

Dispneia Subvalorizada

— Almeida Nunes* —

O objetivo desta rubrica é apresentar um caso cujo interesse seja eminentemente de índole prática, que possa ajudar na clínica do dia a dia. Não tanto pela sua raridade, mas mais por algo de singularidade que deva ser enfatizado. Não se pretende um caso académico mas bem antes, pelo suposto da denominação, um “flash” clínico. É ainda uma forma singela, mas sentida, de reeditar este conceito, havido no serviço de Medicina do Hospital de Santa Marta, em Lisboa, ao tempo do Dr. Carlos George, seu inesquecível Diretor Clínico à época.



Dr. Almeida Nunes

O presente postal clínico, é isso mesmo: um postal! Sucinto, objectivo, mas com mensagem clara e de relevância clínica.

Apresento uma mulher de 79 anos. Leucodérmica. Com história antiga de epilepsia, medicada com valproato de sódio, 500 mg/2x ao dia, terapêutica que cumpre, estando livre de sintomatologia desde longa data. Histerectomia prévia aos 38 anos por mioma.

Conta na véspera da presente observação ter recorrido ao SU por agravamento de dispneia que se tinha vindo a instalar de forma gradual nos últimos dias. No SU, foram efectuados MCDT vários, dirigidos acima de tudo para eventual Síndrome Coronário Agudo (SCA).

As enzimas cardíacas foram normais, NT pró-BNP elevado. Gasimetria arterial com hipoxemia moderada e hipocapnia ligeira. ECG revelou taquicardia, sem outras alterações aparentes. O Ecocardiograma revelava uma função sistólica diminuída, com PSAP (pressão sistólica da artéria pulmonar) = 62 mm Hg.

Perante este quadro foi colocado o diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, tendo sido medicada com bisoprolol em dose baixa e furosemido e com indicação para ser seguida em consulta de Cardiologia.

Era esta a história que a doente (mais a filha acompanhante), dada a dificuldade em falar, por cansaço extremo, apresentava.

Taquicárdica, ansiosa, francamente dispneica, com ligeiros fervores nas bases. AC com sopro de esclerose aórtica grau II/VI na base. Engurgitamento jugular moderado com o decúbito, hepatomegália de 2 dedos dolorosa.

No ECG de repetição, mantinha a taquicardia já referida, sem sinais eléctricos de SCA. Apesar de não haver clínica de TVP (trombose venosa profunda), foi posta a hipótese de TEP (tromboembolismo pulmonar).

Optámos por iniciar de imediato anticoagulação oral (ACO). Na decisão entre a varfarina e os NOACs, escolhemos estes pela rapidez de acção (temos o doente anticoagulado ao fim de pouco tempo). A nossa escolha recaiu no Apixabano pela sua eficácia e segurança (no ensaio AVERROES as hemorragias não foram superiores às do comparador: aspirina!). Iniciámos a dose indicada: 10 mg, 2x ao dia, durante 7 dias, seguidos dos 5mg, 2x ao dia.

Foi feita colheita para D Dímeros e pró-BNP entre outros. Na Figura 1 podem ver-se os valores elevados de ambos. A sensibilidade dos D dímeros na embolia pulmonar é \geq a 95%. A doente foi encaminhada para internamento, onde

HEMATOLOGIA		Idade:	75 Anos	Data de colheita:	17-04-2017
FIBRINÓLISE		N.º Inscrição:	CJ16504 / 6926891	Data de emissão:	18-04-2017
	Resultado	Unidades	Valores de Referência	Pág. 3 / 3	
Dímeros D da Fibrina (D-Dímero) (Ensaio Fluorimétrico)	1217.42	ng/ml	< 500.00		
Resultado confirmado por duplo ensaio na mesma amostra.					
PATOLOGIA QUÍMICA					
BIOMARCADORES CARDÍACOS					
Pro-BNP (Péptido Natriurético) (Imunoensaio de Repetição Rápida)	2286.0	pg/ml	Sem Insuficiência Cardíaca Crónica (ICC):		
			< 75 Anos:	< 125 pg/mL	
			\geq 75 Anos:	< 450 pg/mL	
			Sem Insuficiência Cardíaca Aguda (ICA):	< 300 pg/mL	
Resultado confirmado por duplo ensaio na mesma amostra.					

FIGURA 1 - Resultados dos D Dímeros e do Pró-BNP.

(continua na página 22...)

* Especialista em Medicina Interna. Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa. CLIMI, Lisboa.

Dr. Almeida Nunes - Para finalizar uma questão generalista: Divã sim ou não e quando?

Dra. Isa Silvestre - O Divã, não! A abordagem Psicanalítica, sim! A Psicanálise pode ser útil

quando a pessoa procura um (profundo e prolongado) autoconhecimento. A Psicanálise é um processo longo, realmente não é algo que pode ocorrer em um ou dois meses, porém os

resultados são significativos para quem tem a oportunidade de se entender e de se relacionar melhor com o mundo. Resumidamente, é preciso tempo e dinheiro. ▲

POSTAL CLÍNICO · CLINICAL POSTCARD

Dispneia Subvalorizada

(...continuado da página 19)

fez Angio TAC pulmonar que confirmou embolia pulmonar (Figura 2).

