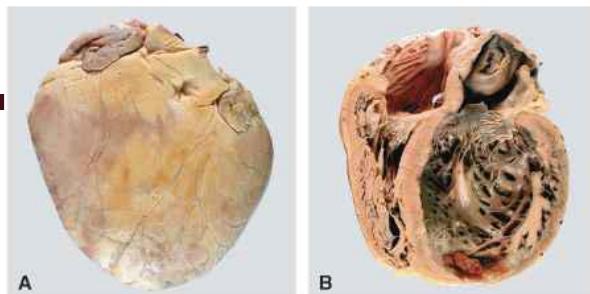
- ✓ Cardiomiopatia dilatada
- ✓ Cardiomiopatia hipertrófica
- ✓ Cardiomiopatia restritiva
- ✓ Cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito
- ✓ Cardiomiopatias específicas
- ✓ Cardiomiopatias não classificadas



Cardiomiopatias específicas

- ✓ Cardiomiopatia isquêmica
- ✓ Cardiomiopatia valvar
- ✓ Cardiomiopatia hipertensiva
- ✓ Cardiomiopatia inflamatória
 - Idiopática, autoimune e infecciosa
 - **Cardiopatía chagásica**, HIV, enterovírus, adenovírus, citomegalovírus
- ✓ Cardiomiopatia metabólica
 - Tireotoxicose, hipotireoidismo, insuficiência da suprarrenal, feocromocitoma, acromegalia, diabetes melito, doenças familiares de