

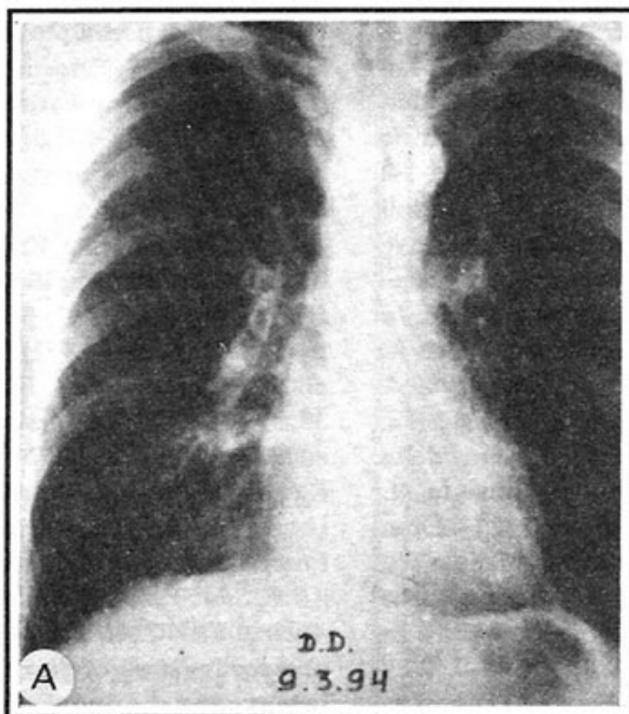
Síndrome Intermediária

A primeira vez que tomamos conhecimento da Síndrome Coronária Intermediária, também conhecida como angina instável ("unstable angina"), angina clássica, insuficiência coronária aguda, angina pré-infarto ou angina crescente, foi através de meu amigo-cardiologista e meu cardiologista amigo, Jorge Nader.

Como todos sabem, na angina verdadeira permanente, ("stable angina") o paciente costuma relatar crises frequentes de dor precordial, com maior ou menor irradiação, que surge espontaneamente ou após esforços, emoções fortes, refeições copiosas e condições atmosféricas adversas como rajadas de ar frio frontais e fortes.

Entre esse estado de angina aguda bem caracterizada ("stable angina") e infarto do miocárdio, existe o quadro de "unstable angina" também conhecido como Síndrome Coronária Intermediária. Tal designação se aplica àqueles pacientes que compõem um grupo de casos com a mesma sintomatologia, que os autores dividem em sub-grupos de prognósticos variáveis: 1) aqueles sujeitos à angina aos menores esforços; 2) os que a referem em repouso ou mesmo durante o sono; 3) casos em que a dor não melhora rapidamente com nitroglicerina; 4) os que pioram rapidamente nos dias subsequentes, alguns evoluindo para infarto (M. Sokolow e M.B. Mc Ilroy).

