

---

## RELATO DE CASO

---

### *Síndrome Cardíaca X*

Miguel Moretti<sup>1</sup>, Marcelo P. Moretti<sup>2</sup>, Jordana Daltrozo<sup>3</sup>

#### Resumo

Embora sua etiologia permaneça desconhecida e diversos mecanismos têm sido considerados, a Síndrome Cardíaca X se caracteriza por uma exagerada resposta constritora dos vasos coronarianos. Apresenta-se com dor precordial típica e achados isquêmicos na cintilografia miocárdica ou no teste de esforço. A cinecoronariografia não mostra placas de ateroma clinicamente significativas.

Descrevemos o caso de uma paciente feminina, branca, 60 anos, com hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias, com achados clínicos e complementares sugestivos da Síndrome Cardíaca X; suas manifestações clínicas e sua importância no diagnóstico diferencial de dor precordial.

**Descritores:** 1. *Síndrome Cardíaca X*;  
2. *Doença da Microcirculação*;  
3. *Dor Precordial*.

#### Abstract

Although its etiology remains unknown and several mechanisms have been considered, Cardiac Syndrome X is characterized by an exaggerated constriction response of the small coronary vases. It's showed as a typical precordial pain and ischemic findings in myocardial perfusion scintigraphy and in treadmill exercise test. Coronary angiography didn't show clinically significant atherosclerotic plaques.

We describe a case of a 60 year-old female white patient with arterial hypertension, dyslipidemia with clinical and complementary findings suggestives of cardiac syndrome X case; its clinical manifestations and importance in the differential diagnosis of precordial pain.

**Keywords:** 1. *Cardiac Syndrome X*;  
2. *Microvascular Disease*;  
3. *Precordial Pain*.

---

<sup>1</sup>Médico Cardiologista do Hospital São José e Prof. de Cardiologia - UNESC - Criciúma - SC.

<sup>2</sup>Acadêmico de Medicina - UNESC - Criciúma - SC.

<sup>3</sup>Médica Residente em Clínica Médica - Hospital São José - Criciúma - SC.

## Introdução

Descrita pela primeira vez por Kemp, a Síndrome Cardíaca X se caracteriza por dor precordial típica, achados isquêmicos na cintilografia miocárdica ou no teste de esforço, e cinecoronariografia normal <sup>1,2</sup>.

A origem da dor torácica é desconhecida, embora diversos mecanismos tenham sido aventados. Disfunção endotelial, doença da microcirculação, ativação plaquetária, disfunção autonômica e anormalidades na reserva coronária são alguns deles <sup>3</sup>. Outros fatores envolvidos incluem produção miocárdica de lactato, irregularidades hormonais, sinais precoces da função ventricular esquerda anormal, resistência à insulina ou anormalidade na percepção da dor visceral <sup>4,5</sup>. Nível sérico elevado de proteína C reativa sugere haver papel inflamatório na patogenia da disfunção endotelial <sup>6</sup>.

Esses pacientes têm uma exagerada resposta dos vasos coronarianos ao estímulo vasoconstritor. Imagens de ressonância magnética cardiovascular demonstraram hipoperfusão subendocárdica durante a administração intravenosa de adenosina, o que foi associado com intensa dor torácica <sup>7</sup>.

O prognóstico desses pacientes é excelente, com sobrevida de 96% em 7 anos quando as coronárias são normais, e 92% se ocorre obstrução coronariana menor que 50% <sup>8</sup>. No entanto, alguns pacientes com dor anginosa e coronárias normais podem evoluir para infarto do miocárdio, morte súbita e limitação das atividades habituais.

O objetivo deste trabalho é chamar a atenção para a presença de Síndrome Cardíaca X como causa de dor precordial.

## Relato de caso

Paciente feminina, branca, 60 anos, religiosa, apresenta dor precordial em queimação e dispnéia aos grandes esforços há 1 ano, ambas aliviadas com o repouso em 2 minutos. Ao exame físico: bom estado geral, lúcida, orientada, coerente, corada, hidratada, aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações, PA de 160/100 mmHg, abdome e membros inferiores sem alterações.