depósito, hemocromatose, síndrome de Hurler e Refsum, doenças de Niemann-Pick, Hand-Schüller-Christian, Fabry-Anderson, distúrbios de potássio e magnésio, doenças nutricionais, amiloidose, febre do Mediterrâneo

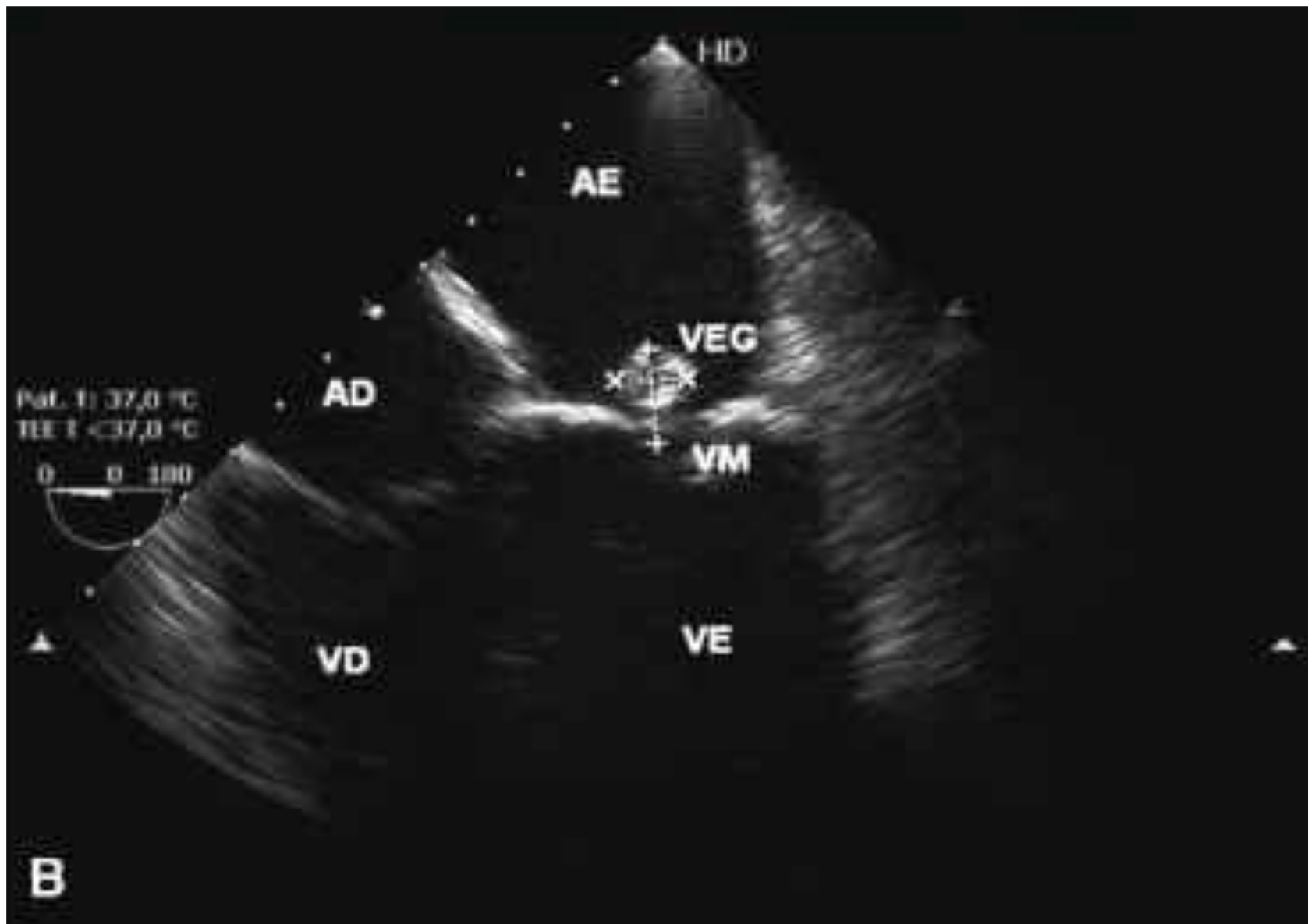
- ✓ Cardiomiopatia por doença sistêmica
 - Lúpus eritematoso sistêmico, poliarterite nodosa, artrite reumatoide, dermatomiosite, esclerodermia, sarcoidose
- ✓ Cardiomiopatia por distrofia muscular
 - Duchenne, Becker, miotônicas
- ✓ Cardiomiopatia por doença neuromuscular
 - Ataxia de Friedreich, síndrome de Noonan, lentigionose
- ✓ Cardiomiopatia por reação tóxica e de sensibilidade
 - Álcool, catecolaminas, antraciclinas, irradiações
- ✓ Cardiomiopatia periparto



