FAG Journal of Health

journal homepage: <https://fjh.fag.edu.br>

Dyspnea: case analysis and the differential diagnoses importance *Dispneia: análise de um caso e a importância de seus diagnósticos diferenciais*

Rinaldo de Souza Junior¹, Rafael Hillebrand Franzon², Ana Paula Susin Osório^{3*}

¹ Acadêmico do Curso de Medicina, Centro Universitário FAG. ² Médico Cardiologista. ³ Mestre em Ciências da Saúde (Cardiologia), Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG.

Case report

ARTICLE INFO

Article history:

Received 15 January 2021
Revised 28 April 2021
Accepted 15 May 2021
Available online 27 June 2021
Blind reviews

Keywords:

Dyspnea
Pericardial effusion
Anginal equivalent

ABSTRACT

Dyspnea is a very prevalent symptom in cardiology, however it may originate from different syndromes concomitantly, such as pericardial effusion and angina equivalent in coronary artery disease. Making the differential diagnosis of the syndromes that can cause the disease is difficult, so a good history, physical examination, laboratory and imaging are essential for accurate identification and to choose the best choice of approach. This should be done in an interdisciplinary manner, covering all areas of medicine that are correlated with the patient's comorbidities, these way the patient can have the most excellent recovery. This report addresses to a patient suffering from dyspnea that was originated from two different syndromes witch was diagnosed and treated in the city of Cascavel-PR.

RESUMO

A dispneia é um sintoma muito prevalente na cardiologia, mas que pode se originar de diferentes síndromes concomitantemente, como no derrame pericárdico e como equivalente anginoso na doença arterial coronariana. Fazer o diagnóstico diferencial das síndromes que a ocasiona pode ser difícil, por isso uma boa anamnese, exame físico, exames laboratoriais e de imagem são fundamentais para uma identificação precisa e para a melhor escolha de abordagem. Isso deve ser feito de forma interdisciplinar, abrangendo todas as áreas da medicina que se identificam com as comorbidades do paciente, para que este tenha a melhor recuperação possível. Este relato aborda uma paciente com dispneia originada por duas síndromes diferentes e acompanhada na cidade de Cascavel-PR

Palavras-chave:

Dispneia
Derrame pericárdico
Equivalente anginoso

* Corresponding author at:
aninha_susin@yahoo.com.br
<https://orcid.org/0000-0002-3510-4905>

1. Introdução

A dispneia é uma queixa muito comum em consultórios médicos, onde até 20% de toda população tem relatado a sua ocorrência. Esse sintoma leva a uma grave restrição nas atividades físicas e de vida diária, além da sua presença estar relacionada a um grande aumento da mortalidade. Sobre isso, estudos têm apontado que a dispneia afeta de forma limitante a qualidade de vida dos pacientes. Por esse motivo, na atualidade, há um crescimento tanto no interesse sobre as síndromes que podem culminar com esse sintoma quanto na investigação dos aspectos terapêuticos para ela (MARTINEZ *et al.*, 2004).

Para estabelecer um diagnóstico é necessário lançar mão de uma anamnese e exame físico bem feito, lembrando sempre das possibilidades de diagnósticos diferenciais. Além disso, os exames de imagem são de suma importância para determinar o diagnóstico e também a forma em que será feita a intervenção. Dentre os principais encontra-se o Raio-X de tórax e o ecocardiograma, juntamente com a cintilografia que também tem a sua importância. Além dessas, existem técnicas mais invasivas, porém muito empregadas, como a angiografia cardíaca e a arteriografia coronária que são importantes ferramentas para diagnosticar ou excluir doença isquêmica (BOXT *et al.*, 2017).

O tratamento depende das síndromes que estão provocando o referido sintoma, visando sempre a doença de base. A dispneia por um derrame pericárdico ocasionado por um hipotireoidismo será tratado com levotiroxina (RACHID *et al.*, 2002; NEVES *et al.*, 2011; THIRONE *et al.*, 2012), assim como a dispneia ocasionada por uma isquemia miocárdica terá uma terapêutica com antiagregante plaquetário, betabloqueador e estatina ou ainda por técnicas invasivas, como uma cirurgia de revascularização miocárdica (CÉSAR *et al.*, 2004; CARVALHO *et al.*, 2001).

