

Embolia pulmonar maciça e choque com trombo em trânsito no átrio direito – a imagem em movimento

Allydson Döhl Simes¹, Ademilson Rogério Ferreira²

- 1- Estudante do Curso de Graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Reitor João David Ferreira Lima, Florianópolis, Brasil.
- 2- Médico cardiologista, Serviço de Cardiologia, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago / EBSEH, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brasil.

RESUMO

A detecção de um trombo em movimento na realização de um ecocardiograma é um evento raro. Relata-se o caso de uma paciente feminina, 66 anos, admitida com quadro de choque e submetida a realização de ultrassonografia à beira de leito, visualizando trombo saindo da veia cava para átrio direito e passando pela valva tricúspide até o ventrículo direito, direcionando com maior efetividade ao diagnóstico e tratamento de tromboembolismo pulmonar. Demonstra-se a importância do conhecimento prático e acessibilidade da ultrassonografia à beira de leito no atendimento de Emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

DOI: <https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v5i6.3747>

Indexadores: Tromboembolia; Embolia pulmonar; Ultrassonografia; Terapia Trombolítica
Submetido em 02/10/19; aceito para publicação em 4/12/19

Autor para correspondência: Ademilson Rogério Ferreira. E-mail: ademilsonrfer@gmail.com

INTRODUÇÃO

Encontrar o trombo em movimento durante a realização de um ecocardiograma é raro¹. A presença de trombo em átrio direito (AD) em embolia pulmonar (EP) prediz pior prognóstico, com mortalidade de mais de 20% - 44% superior aos casos de embolia pulmonar sem trombo no coração direito².

RELATO DO CASO

Mulher, 66 anos, branca, casada, auxiliar de limpeza, sem comorbidades prévias conhecidas, chegou à Unidade de Pronto Atendimento do município de Florianópolis por história de síncope durante seu trabalho. Na admissão apresentava-se hipotensa (90/60 mmHg), taquipneica (26 mrpm) e taquicárdica (110bpm). Há 20 dias, havia iniciado

com quadro de fraqueza, inapetência, parestesia em membro inferior esquerdo e ataxia, e, há 3 dias, evoluiu com fraqueza e perda de movimento em membro superior esquerdo. História vaga e não registrada de tratamento recente para trombose na perna esquerda. Apresentou piora da hipotensão, náusea, vômito e sudorese. Realizada expansão volêmica e antibioticoterapia por suspeita de sepse, sem melhora do quadro, foi então transferida à emergência do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, admitida em regular estado geral, saturação de 98% em ar ambiente, hipotensa (80/60mmHg), dispneica, com ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, sem empastamento de panturrilhas. Na ultrassonografia à beira de leito, visualizado trombo saindo da veia cava para AD e passando pela valva tricúspide até o ventrículo direito (VD) (Figura 1).

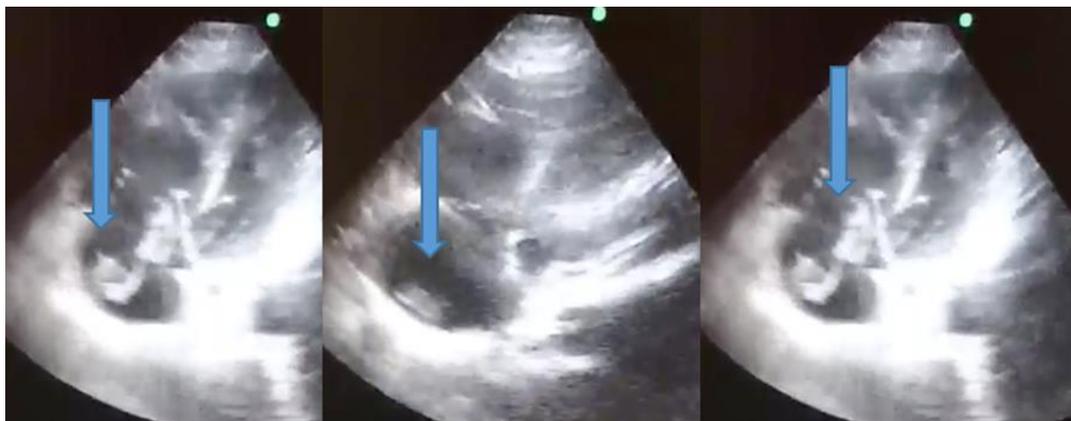


Figura 1. Trombo saindo do átrio direito e passando pela valva tricúspide até o ventrículo direito visualizado em ultrassonografia realizada à beira do leito

Encaminhada então para realização de angiotomografia de tórax que demonstrou tronco da artéria pulmonar opacificado, de calibre aumentado por provável regime hipertensivo, presença de falhas de enchimento nos ramos principais direito e esquerdo da artéria pulmonar, estendendo-se para os ramos de ambos os pulmões difusamente e aumento do átrio direito. O ecocardiograma transtorácico confirmou a presença de trombo em AD e hipocinesia do VD.

Devido à EP com instabilidade hemodinâmica, foi transferida à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário para trombólise. Para investigação do quadro de parestesia foi realizada tomografia de crânio que mostrou lesões cerebrais nodulares. Investigação posterior evidenciou a

natureza neoplásica destas lesões, sendo a paciente posteriormente encaminhada para tratamento radioterápico.

CONCLUSÃO

No caso relatado, foi encontrado um trombo em trânsito no AD. Este achado ocorre em 7 a 18% dos casos de EP confirmado^{3,4,5,6}. A paciente do caso ainda apresentou sintomas menos comuns da EP, como a síncope, sugerindo uma carga trombótica maior, e choque, raro, que indica EP central ou reserva hemodinâmica gravemente reduzida^{7,8}. A ocorrência de trombo em trânsito no AD é um evento raro e de grande importância quando detectado. A realização de ultrassom à beira de leito mostra a importância dessa ferramenta para o diagnóstico e o tratamento precoces.

Referências

1. Otoupalova E, Dalal B, Renard B. Right heart thrombus in transit: a series of two cases. *Crit Ultrasound J* 2017; 9:14.
2. Naeem K. Floating thrombus in the right heart associated with pulmonary embolism: The role of echocardiography. *Pak J Med Sci* 2015; 31: 233-5.
3. Cervantes J, Rojas G. Virchow's legacy: deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *World J Surg* 2005; 29(Suppl 1): S30-S34.
4. Pollack CV, Schreiber D, Goldhaber SZ, et al. Clinical characteristics, management, and outcomes of patients diagnosed with acute pulmonary embolism in the emergency department: initial report of EMPEROR (Multicenter Emergency Medicine Pulmonary Embolism in the Real World Registry). *J Am Coll Cardiol* 2011; 57: 700-6.
5. Burgos LM, Costabel JP, Galizia Brito V, et al. Floating right heart thrombi: A pooled analysis of cases reported over the past 10 years. *Am J Emerg Med* 2018; 36: 911-5.
6. Hussain B, Tipoo Sultan FA, Shahzad T, Punjani S. Caught in the act - Migration of a large right atrial thrombus to pulmonary artery during transthoracic echocardiography - A case report. *J Pak Med Assoc* 2017; 67: 1927-1929.
7. Stein PD, Henry JW. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism stratified according to their presenting syndromes. *Chest* 1997; 112: 974-979.
8. Keller K, Beule J, Balzer JO, Dippold W. Syncope and collapse in acute pulmonary embolism. *Am J Emerg Med* 2016; 34: 1251-7.