ENDOCARDITE INFECCIOSA

Ecocardiograma
transesofágico
demonstrando
vegetação (**VEG**)
aderida à face atrial da
valva mitral (VM).

AD: átrio direito; AE: átrio
esquerdo; VD: ventrículo
direito; VE: ventrículo
esquerdo.

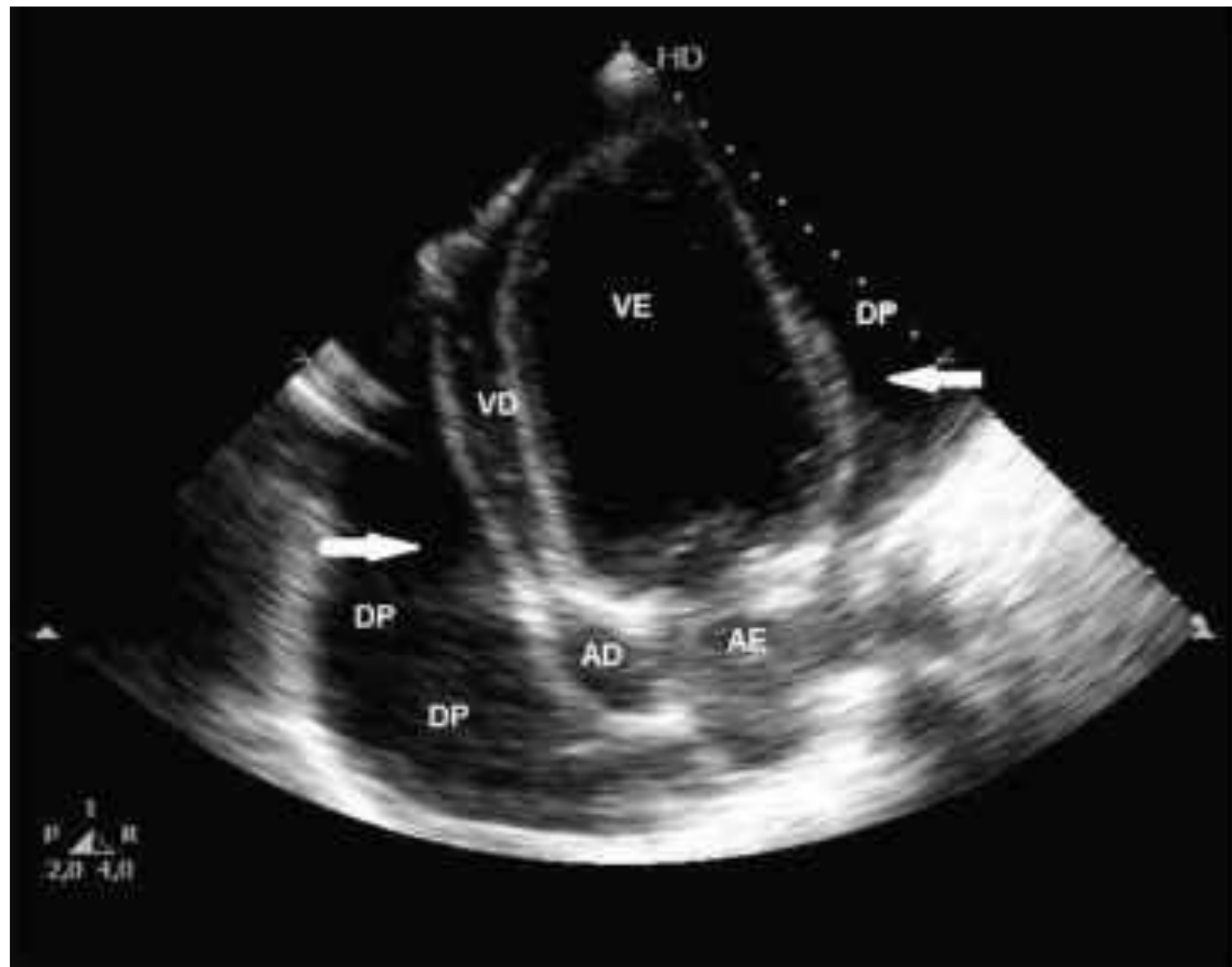


PERICARDITE AGUDA

Pericardite fibrinosa reumática.

Ecocardiograma transtorácico apical 4 câmaras, evidenciando grande derrame pericárdio (DP), circundando todo o coração e levando ao colapso diastólico do ventrículo direito (sinal ecocardiográfico clássico de tamponamento cardíaco).

AD: átrio direito; AE: átrio esquerdo;
VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.



Pericardite, miocardite e endocardite: pistas semiológicas

Nem toda síndrome cardíaca é coronariana ou valvar.

Pericardite dor pleurítica/posicional, atrito pericárdico, febre eventual

Miocardite dor torácica, dispneia, palpitações, história viral recente

Endocardite febre persistente, sopro novo, fenômenos embólicos, fator predisponente

A semiologia evita o erro clássico: chamar toda dor torácica de coronária e toda febre de infecção banal.

SÍNCOPE



→ perda transitória da consciência por $\downarrow$ perfusão cerebral

Síncope: perda transitória de consciência

O mecanismo comum é hipoperfusão cerebral global e transitória.

Início rápido + curta duração + recuperação espontânea completa.

Principais causas:

- ✓ Arritmias
- ✓ Obstrução
- ✓ Reflexa
 - ✓ Vasovagal

Perguntas-chave:

- ✓ Teve pródromos?
- ✓ Foi súbito?
- ✓ Durante esforço?
- ✓ Recuperação rápida?

Anatomia temporal da síncope

A história deve reconstruir antes, durante e depois.