2. Metodologia

O presente trabalho encontra-se em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto se tratar de pesquisa com ser humano. Previamente à sua realização, este foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz e aprovado pelo número CAAE 16463319.3.0000.5219.

O estudo é do tipo relato de caso e constitui-se em uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e transversal. Será realizada por meio da coleta de dados através da consulta e análise de prontuários e exames complementares da paciente, no Centro de Atendimento Especializado (CAE).

3. Descrição do caso clínico

Paciente S.S.L, 59 anos, feminino, casada, natural e procedente de Cascavel-PR procurou os serviços do Centro de Atendimento Especializado (CAE), no mês de agosto de 2016. Vem a consulta no ambulatório de cardiologia com queixa de dispneia classe II/III (NYHA), há 6 meses, com progressão importante da dispneia no último mês previamente a consulta. Na história mórbida pregressa tem-se o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica há um mês, em uso de Enalapril 20mg/dia, hidroclorotiazida 25mg/dia e sinvastatina 20mg/dia. Além disso, a paciente possuía um hipotireoidismo recém-diagnosticado no ambulatório de endocrinologia/metabologia do CAE, com TSH de 121 mU/L e T4 livre menor que 0,4 ng/dl, em uso de levotiroxina sódica 25 mcg/dia.

O exame de ecocardiografia confirmou um derrame pericárdico, com área anecoica em parede anterior e posterior

moderada, de aproximadamente 200 ml de volume, com leve colabamento diastólico somente de átrio direito, secundário ao hipotireoidismo e uma hipertrofia ventricular esquerda, com fração de ejeção preservada (74%), funções sistólicas e diastólicas normais e com história negativa para sinais e sintomas de tamponamento cardíaco.

Ao eletrocardiograma, foi verificado um ritmo sinusal, frequência cardíaca de 60 bpm, eixo em + 45°, alterações difusas de repolarização ventricular (ADRV), efeito dielétrico e distúrbio de condução de ramo esquerdo (DCRE). Com isso, a conduta foi solicitar um novo ecocardiograma, aumentar a dose de levotiroxina para 50 mcg/dia e orientar a paciente a procurar o pronto socorro se sinais e sintomas de tamponamento cardíaco.

Nas consultas seguintes houve aumentos progressivos da dose de Levotiroxina, que chegou a 112 mcg/dia, até que houve resolução completa dos sintomas e do derrame pericárdico em quatro meses. A paciente seguiu o acompanhamento ambulatorial e durante um ano permaneceu assintomática, quando novamente retornou com sintomas de dispneia aos esforços. Solicitado TSH 2,0 mU/L e Ecocardiograma normal.

Então, foi aventada a hipótese da dispneia como um equivalente anginoso e solicitado um Teste Ergométrico, apresentando um infra desnivelamento retificado do segmento ST de -3,0 mm nas derivações CM5 E D2M, com persistência das alterações até o 03º minuto, sendo, portanto, positivo eletrocardiograficamente para isquemia miocárdica. Logo foi instituído o tratamento farmacológico para doença coronariana com AAS 100 mg/dia e atenolol 75mg/dia e realizado o encaminhamento da paciente para cineangiocoronariografia. O exame mostrou lesões ateroscleróticas coronarianas triarteriais graves, apresentando lesão obstrutiva crítica de 80% em terço distal do tronco da coronária esquerda, de 70% em terço proximal da artéria descendente anterior, 80% no segundo ramo diagonal, além de uma lesão obstrutiva de 40% em terço médio/distal de coronária direita. Com isso, foi indicada a cirurgia de revascularização miocárdica, sendo realizada uma ponte de mamária esquerda em descendente anterior e uma ponte de safena em artéria diagonal, com excelente evolução clínica.

Atualmente, a paciente encontra-se assintomática e em acompanhamento no ambulatório de cardiologia e de endocrinologia/metabologia, ambas em consultas semestrais.

4. Discussão

A dispneia pode ser uma manifestação de muitas síndromes. Pode estar presente em derrames pericárdicos volumosos que ocorrem por acúmulo anormal de fluido entre as membranas que envolvem o coração, denominado pericárdio (NEVES *et al.*, 2011). Além disso, a dispneia pode ser considerada como um equivalente anginoso na doença arterial coronariana (CÉSAR *et al.*, 2004). São duas formas que, concomitantemente em um mesmo paciente, são raras, como pôde ser observado nesse caso.