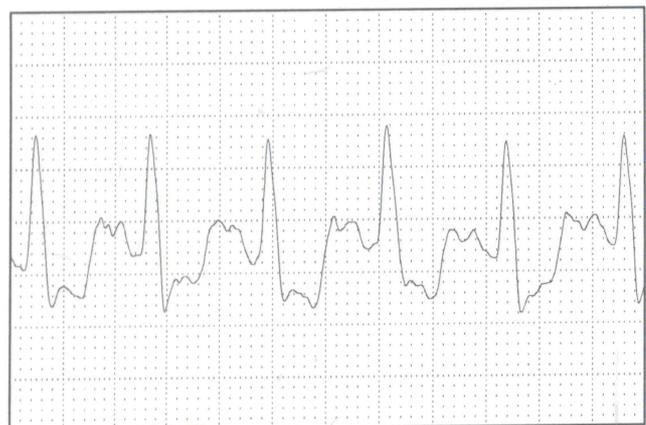
História familiar de HAS, diabete melito (DM), infarto agudo do miocárdio (IAM) e hipercolesterolemia. Hemograma e leucograma normais. Função renal e eletrólitos normais. Colesterol total 271 mg/dL, triglicérides 231 mg/dL, HDL colesterol 38 mg/dL.,

glicemia 83 mg/dL, TSH 1,55 uUI/mL, T4 1,20 ng/dL., PCR ultra-sensível normal de 0,18 mg/dL. Eletrocardiograma em repouso normal.

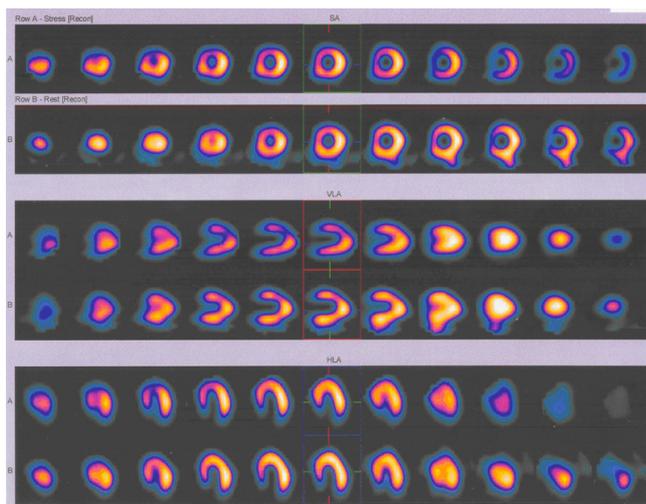
Com o quadro de HAS prévia não tratada e dislipidemias, esta paciente apresenta queixa clínica de dor precordial, precipitada pela atividade física, de curta duração, e com alívio em repouso, nos leva a pensar, inicialmente, em um quadro de angina estável, na maioria das vezes associada à cardiopatia aterosclerótica. Foi prescrito nitrato para alívio da dor, seguindo-se de avaliação complementar.

O ecocardiograma mostrou disfunção diastólica do ventrículo esquerdo do tipo I (relaxamento alterado) e função sistólica normal com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 67%. Espessuras e diâmetros cavitários normais. O teste ergométrico mostrou infradesnível de 0,5 mV do ponto J, com FC submáxima de 135 bpm preconizada para a idade, 3,4 mph, 14% de inclinação (fig.1). A cintilografia miocárdica com Tetrofosmin – 99mTc mostrou hipoperfusão do segmento apical da parede ântero-septal do VE com reversão parcial em repouso (fig.2). A angiografia coronariana não apresentou placas de ateroma ou qualquer outra irregularidade parietal.

**Figura 1:** ECG durante esforço



**Figura 2:** Cintilografia miocárdica



## Discussão

A Síndrome Cardíaca X está presente em um subgrupo de pacientes que apresentam dor precordial tipicamente anginosa. Aproximadamente 10 a 20% destes indivíduos apresentam teste de esforço ou cintilografia miocárdica anormal. Quando submetidos à cinecoronariografia evidenciam artérias normais ou lesões ateroscleróticas pouco significativas.