1

Antes:
postura, gatilho,
pródromos

Reflexa

calor, dor, emoção, náusea,
sudorese, visão turva

2

Durante:
queda, palidez,
movimentos

Ortostática

ao levantar, desidratação,
fármacos, idosos

3

Depois:
recuperação, confusão,
trauma

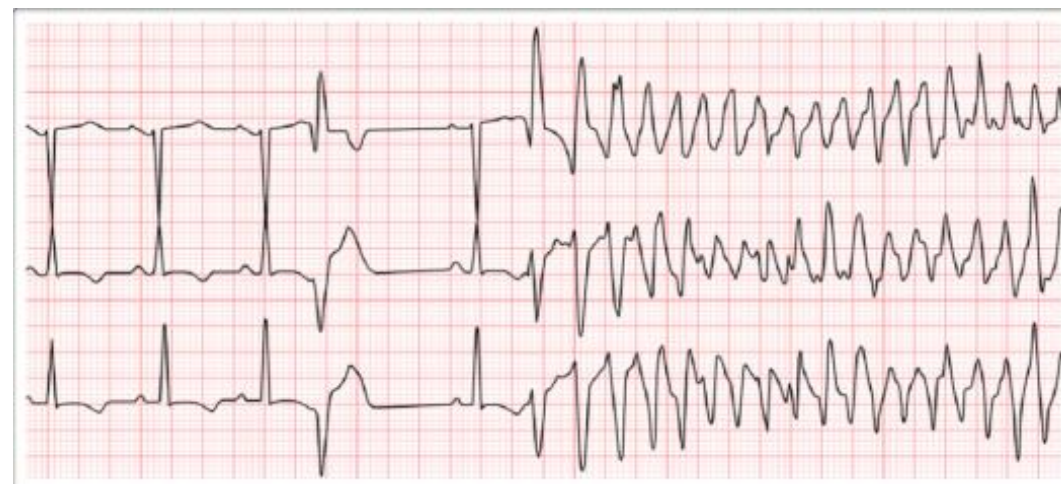
Arritmica/ obstrutiva

súbita, esforço,
palpitação, cardiopatia
conhecida

Síncope de alto risco: reconhecer na porta

Alguns achados mudam imediatamente o nível de cuidado.

- Durante esforço ou em decúbito.
- Sem pródromos, início súbito, trauma importante.
- Associada a dor torácica, dispneia ou palpitações.
- História de cardiopatia estrutural ou familiar de morte súbita.
- ECG alterado, bradicardia importante, taquicardia sustentada ou hipotensão.



Síncope durante esforço é cardiopatia até prova em contrário.

