

# Síncope como apresentação inicial de tromboembolismo pulmonar submaciço na emergência.

## Relato de Caso. ID 64045

JEFERSON FREIXO GUEDES<sup>1</sup>, ADOZINA MARQUES DE SOUZA NETA<sup>2</sup>, AUGUSTO DAS NEVES AZEVEDO<sup>2</sup>, MARIA EDUARDA DO VALE PADILHA<sup>2</sup>, LIZ GUERRA PINTO<sup>2</sup>, DEBORA RIMES ALT<sup>2</sup>, LETICIA NOLASCO FONSECA MARTINS<sup>3</sup>, NICOLE ARONOVICH<sup>3</sup>.

1- Chefe do Serviço de Cardiologia e ecocardiografista do Hospital Municipal Miguel Couto; Cardiologista do ambulatório de doença coronariana do Hospital Federal de Bonsucesso; Professor auxiliar de ensino da Fundação Técnico Educacional Souza Marques 2-Residentes de Clínica Médica do Hospital Municipal Miguel Couto.

3-Internas da Fundação Técnico Educacional Souza Marques.

Contato: freixojf@gmail.com

**Introdução:** O Tromboembolismo pulmonar (TEP) constitui entidade nosológica com grande potencial de mortalidade na ausência de diagnóstico e tratamento adequados. A apresentação clínica é ampla, variando de casos oligossintomáticos ao choque circulatório de rápida instalação e potencial para o óbito. Os principais achados clínicos envolvem: cansaço, fadiga, dor torácica, que pode ser pleurítica ou retro-esternal, dispnéia, taquicardia, hipoxemia e febre sendo comumente observado início súbito dos sintomas. O TEP deve ser considerado como etiologia de síncope em unidades de emergência, sobretudo, em pacientes com fatores de risco e ausência de identificação de outra etiologia. Conforme Prandoni *et al*, em 2016, dentre 560 pacientes internados por síncope em 11 hospitais Italianos, identificou-se TEP em 17,3% (97 pacientes) e em 25,4% (52 de 205 pacientes sem outra etiologia alternativa para a síncope).

**Relato de Caso:** Paciente de 75 anos sem comorbidades foi admitido por síncope sem pródomos, com curta duração, negando dispnéia, dor torácica e outras queixas. Eletrocardiograma com ritmo sinusal e bloqueio completo de ramo direito. Ao exame: oximetria de 96%, FC: 104 bpm, PA: 100 x 62 mmHg, ausculta respiratória discretamente reduzida em bases sem ruídos adventícios, discreto edema de membros inferiores. Avaliado pela Cardiologia, realizou ecocardiograma que demonstrou: disfunção sistólica grave do ventrículo direito (VD), função sistólica global do VE normal com retificação sistólica do septo interventricular e veia cava inferior congesta. Diante da alteração ecocardiográfica, síncope e padrão eletrocardiográfico considerou-se a possibilidade de TEP. O mesmo examinador complementou o ecocardiograma com doppler de membros inferiores, identificando trombose venosa profunda com trombo móvel femoropoplíteo. Angiotomografia de tórax com TEP submaciço em artéria pulmonar direita. PCR-RT negativo para SarsCOV2 e troponina normal. Classificação de risco IV no *Pulmonary Embolism Severity Index (PESI)*, sendo iniciado enoxiparina em dose plena, mantida por 10 dias. Alta hospitalar clinicamente estável em uso de anticoagulação oral atualmente em seguimento ambulatorial.

**Conclusões:** A relevância deste caso fundamenta-se na importância da elevada suspeição diagnóstica e na identificação de TEP submaciço (com disfunção sistólica do VD e volumoso trombo móvel femoropoplíteo à direita), como apresentação inicial de síncope na emergência.

