

Embolia Paradoxal Multiorgânica: Um Relato de Caso

Amadeus Lima Rocha Caldas¹, José Hiago de Freitas Damião², Victória Vilins e Silva³, Marina de Carvalho Fernandes³, Yasmin Auada Silva³

¹ Médico preceptor da residência de Clínica Médica do Hospital Santa Marcelina; ² Médico residente de Clínica Médica do Hospital Santa Marcelina; ³ Acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade Santa Marcelina

INTRODUÇÃO

Diversas condições clínicas podem causar fenômenos tromboembólicos, porém, em sua maioria, afetam o sistema circulatório venoso. Mais raramente e com maior gravidade, o sistema arterial pode se acometer, envolvendo uma investigação clínica mais ampla e complexa. A maioria dos pacientes portadores de forame oval patente (FOP) são assintomáticos. Um acidente vascular cerebral criptogênico é o sintoma mais comum nesses pacientes, entretanto, podem ocorrer embolias periféricas também. Embolias sistêmicas não cerebrais são menos frequentes, sendo que, infarto renal secundário à embolia paradoxal raramente foi descrito^(1,2).

O caso descrito neste trabalho é de suma importância para contribuir com o enriquecimento do conhecimento das características dessa doença e de seus desdobramentos, visto que, o diagnóstico correto e o manejo adequado diminui o risco de novos eventos tromboembólicos e apresenta impacto significativo na sobrevida do paciente.

OBJETIVO

Descrever o caso de uma paciente com embolias arteriais multiorgânicas e todo o processo investigativo envolvido, correlacionando aspectos clínicos com possíveis diagnósticos diferenciais.

RELATO DE CASO

Paciente de 58 anos, sexo feminino, admitida no Hospital Santa Marcelina com queixa de dor de forte intensidade (10/10) em lombar à esquerda há 1 mês que irradiava para flanco esquerdo. Analgésicos controlavam a dor por um curto período de tempo. Além do mais, refere parestesia e oligoartralgia (em articulações do cotovelo, punho e interfalangeanas proximais) associada à inchaço em membro superior esquerdo (MSE) há 2 meses, além de sensação de queimação e edema em ambas panturrilhas ao médio esforço. Antecedentes de hipertensão arterial, sopro cardíaco, 2 acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCi), varizes e doença arterial obstrutiva crônica.

Ao exame físico, saturação de 88% em ar ambiente, porém eupneica, ausculta cardíaca com sopro mesossistólico efetivo grau II/VI em fio pulmonar e aórtico acessório, sinal de Giordano positivo à esquerda e pulsos radiais assimétricos (não palpável à esquerda).

Durante investigação clínica, Tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome indicaram, respectivamente, áreas de isquemia pulmonar com sinais de tromboembolismo pulmonar (TEP) e isquemia renal bilateral com sinais de trombose de artéria renal bilateral. AngioTC confirmou diagnóstico de TEP agudo. Ultrassonografia com doppler

de MSE mostrou trombose segmentar de artéria radial esquerda a nível distal.

Ecografia transtorácica (EcoTT) simples apresentou movimentação anômala de septo interatrial. Foi repetido EcoTT com teste de microbolhas, confirmando hiper mobilidade de septo interatrial com shunt direito-esquerdo e passagem precoce de microbolhas para as câmaras cardíacas à esquerda, sugestiva de forame oval patente.

DISCUSSÃO

O caso relatado se revela emblemático por tratar-se de uma paciente com fenômenos trombóticos prévios, diagnosticada com múltiplas trombooses arteriais e tromboembolismo pulmonar. O principal achado durante a investigação clínica na internação foi a patência do forame oval, condição orgânica que pode levar à embolia paradoxal, justificando a presença de acometimento tromboembólico de artérias renais e artéria radial encontrados na paciente. Trata-se de um shunt de fluxo direita-esquerda, relatado como um evento raro, responsável por apenas 2% dos casos de embolia arterial^(3,4,5).

No entanto, apesar dos achados ultrassonográficos, por seus antecedentes pessoais de aborto, ectasias de vasos, hipertensão e acidente vascular encefálico, se fez necessária a exclusão de outras etiologias e condições sobrepostas, particularmente estados pró-trombótico causados por: Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide; Neoplasias; Vaculites; COVID-19; Tabagismo; Uso de anticoncepcional oral; Reposição hormonal; Obesidade; Trombocitopenia induzida por heparina; e Hiperhomocisteinemia.

CONCLUSÃO

Em casos de quadros de trombooses arteriais associados à acidentes vasculares cerebrais de repetição, é importante considerar a possibilidade de patência do forame oval. Dada a vasta possibilidade de diagnósticos diferenciais possíveis, devemos garantir uma investigação inicial minuciosa e seguimento ambulatorial robusto para minimizar ou mesmo eliminar o risco de novos eventos no futuro.

REFERÊNCIAS

- Abusnina W, Megri M, Edris B, El-Hamdani, M. Arterial embolism in a patient with pulmonary embolism and patent foramen ovale. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2019; 32 (2): 256–258. DOI: <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1576460>
- Guo S, Roberts I, Missri J. Paradoxical embolism, deep vein thrombosis, pulmonary embolism in a patient with patent foramen ovale: a case report. *J. Medical Case Rep*. 2007; 1(104). DOI: <https://doi.org/10.1186/1752-1947-1-104>
- Iwasaki M, Joki N, Tanaka Y, Hara H, Suzuki M, Hase H. A suspected case of paradoxical renal embolism through the patent foramen ovale. *Clinical and Experimental Nephrology*. 2010;15(1): 147-150.
- Ward R, Jones D, Haponik EF. Paradoxical embolism. An underrecognized problem. *Chest Journal*. 1995; 108(2): 549-558. DOI: <https://doi.org/10.1378/chest.108.2.549>.