

Relatos Casos Clínicos

PO - (UM17-1338) - UM CASO DE OMALGIA COM EVOLUÇÃO INESPERADA

Inês Andrade Rosa¹; Rebeca Martins Natal¹; Cecília Cardoso Coelho¹

1 - USF Cova da Piedade

O Médico de família (MF) lida com a doença na sua fase inicial, sendo muitas vezes confrontado com sintomas que, na sua evolução, podem revelar-se indicativos de outras patologias menos prováveis. O caso descrito torna-se relevante pela forma de apresentação atípica e gravidade da patologia em questão.

Mulher de 45 anos, educadora de infância, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial (diagnóstico em 2007, medicada e controlada), tabagismo ativo (6 cigarros/dia, carga tabágica 7 UMA) e perturbação depressiva. Medicada habitualmente com Lercadinipina, Bisoprolol e Sertralina. Pai hipertenso, falecido aos 72 anos por doença coronária. Recorreu à consulta por omalgia direita com 5 dias de evolução, contínua com picos de intensidade máxima 7/10, com irradiação à palma da mão ipsilateral, de agravamento em decúbito e alívio com o ortostatismo e anteflexão do tronco. Não apresentava outros sintomas acompanhantes e objetivamente verificava-se apenas dor à palpação da região de inserção do supra-espinhoso à direita. Assumindo-se o diagnóstico de tendinite, foi medicada com diclofenac oral. Por volta das 14h do dia seguinte a doente iniciou um quadro de precordialgia em repouso, de intensidade 9/10, que não cedia à terapêutica com anti-inflamatório, sem posição de alívio, com irradiação ao membro superior esquerdo e acompanhada de náuseas, sudorese e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência hospitalar, onde a análise eletrocardiográfica demonstrou elevação de ST em V2-V3 e ondas Q em V1-V3. Foi submetida a cateterismo cardíaco urgente que veio a revelar suboclusão do segmento proximal da artéria coronária descendente anterior e o diagnóstico final de enfarte agudo do miocárdio (EAM) da parede anterior.

Em Medicina geral e familiar a doença apresenta-se numa fase precoce e indiferenciada, implicando uma tomada de decisão assente em informação limitada e em que o exame clínico tem um valor preditivo mais incerto. O processo diagnóstico é baseado em probabilidades, considerando a prevalência das doenças na comunidade. Tendo em conta a atividade profissional da doente e o quadro que apresentava, o diagnóstico de tendinite do supra-espinhoso anunciava-se como o mais provável. Um dos fatores que parece estar associado a um atraso no diagnóstico e tratamento do EAM na mulher, é o facto de se acreditar que esta patologia afeta principalmente o sexo masculino. Excluindo a precordialgia, os restantes pródromos que antecedem um evento cardíaco (dor occipital, dor mandibular, omalgia, dorsalgia, dor no membro superior e náuseas) são sintomas mais frequentes no sexo feminino. Analisando em retrospectiva o caso descrito, verifica-se que a doente apresentava ainda antecedentes pessoais e familiares relevantes para a hipótese de doença cardíaca isquémica. Coloca-se também a possibilidade do recurso a um anti-inflamatório não esteróide poder ter aumentado o risco de um evento cardiovascular. Assim, este caso relembra a importância de pesar sempre os antecedentes como fator decisivo no processo diagnóstico e alerta para possíveis formas de apresentação atípica de uma patologia cuja intervenção precoce é essencial no prognóstico do doente.