

Relatos Casos Clínicos

PD-079 - (UM20-5438) - UM CASO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COM MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS

Beatriz Abreu Cruz¹; Sofia Cavaco Raposo¹; Raquel F. Castro¹; Carla Cardoso¹; Mariana Sousa Silva¹; Tiago Villanueva¹

1 - USF Reynaldo dos Santos, ACES Estuário do Tejo, ARSLVT

Toracalgia representa a segunda causa mais frequente de recurso urgente aos Cuidados de Saúde: um terço a metade das vezes está associada a patologia músculo-esquelética e 5% a patologia respiratória. Os sintomas associados podem dirigir o raciocínio clínico para a identificação da etiologia das queixas.

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma patologia potencialmente fatal e que se pode apresentar com uma multiplicidade de sintomas, sendo dispneia, toracalgia e tosse os mais frequentes. Todavia, doentes com formas mais extensas de doença podem apresentar-se assintomáticos ou com sintomas ligeiros e inespecíficos, dificultando o diagnóstico.

O caso clínico apresentado ilustra a importância da caracterização adequada dos sintomas, do estabelecimento de diagnóstico diferencial apropriado e de apresentar elevado índice de suspeição na identificação de patologias graves, como o TEP. Demonstra também a importância da avaliação familiar no reconhecimento do risco de doença e aconselhamento perante o diagnóstico.

Homem, 38 anos, caucasiano, mecânico de impressoras, antecedentes pessoais de cólica renal, rinite alérgica e hemangioma hepático e antecedentes familiares de neoplasia mamária materna e pancreática paterna e malformações cardíacas congénitas na família paterna. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dorso-lombalgia, inicialmente interpretada como cólica renal e medicada com analgesia. Por manter as queixas, recorreu a outro SU, tendo realizado radiografia e TC torácicos: por suspeita de pneumonia foi medicado com antibiótica. Após 10 dias de terapêutica, recorreu à sua Médica de Família apresentando agravamento da sintomatologia com omalgia e dor pleurítica à direita, dispneia em decúbito homolateral e hemoptises; trouxe relatório da TC-Tórax realizada no SU: derrame pleural direito, atelectasias basais e densificação em vidro despolido no lobo inferior direito. Ao exame objectivo verificou-se apirexia, SpO₂ 98% e diminuição do murmúrio vesicular na base direita. Encaminhou-se imediatamente para SU para eventual investigação em contexto de internamento. Foi então diagnosticado TEP bilateral multifocal, pelo que foi internado para cumprimento terapêutico e estudo etiológico. Identificou-se mutação genética associada à síndrome de anti-corpo anti-fosfolípido (anti-corpo anti-β2 GP2 IgG positivo e IgM e anti-corpo anti-cardiolipina IgG e IgM negativos). Foi medicado com anticoagulação oral, que mantém. Posteriormente desenvolveu hipertensão, tendo sido medicado para tal. Encontra-se assintomático e teve alta recentemente da consulta hospitalar, sendo seguido pelo médico de família. O diagnóstico deste utente levou ainda à realização de estudo genético de outros familiares por existirem casos de morte súbita na família paterna antes dos 40 anos.

Embora neste caso se identifiquem os sintomas mais frequentes de TEP, estes apresentaram-se de forma inespecífica e inicialmente incomum, conduzindo a diagnósticos enganadores que atrasaram a terapêutica dirigida. Destaca-se a importância de apresentar um elevado índice de suspeição perante sintomas aparentemente frequentes e benignos mas que podem traduzir patologias mais graves, merecendo investigação aprofundada quando ocorre falha terapêutica. Tendo em conta o componente hereditário e os riscos associados a esta patologia, é importante caracterizar a família para reconhecer factores de risco adicionais e aconselhar e encaminhar quando necessário, abordagem que pode e deve ser feita pelo Médico de Família.