

Introdução

O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é a obstrução da Artéria Pulmonar ou de algum dos seus ramos. Cronicamente, por remodelamento vascular¹, pode levar ao surgimento de Hipertensão Pulmonar (HP), classificada como do Grupo 4. O diagnóstico da HP Grupo 4 é feito pela presença de Pressão Arterial Pulmonar Média (PAPM) >20mmHg, resistência vascular pulmonar (RVP) ≥ 2 unidades Wood (UW), ausência de pressão capilar pulmonar (PCP) elevada (≤15), com oclusão tromboembólica de vasculatura pulmonar proximal ou distal, sendo esta a causa da HP². Um achado semiológico frequentemente ignorado e pouco relatado na literatura é a presença de sopro de artéria pulmonar, que apesar de pouco sensível, apresenta alta especificidade, alguns consideram como patognomônico³.

Objetivo

Relatar dois casos de pacientes com HP Grupo 4 com sopro de artéria pulmonar, demonstrando importância deste achado na suspeita dessa doença.

Método

Relato de caso elaborado após assinatura de TCLE. Sopros gravados com estetoscópio eletrônico para elaboração de fonograma

Resultado

Caso 1: Paciente de 52 anos com dispneia, edema de membros inferiores (MMII), dor torácica, síncope e hemoptise. Angio Tomografia (AngioTC) de tórax mostrou TEP crônico: falhas de enchimento centrais e bandas intraluminais em artérias segmentares associadas a afilamento abrupto das artérias pulmonares subsegmentares bilaterais (Fig.1). Cintilografia Pulmonar Ventilação Perfunção (V/Q) com áreas de hipoperfusão segmentar e subsegmentar em ambos os pulmões. Cateterismo Cardíaco (CATE) direito demonstrou PAPM 48mmHg, RVP 9.5 UW e PCP 4mmHg. À ausculta, foi identificado sopro ejetivo 2+/6 em regiões infraclavicular, axilar média, interescapulovertebral e subescapular direitas. O sopro é mesossistólico e protodiastólico (Fig.2) e aumenta de intensidade à inspiração. Fonograma mostra tempo entre B1 e B2 de 60ms, atraso de B1 ao início do sopro de 30ms e tempo do sopro de 75ms.

Caso 2: Paciente de 37 anos com dispneia e edema de MMII. Realizou AngioTC de Tórax com visualização de trombo mural excêntrico em tronco e artérias pulmonares (Fig.3). Cintilografia V/Q mostra defeitos perfusionais em ambos os pulmões. CATE direito com PAPM de 53mmHg e RVP de 10,32 UW. Ao exame físico, verificou-se sopro de artéria pulmonar +2/+6 em foco interescapulovertebral esquerdo, no plano de T3/T4, com aumento à inspiração e com duração de 60 a 70ms (Fig.4).

Conclusão

Sopro em campos pulmonares é um achado semiológico altamente específico. Sempre que presente, deve-se levantar a suspeita de TEP crônico como causa de HP.

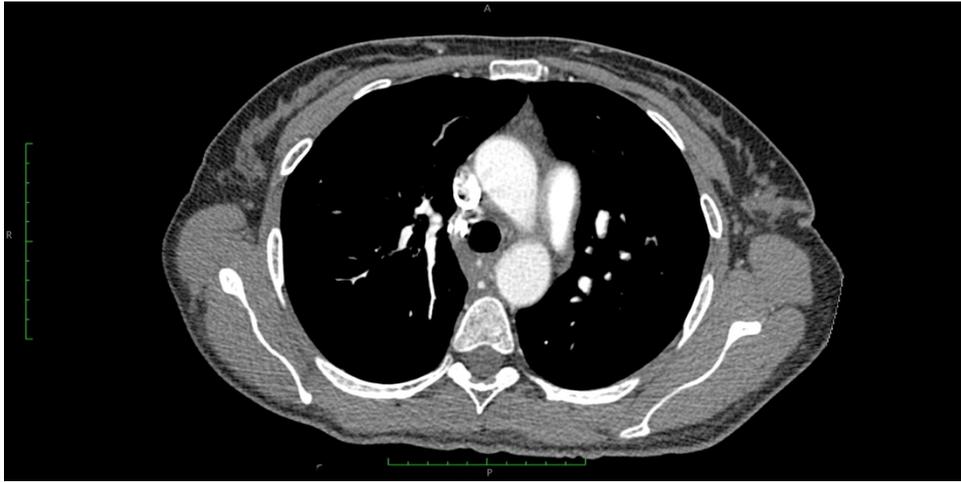


Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Referencias:

1. LANG, I. M.; DORFMÜLLER, P.; NOORDEGRAAF, A. V. The Pathobiology of Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. *Annals of the American Thoracic Society*, v. 13, n. Supplement_3, p. S215–S221, jul. 2016.
2. Humbert M, Kovacs G, Hoeper MM, Badagliacca R, Berger RMF, Brida M, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Vol. 43, *European Heart Journal*. Oxford University Press; 2022. p. 3618–731.
3. Hoeper MM, Mayer E, Simonneau G, Rubin LJ. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension. Vol. 113, *Circulation*. 2006. p. 2011–20.