Caso-relâmpago: síncope no futebol

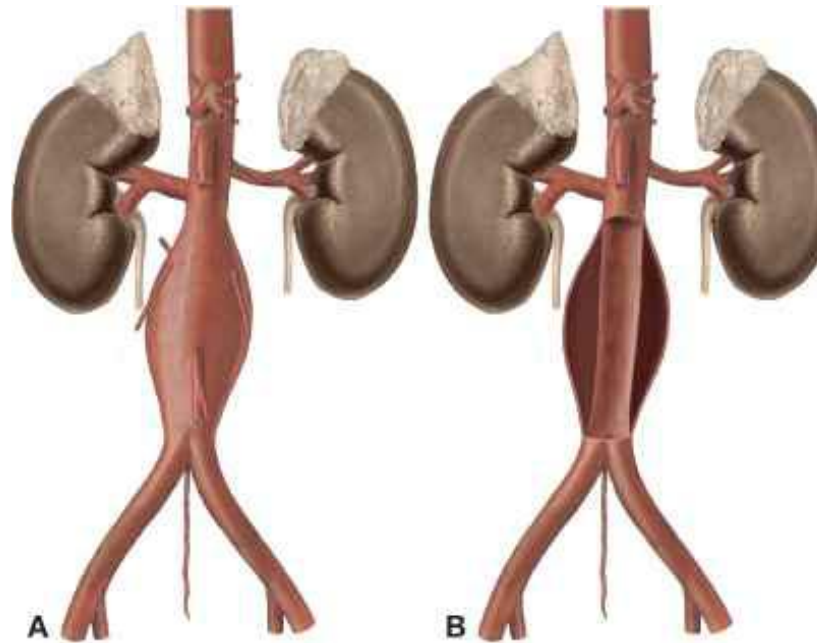
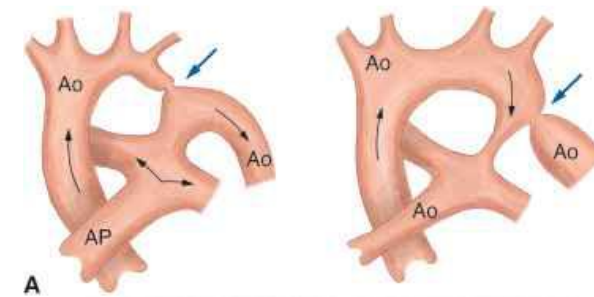
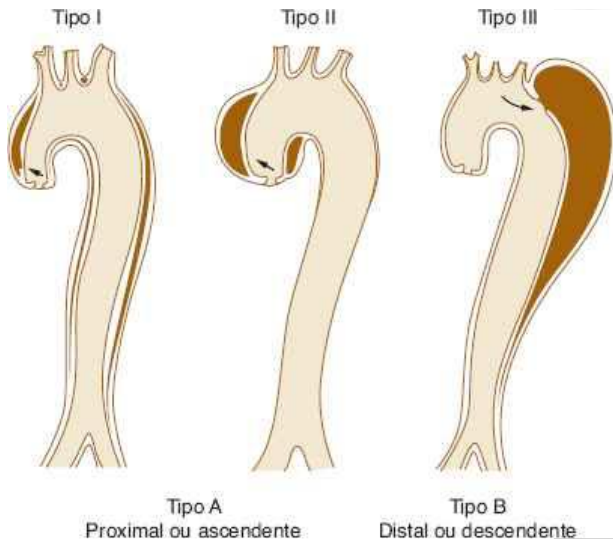
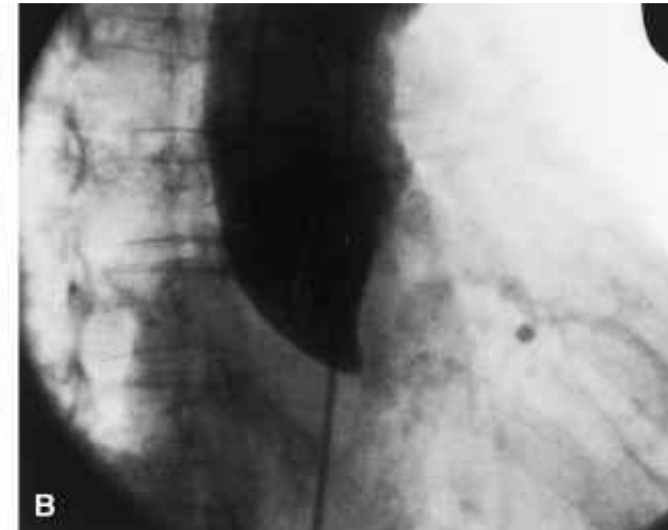
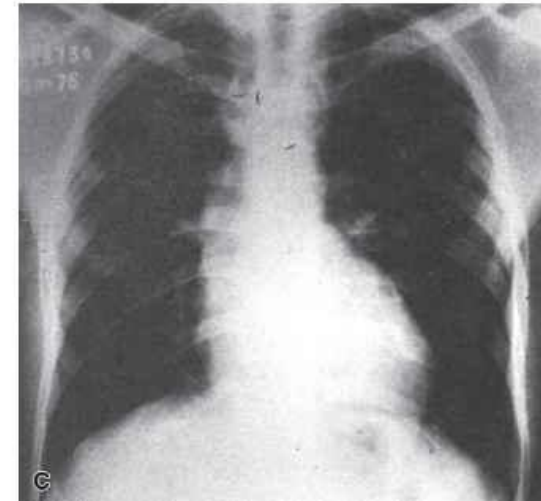
Homem, 22 anos, perde a consciência correndo. Recupera rápido, sem náusea prévia.