► **DISCUSSÃO DO CASO**

O TEP é subestimado e subdiagnosticado não raramente, em particular quando não há história de TEV (como acontece neste caso). A função sistólica diminuída, a negatividade laboratorial para os parâmetros da necrose do miocárdio, levou ao diagnóstico de insuficiência cardíaca, ponto!

Foi esquecido o TEP, não foram pedidos D Dímeros, e o ECG também não ajudou: para além de não mostrar alterações de supra de ST, também não evocava alguns dos sinais de alerta para TEP: S1Q3, onda T invertida de V1 a V4.

O que chama atenção clínica para o caso é o aparecimento subagudo do quadro com agravamento muito rápido da dispneia e perante a suspeita os D dímeros têm importância, assim como o iniciar rapidamente ACO e/ou heparinização pode ser *life saving*, como no caso emergente em que a doente está bem, mantendo o ACO e... a medicação para a sua disfunção sistólica.

Na ausência de TEV, a doente, foi estudada quanto à hipótese de neoplasia oculta, trombofilia, tendo tudo sido negativo!

A fibrinólise, é uma arma terapêutica a ponderar nalgumas situações.

O diagnóstico diferencial do TEP é vasto: *Pneumonia, Asma, DPOC; Pericardite; Insuficiência Cardíaca congestiva; Pneumotórax; Ansiedade; SCA.*

Duas notas a reter:

– A TAC, nomeadamente a espiral tem vindo a substituir cada vez mais a clássica cintigrafia de

perfusão/ventilação. Um clássico no diagnóstico de TEP!

– A segunda e mais importante: mesmo na ausência de dor e evidência de TEV, num doente com dispneia, taquicardia, ansiedade, o diag-

nóstico de TEP deve ser colocado e justifica-se iniciar anticoagulação sem demoras.

Os NOACs são pela rapidez de acção, eficácia e segurança uma excelente escolha. ▲

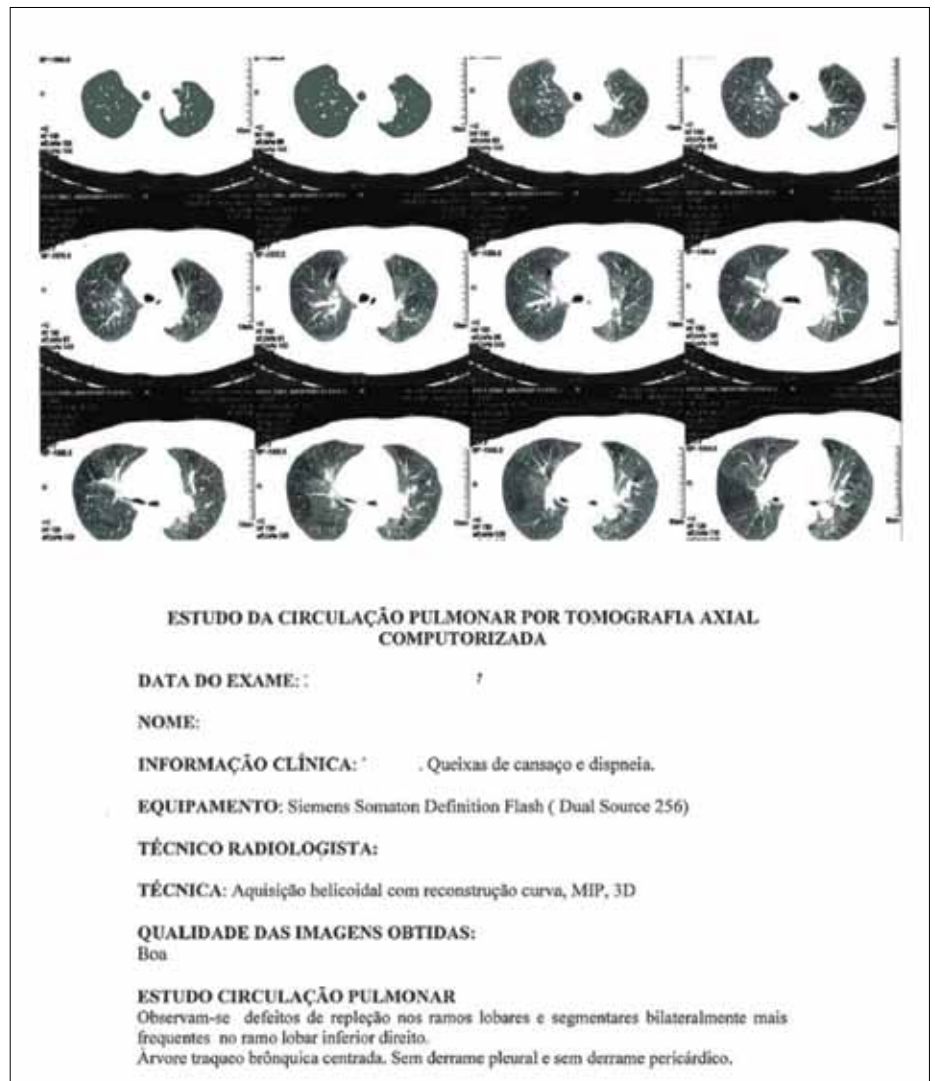


FIGURA 2 - Resultados da Angio TAC pulmonar.