Muitos estudos têm corroborado com a ideia de que a dispneia constitui-se como um fator restritivo da qualidade de vida, referente à saúde de pacientes que possuem importante insuficiência respiratória, seja ela de origem obstrutiva ou restritiva. Por esses motivos, nos últimos tempos, houve um significativo aumento no interesse em métodos para investigar os aspectos fisiopatológicos e terapêuticos de tal sintoma. Segundo Curley, as principais situações que levam a dispneia são doença pulmonar, doença cardiovascular, refluxo

gastroesofágico, falta de condicionamento físico e quadros psicogênicos. De acordo com o estudo, cerca de 94% das pessoas que buscam atendimento médico, queixando-se de dispneia, encaixam-se nas situações citadas acima (MARTINEZ *et al.*, 2004). No caso descrito no presente trabalho, a paciente possuía dispneia por origens cardíacas diferentes, primeiro por um derrame pericárdico e segundo como um equivalente anginoso na doença arterial coronariana, mostrando a importância dos diagnósticos diferenciais das síndromes que podem levar a dispneia.

A insuficiência cardíaca congestiva compromete tanto a função ventricular esquerda sistólica como a diastólica e é considerada a causa cardíaca mais comum da dispneia. Por diminuir o débito cardíaco, muitos pensam que a disfunção sistólica é a mais importante, entretanto o que parece estar ligado ao sintoma da dispneia é a diminuição da capacidade funcional, segundo a New York Heart Association (NYHA), é a função diastólica. Ainda, alguns pacientes com insuficiência cardíaca congestiva podem apresentar dispneia com frações de ejeção normais e assim são classificados como tendo uma insuficiência cardíaca diastólica (BOXT *et al.*, 2017). O que não foi encontrado na paciente descrita no caso, que apesar de se enquadrar em NYHA classe II/III, com sintomas leves durante as atividades cotidianas e até sintomas originados de atividades menos intensas ou aos pequenos esforços, tanto a função sistólica quanto a diastólica estavam normais, além de uma fração de ejeção preservada.

Na maioria das vezes, quando o médico realiza uma anamnese completa e um exame físico bem feito, em um paciente que refere dispneia, o profissional precisará apenas de exames subsidiários dirigidos, que vão complementar o diagnóstico do paciente (MARTINEZ *et al.*, 2004). A dispneia possui muitas causas e por este motivo nem sempre é fácil diferenciar uma causa da outra. Nesse sentido, o histórico, o exame físico e os exames laboratoriais simples podem ajudar muito a fornecer um diagnóstico efetivo. Como partes da promoção de um diagnóstico inicial, o médico cardiologista tem em mãos principalmente, o eletrocardiograma, raios-X de tórax e hemograma completo. Também é possível lançar mão de teste simples da função pulmonar e oximetria, sendo estas importantes ferramentas quando existe alguma hipótese de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou asma. Além disso, quando se está suspeitando de uma combinação de causas cardíacas e respiratórias, o exame cardiopulmonar sob esforço para medição da captação de oxigênio é útil para essa consideração (NEVES *et al.*, 2011). No caso dessa paciente em específico, os exames laboratoriais foram positivos para hipotireoidismo e o eletrocardiograma mostrava apenas alguns distúrbios de condução.

Estudos mostram que a primeira descrição de um derrame pericárdico em um paciente com hipotireoidismo data de 1918. A partir daí, muitas divulgações tem mostrado a ligação entre o hipotireoidismo e derrames serosos. Considerado a complicação cardiovascular mais constante do hipotireoidismo, o derrame pericárdico possui prevalências previstas entre 30 a 80% (RACHID *et al.*, 2002).

A identificação do derrame pericárdico volumoso pelo hipotireoidismo é trabalhosa. Isso ocorre principalmente pelo primeiro possuir muitos sintomas em comum com a insuficiência cardíaca, dentre eles, taquicardia, elevação da pressão venosa, edema de membros inferiores e aumento da silhueta cardíaca a radiografia. Por este motivo, lançar mão da ecocardiografia é o ponto chave para fazer esse diagnóstico diferencial e ainda mensurar o volume e a repercussão

hemodinâmica da efusão pericárdica (NEVES *et al.*, 2011). Tal exame (figura 1) foi realizado na paciente, que apresentou área anecoica em parede anterior e posterior, de aproximadamente 200 ml de volume, com leve colabamento diastólico somente de átrio direito.

