

Síncope como apresentação inicial de tromboembolismo pulmonar submaciço na emergência. Relato de Caso.

ADOZINA MARQUES DE SOUZA NETA, JEFERSON FREIXO
GUEDES, AUGUSTO DAS NEVES AZEVEDO, MARIA EDUARDA DO VALE
PADILHA, LIZ GUERRA PINTO, DEBORA RIMES ALT, LETÍCIA NOLASCO
FONSECA MARTINS e NICOLE ARONOVICH

Hospital Municipal Miguel Couto, Rio de Janeiro, RJ, BRASIL.

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 pródromos, 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. Recebeu 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.