

THIAGO ALEXANDRE FERREIRA PIRES – HOSPITAL CAXIAS D’OR; DANIELA BELSITO SANGIOVANNI – HOSPITAL CAXIAS D’OR; PRISCILLA GROETAERS CASTRO E SILVA – HOSPITAL CAXIAS D’OR; ARMINDO DA LUZ MATHEUS JUNIOR – HOSPITAL CAXIAS D’OR; HUGO ANDRADE SANTOS - HOSPITAL CAXIAS D’OR

57358 – SÍNCOPE: RACIOCÍNIO CLÍNICO EM CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Introdução

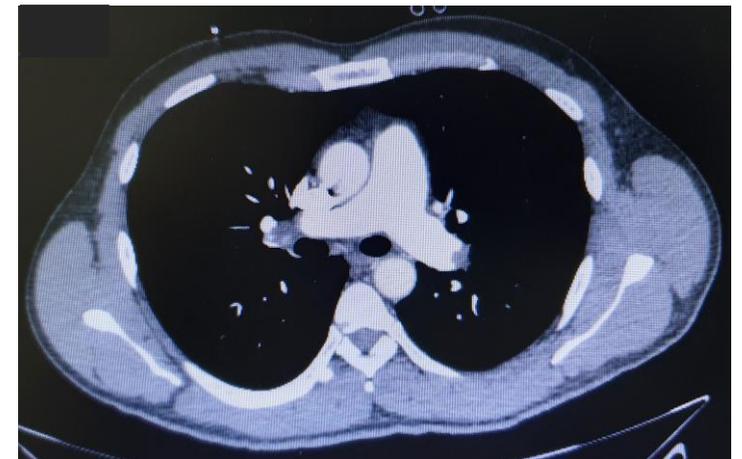
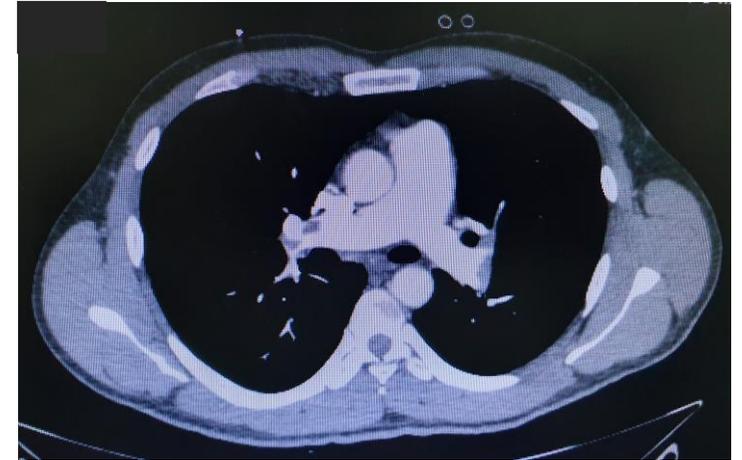
Síncope é a perda transitória de consciência é causada por um período de hipoperfusão cerebral. É importante reconhecer os pacientes de baixo risco que merecem somente medidas educativas e os de alto risco que merecem investigação e hospitalização. Quadros sincopais de baixo risco estão associados à presença de pródromos ou fatores desencadeantes. Quadros de alto risco são relacionados à dor torácica, dispneia, durante esforço físico e palpitações. Outros fatores de alto risco são a presença de doença cardíaca estrutural, ausência de pródromos, trauma associado. O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma das causas de síncope e sua frequência varia entre 2-17% dos casos. O TEP se apresenta com dispnéia, dor pleurítica, taquipneia. O TEP pode levar ao aumento pressórico nas câmaras cardíaca direitas e disfunção ventricular.

Caso clínico

Paciente masculino, 46 anos, caminhoneiro, sem comorbidades, com relato de trauma em região frontal com ferimento corto-contuso, a pós episódio de síncope sem pródromos. Nega história prévia de síncope ou outros sintomas. Relato de viagem longa de caminhão. Exame físico: Paciente discretamente taquipneico. Exame físico sem alterações PA:110x70 mmHg FC:110 bpm SatO₂:93%. ECG sem alterações expressivas. Rx de tórax dentro da normalidade. Exames laboratoriais: troponina fracamente positiva, D-dímero e BNP elevados. TC de crânio e face evidenciando múltiplas fraturas de face. Doppler venoso de MMII evidenciou trombose venosa profunda bilateral. ECOTT apresentou VD com aumento de seus diâmetros, com sobrecarga de VD, disfunção grave de VD. Aventada a hipótese de embolia pulmonar, foi submetido à angioTC de tórax que evidenciou TEP bilateral. Iniciada anticoagulação plena com heparina não fracionada. Após 7 dias apresentou normalização da função de VD. Submetido posteriormente à abordagem cirúrgica das fraturas, tendo alta após 14 dias de internação.

Conclusões

É extremamente importante valorizar a história clínica e critérios de alto risco que são associados a uma maior mortalidade. Neste relato, o paciente apresentava somente sua profissão de caminhoneiro e história de viagem prolongada como fatores de suspeição para diagnóstico de trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Apresentava score de Wells de baixa probabilidade. O raciocínio clínico sempre deve prevalecer, não devendo ficar restrito apenas à escores e diretrizes.



Referências bibliográficas

- B Taylor Thompson, MD. Overview of acute pulmonary embolism in adults Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com>
- Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J 2018.
- Shen W.-K., Sheldon R.S., Benditt D.G., et al. (2017) 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology Foundation, American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol
- Martins, Herlon Saraiva. Medicina de Emergência: Abordagem Prática / Herlon Saraiva Martins, Rodrigo Antonio Brandão Neto, Irineu Tadeu Velasco. - 12. ed. rev. e atual. – Barueri, SP : Manole, 2017.