- Evento ocorreu no esforço, sem pródromos claros.
- Relata palpitações antes da queda.
- Tio faleceu subitamente aos 35 anos.
- Sopro sistólico aumenta com ortostatismo.
- Hipótese sindrômica: síncope de alto risco, possível origem cardíaca.

Discussão: quais perguntas faltaram? Qual exame físico não pode faltar?

Nunca tranquilizar síncope de esforço sem investigação.

DOENÇAS DA AORTA



PALPITAÇÕES



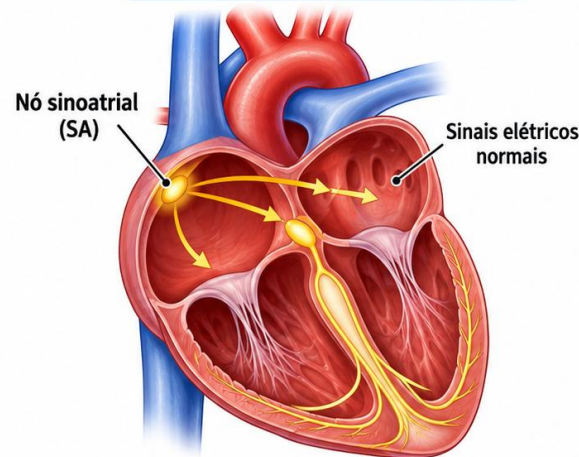
💖 Palpitação é percepção do batimento

Palpitações: o paciente sente o ritmo

Palpitação é percepção consciente dos batimentos. A chave é caracterizar o ritmo.

- Início e término súbitos ou graduais?
- Batimento rápido regular ou irregular?
- Duração: segundos, minutos, horas?
- Gatilhos: esforço, cafeína, álcool, estresse, febre, hipertireoidismo.
- Sintomas associados: síncope, dor torácica, dispneia.

Condução normal

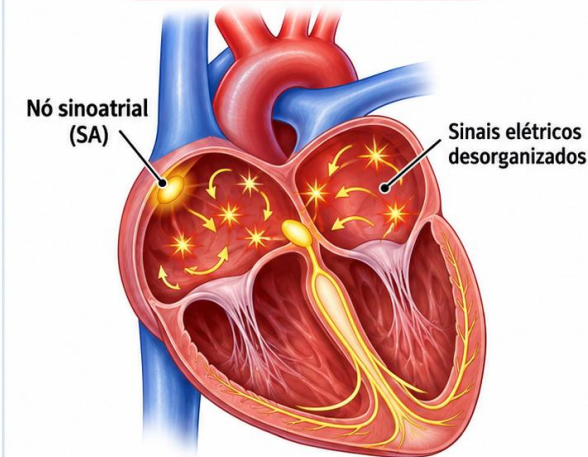


Ritmo sinusal normal



- ✓ Ritmo regular
- ✓ Ondas P presentes

Fibrilação atrial



Fibrilação atrial



- ✗ Ritmo irregular
- ✗ Ausência de ondas P definidas

Palpitação + síncope = alto risco.

Semiologia das palpitações

Regularidade e modo de início sugerem mecanismos diferentes.