Figura 1 – Ecocardiograma apresentando área anecoica de parede anterior e posterior, evidenciando um derrame pericárdico.

Fonte: prontuário da paciente

Ao longo do tempo, com a aplicação e desenvolvimento da terapêutica com levotiroxina há a redução do derrame pericárdico, entretanto, a sua remissão é lenta, podendo estar presente ainda por vários meses ou até mesmo anos (THIRONE *et al.*, 2012). Nesse caso, iniciou-se o tratamento do hipotireoidismo com uma dose de 25 mcg/dia e chegou a uma dose de até 100 mcg/dia de levotiroxina sódica, quando houve estabilização da sua síndrome tireoidiana, com consequente redução do derrame pericárdico e cessação do quadro de dispneia.

O autor enfatiza a importância de acreditar que o derrame pericárdico pode ser causado pelo hipotireoidismo e quanto mais precocemente é solicitado uma triagem tireoidiana, melhor é a resposta ao tratamento. Destaca-se, ainda, o dever de considerar o derrame pericárdico como uma primeira manifestação do hipotireoidismo (THIRONE *et al.*, 2012). Por isso a importância de um acompanhamento endocrinológico concomitante ao de cardiologia desde o início, como ocorreu nesse caso.

Outra importante causa de dispneia é a doença cardíaca isquêmica. Nesses casos, a dispneia é o equivalente anginoso mais frequente, principalmente se falando de idosos. Pacientes nesta faixa etária com isquemia cardíaca podem se queixar somente de dispneia, seja ela aos esforços ou em repouso, mas sem a dor torácica. Além disso, é preciso fazer o diagnóstico diferencial com outras causas de dor torácica, como as dores musculares, as do aparelho digestório, pulmonares, pericárdicas e ainda as de causas psiquiátricas (CÉSAR *et al.*, 2004). Como descrito no caso, após a resolução do derrame pericárdico, a paciente seguiu assintomática por um longo período, até que os sintomas de dispneia voltaram, mas agora como um equivalente anginoso, sem a presença de qualquer dor torácica.

Quanto à fisiopatologia da cardiopatia isquêmica, a oferta e a demanda de oxigênio pelo músculo cardíaco são os principais mecanismos, ou seja, quando há um desequilíbrio entre os dois, ocorre a isquemia miocárdica. Tanto a isquemia quanto a hipoxemia podem levar a essa instabilidade e em algumas ocasiões, o envolvimento da oferta de oxigênio ocorre após a queda do fluxo sanguíneo, sendo esta, em muitos casos,

o mecanismo do infarto e da angina instável (CARVALHO *et al.*, 2001).

Como toda doença coronariana, o diagnóstico da cardiopatia isquêmica fundamenta-se na história clínica do paciente, nos fatores de risco cardíacos e em exames acessórios. O exame padrão ouro é a coronariografia, apesar de ser invasivo e oneroso (SCUDERI *et al.*, 2019). Nesse sentido, um eletrocardiograma e uma radiografia de tórax são suficientes para o diagnóstico na maioria dos casos de dor precordial, quando é claro, acompanhados de uma boa anamnese e exame físico (CARVALHO *et al.*, 2001). Como método não invasivo, o teste ergométrico é o utilizado com maior frequência na angina estável, tanto para confirmar o diagnóstico, quanto para determinar o prognóstico do paciente e definir a conduta a ser tomada (CÉSAR *et al.*, 2004). No caso dessa paciente, o teste ergométrico foi positivo eletrocardiograficamente para isquemia miocárdica. Além disso, a cineangiografiografia confirmou lesões ateroscleróticas graves em artéria descendente anterior e no segundo ramo diagonal.

O tratamento da Doença Arterial Coronariana (DAC), é composta por 3 pilares importantes: melhorar o prognóstico, prevenir infarto e morte súbita e melhorar a qualidade de vida do paciente. Com isso, é possível atingir o principal objetivo no tratamento dos idosos, que seria reduzir a sintomatologia. Para isso, é necessário agir nos fatores de risco, determinar um tratamento clínico, por cateter ou cirúrgico (CÉSAR *et al.*, 2004). Neste caso, a paciente foi submetida a cirurgia de revascularização das artérias marginal e descendente anterior, por meio de uma anastomose distal da veia safena na primeira e da artéria torácica interna esquerda na segunda.