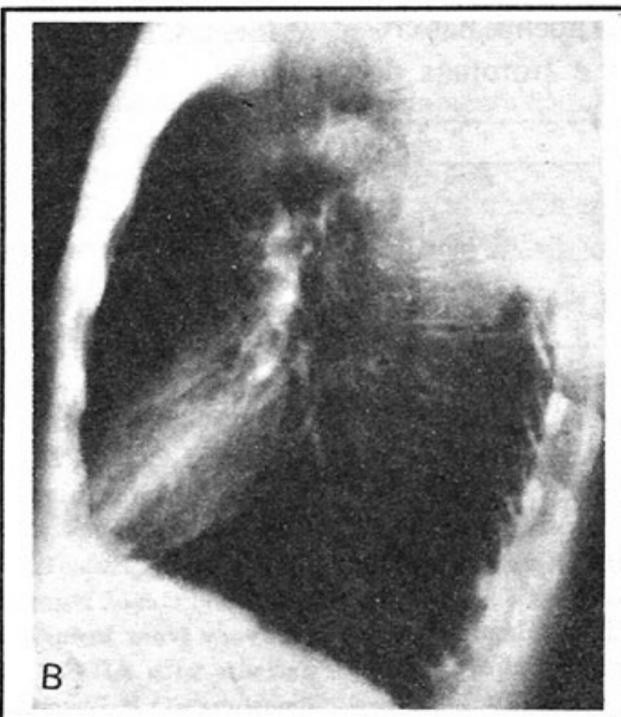
O relato dessas duas situações clínicas é para justificar esta publicação. Sempre nos surpreendemos com aqueles pacientes que "nel mezzo el camin di nostra vita" eram grandes fumantes (alguns em cadeia) com discretas "reclamações" respiratórias, meio vagas, pouco enfáticas, desimportantes à primeira análise, como: tosse matinal, com pouca secreção, acompanhada de um certo cansaço. Referiam ainda que, após fumar um cigarro, sentiam-se aliviados, uma vez que após tais crises eliminavam alguma secreção. Na opinião deles, café quente seguido de uma ou duas tragadas tinham ação expectorante. Resfriados estavam se tornando cada vez mais frequentes e duradouros. Também começavam a notar certa dificuldade em caminhar um pouco mais rápido. Subir alguns degraus de escada começava a lhes tornar penoso. Nessas ocasiões, o exame clínico do aparelho respiratório era normal. Suas radiografias exibiam trama broncovascular reduzida, e as hemicúpulas diafragmáticas tornavam-se retificadas, perdendo sua convexidade (enfisema pan-acinar?). Na ocasião, as provas funcionais pulmonares tradicionais eram normais. É nessa hora, que o paciente está entrando na faixa perigosa da doença obstrutiva, embora reversível e por isso "curável" - aquela que propomos denominar de "Síndrome Intermediária da DPOC" por similari-



dade com a "Síndrome Intermediária do Infarto do Miocárdio".

Tal discordância entre a radiologia e a clínica sempre nos surpreendeu. Houve época em que os radiologistas foram duramente criticados pela facilidade com que faziam diagnóstico de enfisema pulmonar, baseados apenas no exame radiológico. Parece que hoje esse pequeno pecado venial nem sempre lhes pode ser imputado. A nosso ver, o que realmente acontece é que, a aparente discrepância entre a clínica, os Raios X e as provas de função pulmonar não existe. Sabe-se hoje que só provas funcionais mais finas, que utilizam aparelhos sofisticados e gás Hélio (injustificadas na prática) realizadas em tais pacientes seriam capazes de revelar precocemente alterações da histoarquitetura broncopulmonar, principalmente no que diz respeito às pequenas vias. Seria quase como exigir um diagnóstico histopatológico baseado num método não invasivo ou diagnosticar um carcinoma "in situ" sem microscópio.

As radiografias de frente e perfil que acompanham o texto são de um paciente portador de "Síndrome Intermediária da DPOC" - 45 anos, fumante há mais de 20, sem queixas respiratórias, com exame



físico normal. O laudo radiológico referia a presença de enfisema pulmonar difuso com formações reticulares comprometendo simetricamente ambas as bases. O aspecto das alterações pulmonares tem se mantido inalterados em todos os controles radiográficos caracterizando lesão intersticial difusa crônica. Observar em A) pobreza de trama e a redução das ima-

gens hilares; em B) é patente a retificação das hemicúpulas diafragmáticas e a hipertransparência ocupando toda a região retroesternal e aumento acentuado do diâmetro antero-posterior. Nosso intuito, obviamente, está fora de qualquer pretensão, tentando sequer longinquamente descrever uma nova síndrome. Queremos sim, lançar mais um alerta no tratamento da DPOC, isto é, suprimindo profilaticamente o agente etiológico número um, incontestavelmente, o fumo do tabaco. Assim, a síndrome intermediária da DPOC estaria para o pulmão como a Síndrome Coronária Intermediária estaria para o coração. "Si non n'e vero é bene trovato".

Affonso Berardinelli Tarantino
Da Academia Nacional de Medicina

Rio de Janeiro, Maio de 1994