Fatores de risco para doença arterial coronariana, como obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e tabagismo, freqüentemente estão presentes nesses pacientes. Esta síndrome é mais comum em mulheres na pós-menopausa, o que leva a considerar também uma possível relação com deficiência estrogênica.

Fatores emocionais também são desencadeantes de dor torácica. Pacientes com Síndrome Cardíaca X são mais ansiosos que os com doença arterial coronariana; apresentam alto escore de eventos psicológicos precedendo o início da dor, dificuldade de relacionamento familiar e social, inibição na expressão das emoções, alta incidência de distúrbio do pânico e de distúrbios depressivos<sup>8</sup>.

O exame clínico é normal na maioria das vezes. Embora a dor possa ser incapacitante, interferindo na qualidade de vida desses pacientes, a resposta isquêmica ao exercício não altera seu excelente prognóstico<sup>9,10</sup>.

Apesar de não apresentar sintomas depressivos ou de ansiedade, a paciente possui hipertensão arterial e dislipidemia, além de se enquadrar no grupo de mulheres na pós-menopausa.

A manifestação clínica, o teste de esforço e a cintilografia miocárdica evidenciando isquemia

miocárdica, e a cinecoronariografia sem qualquer placa de ateroma ou irregularidades parietais, mostraram tratar-se de um caso de Síndrome Cardíaca X.

Quando a isquemia é demonstrada em exames não invasivos, o uso de betabloqueadores e nitratos normalmente é ineficaz. O uso de bloqueadores de canais de cálcio tem bons resultados, com melhora dos sintomas e da tolerância aos exercícios<sup>10</sup>.

Conclui-se que a Síndrome Cardíaca X muitas vezes se confunde com uma doença aterosclerótica. Uma melhor elucidação do paciente com dor precordial o beneficiará com uma opção terapêutica eficaz e, conseqüentemente, com uma maior qualidade de vida.

## Referências bibliográficas:

1. Kemp HG Jr. Left ventricular function in patients with the anginal syndrome and normal coronary arteriograms. *Am J Cardiol.* 1973; 32:375-6.
2. Sem N, Tavit Y, Yazc HU, Abacl A, Cengel A. Coronary blood flow in patients with cardiac syndrome x. *Coronary artery disease.* 2007; 18: 45-8.
3. Solimene MC, Lage SG, Ramires JAF. Insuficiência coronariana em pacientes com coronárias normais. A persistência de um desafio. *Arq Bras Cardiol.* 1993; 60(4): 265-8.
4. Boudoulas H, Cobb TC, Leighton RF, Wilt SM. Myocardial lactate production in patients with angina-like chest pain and angiographically normal coronary arteries and left ventricle. *Am J Cardiol.* 1974; 34: 501-5.
5. Asbury EA, Creed F, Collins P. Distinct psychosocial differences between women with coronary heart disease and cardiac syndrome x. *Eur Heart J.* 2004; 25: 1695-701.
6. Espliguero RA, Mollichellii N, Avanzas P, Zouridakis E, Newey VR, Nassiri DK et al. Chronic inflammation and increased arterial stiffness in patients with cardiac syndrome x. *European Heart Journal.* 2003; 24: 2006-11.
7. Panting JR, Gatehouse PD, Yang GZ, Grothues F, Firmin DN, Pennell DJ. Abnormal subendocardial perfusion in cardiac syndrome x detected by cardiovascular magnetic resonance imaging. *N Engl J Med.* 2002; 346 (25): 1948-53.
8. Rosen SD. Hearts and minds: psychological factors and the chest pain of cardiac syndrome x. *Eur Heart J.* 2004; 25: 1672-4.

9. Rosano GMC, Collins P, Kaski JC, Lindsay DC, Sarrel PM, Poole-Wilson PA. Syndrome x in women is associated with estrogen deficiency. Eur Heart J. 1995; 16: 610-4.
10. César LAM e cols. Angina Instável. SOCESP Cardiologia. 1996; 2: 452-62.

**Endereço para correspondência:**

Miguel Moretti

Rua Urussanga, 140 – Criciúma – SC

CEP: 88810-000

E-mail: mmoretti@cardiol.br.