No que condiz ao tratamento clínico, tanto a função ventricular esquerda quanto a presença de comorbidades devem ser consideradas. Com isso, todos os indivíduos com angina estável devem fazer o uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS). Isso porque tal medicamento reduziu os eventos primários (infarto agudo do miocárdio e morte súbita) e os eventos secundários em 34% e 32%, respectivamente, utilizando uma dosagem de 75 mg/dia. Além do antiagregante plaquetário, os hipolipemiantes são um grupo de escolha no tratamento, pois segundo estudos de prevenção primária e secundária, tais medicamentos levam a uma redução do risco cardiovascular (CÉSAR *et al.*, 2004).

Por fim, os betabloqueadores também são considerados como primeira escolha, visto que, estudos envolvendo idosos mostraram redução importante, de quase 32%, tanto de episódios cardíacos fatais e não fatais (CÉSAR *et al.*, 2004). A paciente do caso apresentado teve uma abordagem terapêutica condizente com tais estudos, sendo iniciado imediatamente AAS 100 mg/dia e atenolol 75 mg/dia, além é claro, dos medicamentos que já haviam sido iniciados para tratamento de suas comorbidades, como enalapril 20 mg/dia e hidroclorotiazida 25 mg/dia para a HAS e sinvastatina 20 mg/dia como hipolipemiante.

5. Considerações finais

Mesmo sendo um sintoma de alta prevalência no ambulatório de cardiologia, os estudos sobre a dispneia e as síndromes que culminam a ela só cresce na atualidade. Nesse sentido, o diagnóstico diferencial destas doenças que geram a deficiência respiratória valoriza ainda mais o exame clínico e os exames subsidiários que são empregados para a pesquisa.

Além disso, uma equipe multidisciplinar mostra-se, nos dias de hoje, de suma importância para um melhor

prognóstico para um paciente com diferentes síndromes. Isso leva a um diagnóstico preciso e rápido, além de escolhas terapêuticas entrosadas, que neste caso, foi o tratamento do hipotireoidismo pela cardiologia junto ao ambulatório de endocrinologia/metabologia e posteriormente a abordagem da DAC junto a equipe de cirurgia cardiovascular.

5. Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

6. Referências

- BOXT LM, BETTMANN MA, GOMES AS, GROLLMAN J, HENKIN RE, HIGGINS CB, KELLEY MJ, NEEDLEMAN L, MARIN PH, POLAK JF, STANFORD W, WEXLER L. **Deficiência Respiratória - Suspeita de Origem Cardíaca**. Colégio Brasileiro de Radiologia, 2017.
- CARVALHO ACC, SOUSA JMA. Cardiopatia isquêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.8, p.297-305, 2001. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-3/cardiopatia.pdf>
- CÉSAR LAM, *et al.* Diretrizes de Doença Coronariana Crônica Angina Estável. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 83, n. II, Setembro 2004.
- MARTINEZ JAB, PADUA AI, FILHO JT. Dispneia. **Medicina** (Ribeirão Preto), v.37, n.3, p.199-207, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/497>
- NEVES AIA, NETO NCM, MAIA CO, PADILHA AA. Derrame pericárdico como forma de apresentação do hipotireoidismo secundário à radioblação com iodo. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.24, n.4, p.258-261, 2011.
- RACHID A, CAUM LC, TRENTINI AP, FISCHER CA, ANTONELLI DAJ, HAGEMANN RP. ACIR RACHID, LEIBER C. CAUM, ANA PAULA TRENTINI, FISCHER CA, ANTONELLI DAJ, HAGEMANN RP. Derrame Pericárdico com Tamponamento Cardíaco como Forma de Apresentação de Hipotireoidismo Primário. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.78, n.6, 2002.
- SCUDERI, C., OSÓRIO, A. P., UEDA, L. Miocardiopatia não compactada: um relato de caso. **Fag Journal of Health**, v.1, n.4, p.124-129, 2019. <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i4.138>
- THIRONE ACP; DANIELI RV; RIBEIRO VMFC. Derrame pericárdico maciço como manifestação inicial do hipotireoidismo. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v.56, n.6, p.383-387, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302012000600007>.