Extrassístoles

“Falha” ou tranco
no peito
Segundos
Piora em
repouso/ansieda
de

TSV

Início e fim
súbitos
Rápida e regular
Pode responder a
manobras vagais

FA

Irregularmente
irregular
Duração variável
Pode vir com
dispneia/fadiga

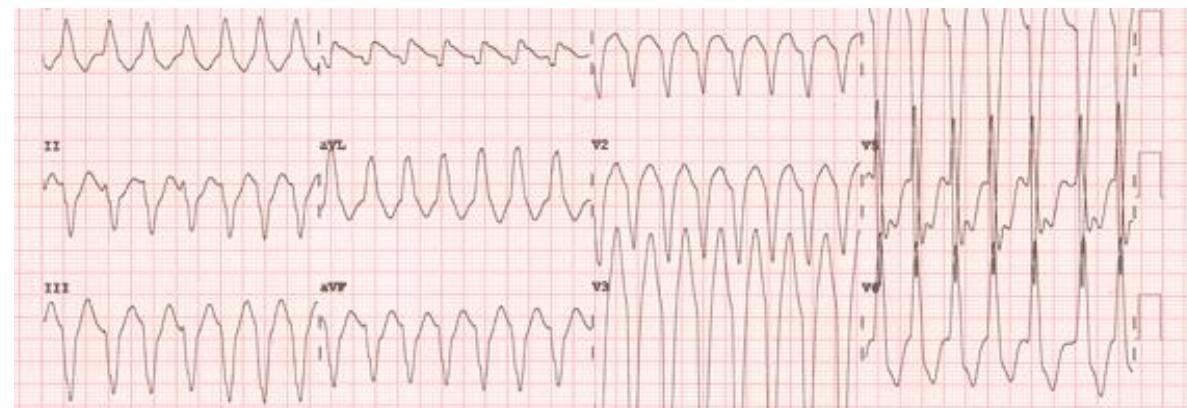
Sinusal

Início gradual
Contexto: febre,
dor, anemia,
tireoide,
ansiedade

Quando palpitação preocupa?

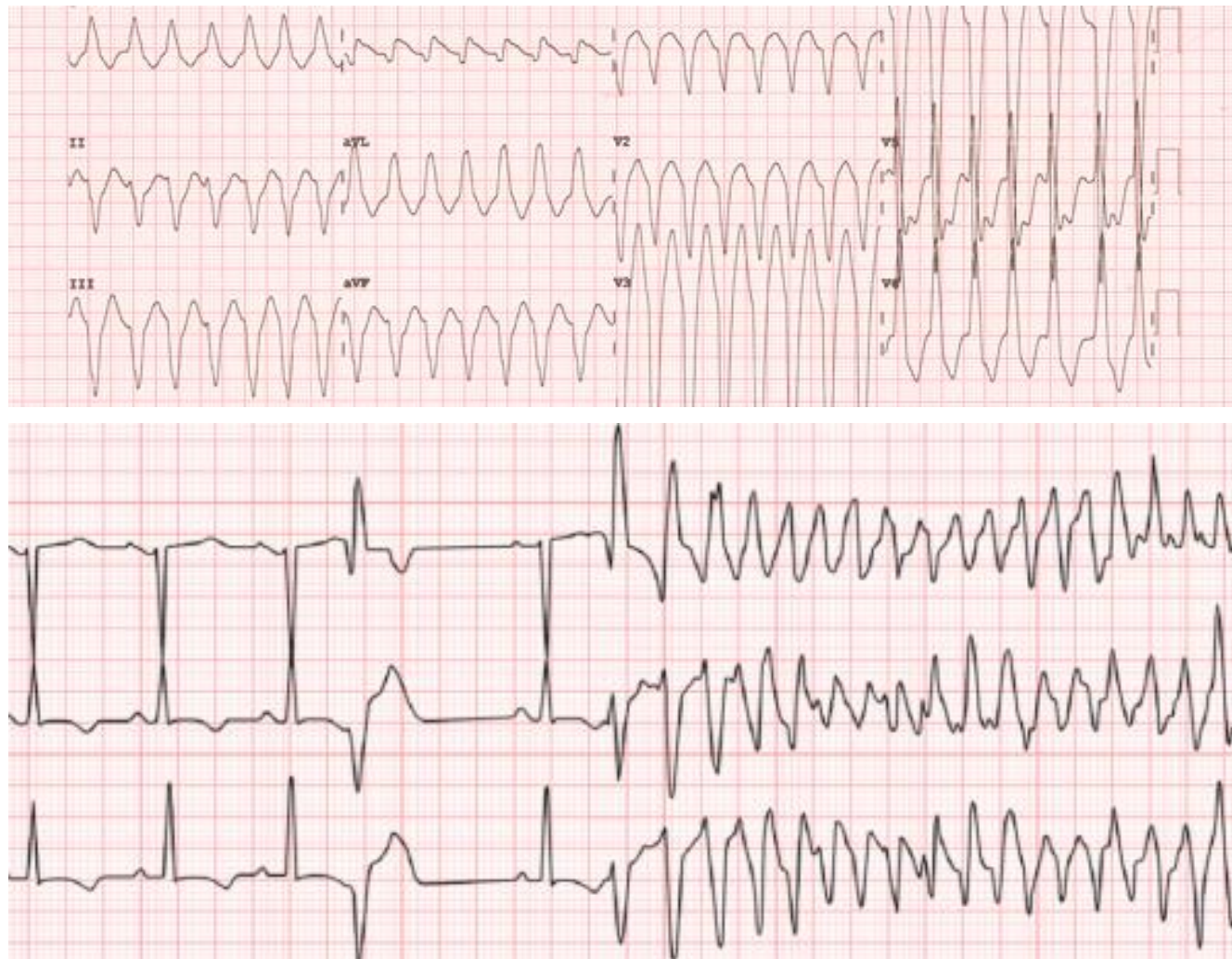
Sintomas associados têm mais valor do que a ansiedade do paciente ou do médico.

- Síncope ou pré-síncope.
- Dor torácica ou dispneia importante.
- Cardiopatia estrutural conhecida.
- História familiar de morte súbita.
- Taquicardia persistente ou irregularidade sustentada.
- Uso de fármacos ou drogas pró-arrítmicas.



Nunca reduzir palpitação a ansiedade antes de caracterizar o ritmo e pesquisar red flags.

PALPITAÇÕES



Palpitação + síncope → alto risco.

Exame cardiovascular orientado pela síndrome

A anamnese define onde o exame deve ser mais cuidadoso.

Inspeção cianose, dispneia, turgência jugular, ictus visível

Palpação ictus, frêmitos, pulsos, perfusão

Ausculta bulhas, sopros, atrito, ritmo de galope

Periferia edema, baqueteamento, assimetria de pulsos

O exame físico não vem depois do raciocínio. Ele faz parte do raciocínio.

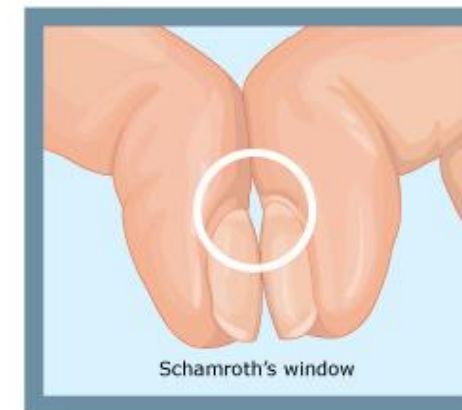
Sinais periféricos que conversam com o coração

Semiologia cardíaca também está nas mãos, pele, pescoço e pulsos.

- Baqueteamento digital: doença pulmonar crônica, cardiopatia cianótica, neoplasias e outras causas.
- Edema: distribuição, cacifo, simetria e relação com dispneia.
- Cianose: central versus periférica.
- Pulsos: amplitude, ritmo, simetria e atraso.
- Jugular: janela para pressão venosa sistêmica.



- ✓ **Perda da janela de Schamroth**
- ✓ **Ângulo ungueal > 180°**
- ✓ **Associado a doença pulmonar, cardíaca e neoplásica**



Erros comuns na anamnese cardiovascular

O que mais atrapalha o raciocínio semiológico.

Perguntar só “tem dor?”

substitua por caracterização completa

Pedir exame antes da hipótese

o exame deve responder uma pergunta clínica

Confundir ausência de dor com baixo risco

idosos, mulheres e diabéticos podem apresentar sintomas atípicos

Ignorar tempo de evolução

agudo, subagudo e crônico mudam o diagnóstico

Atribuir a ansiedade cedo demais

ansiedade pode coexistir com arritmia ou isquemia

Algoritmo mental da aula

Um roteiro simples para qualquer uma das quatro síndromes.



Queixa → síndrome → padrão → risco → hipótese.

RED FLAGS

- ➔ Dor torácica
- ➔ Síncope durante exercício
- ➔ Dispneia progressiva
- ➔ Palpitação com instabilidade



Sala Vermelha

