

Fazer radiografia de abdome no leito.

Na suspeita de ruptura ou instabilidade hemodinâmica, o paciente deve ser removido para o hospital para realização de ultra-sonografia abdominal e TC.

Transportar rapidamente a hospital de referência com cirurgia vascular.

61. PERICARDITE

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A inflamação aguda do pericárdio (< 2 semanas) pode ser ocasionada por: processo infeccioso, doenças autoimunes (lúpus, artrite reumatóide), neoplasia, pós-irradiação, uremia, pós-IAM ou cirurgia cardíaca.

O tipo mais comum é a pericardite viral, podendo ser causada por: Cocksackie e Echovírus, Epstein Barr, varicela, hepatite, caxumba e HIV. Afeta principalmente homens abaixo de 50 anos.

A pericardite pós-IAM ocorre 5 dias após o IAM e é uma manifestação da necrose transmural.

A síndrome de Dressler ocorre semanas ou meses pós IAM ou cirurgia cardíaca e provavelmente é de origem auto-imune.

A pericardite tuberculosa resulta da disseminação da bactéria por via hematogênica ou linfática.

A pericardite urêmica é uma complicação comum da insuficiência renal e é resolvida com a instituição da diálise.

Raramente pode ocorrer a pericardite bacteriana que é extensão de processo infeccioso pulmonar.

A principal complicação é o tamponamento pericárdico.

b. QUADRO CLÍNICO

Dor torácica pleurítica e postural, que é aliviada quando o paciente se senta.

A dor é subesternal podendo irradiar-se para pescoço, epigástrico, dorso ou ombros.

Pode haver um atrito pericárdico.

Febre e leucocitose podem estar presentes.

O ECG mostra alterações difusas de ST e T, que apresentam uma

progressão característica que começam com elevação do ST, seguida por retorno a linha de base e inversão de T. Pode haver evidência de injúria atrial com depressão de PR.

A radiografia de tórax é normal, mas pode mostrar aumento da área cardíaca se houver derrame pericárdico.

A apresentação da pericardite tuberculosa tende a ser subaguda, com sintomas não específicos como febre, perda de peso e fadiga.

A pericardite urêmica pode ter ou não sintomas e o paciente não apresenta febre.

Os pacientes com pericardite neoplásica geralmente apresentam sinais e sintomas decorrentes do comprometimento hemodinâmico (tamponamento) ou da doença de base.

c. CONDUTA

Avaliar a hemodinâmica procedendo com medidas de estabilização caso necessário.

Solicitar ECG de 12 derivações, hemograma, função renal, troponina e coagulação.

Utilizar medicações analgésicas caso necessário.

Encaminhar o paciente para atendimento em unidade hospitalar de referência.

Diagnóstico diferencial de dor torácica

CAUSA	ATAQUES PRÉVIOS	LOCAL	CARACTERÍSTICA	INÍCIO	DURAÇÃO	ACHADOS ASSOCIADOS	SINAIS	OUTROS
Angina estável	Sim	Retroesternal, irradiando para os braços, dorso, pescoço ou epigástrico	Constritiva Dor surda	Estresse Exercício	2 a 10 minutos	Dispnéia, vertigem	Geralmente nenhum. B4 algumas vezes	ECG normal entre ataques Alívio com nitroglicerina
Infarto Agudo do Miocárdio	Às vezes	Retroesternal, irradiando para os braços, dorso, pescoço ou epigástrico	Constritiva, piora com o tempo	Não há necessidade de fator precipitante	>30 minutos	Náuseas, vômitos, diaforese, dispnéia	ECG pode ser diagnóstico ou normal	CK, troponina elevados - Necessita de curva
Prolapso mitral	Sim	Variável	Variável	Variável	Horas	Dispnéia Às vezes síncope	Clique ou sopro meso sistólico	Comum em mulheres jovens ECO é diagnóstico
Estenose aórtica	Sim	Igual a angina	Igual a angina	Variável	Pode ser prolongada	Dispnéia Síncope	Sopro sistólico com irradiação para carótidas	Comum em homens ECG mostra HVE ECO é diagnóstico
Pericardite	Sim	Retroesternal	Tipo pleurítica Alivia ao sentar-se	Variável	Horas a dias	Variável	Atrito pericárdico	História de Infecção Respiratória ECG pode ser diagnóstico, inespecífico ou normal ECO pode mostrar líquido
Dissecção aórtica	Não	Retroesternal e dorso	Máxima no início	Variável	Horas a dias	IAM, AVE, Isquemia de extremidade e síncope	Diferença de pulsos	Radiografia mostra alargamento de mediastino ou pode ser normal ECG pode mostrar IAM História de hipertensão ou doença do tecido conjuntivo
Pleurisia	Algumas vezes	Variável Tórax lateral	Tipo pleurítica, piora com a inspiração e tosse	Início súbito	Variável	Dispnéia	Tosse e dispnéia Às vezes atrito pleural	Radiografia mostra derrame pleural
Pneumotórax	É possível	Variável	Tipo pleurítica	Súbito	Variável	Dispnéia e tosse Choque se for hipertensivo	Taquicardia Abolição do MV, Hipertimpanismo	Radiografia mostra colapso pulmonar, às vezes desvio de mediastino
Pneumonia	É possível	Sobre o lobo afetado	Tipo pleurítica	Súbito	Variável	Dispnéia, febre e tosse	Febre, estertores, atrito pleural	Radiografia mostra infiltrado pulmonar
Esofagite Espasmo esofageano	Geralmente	Retroesternal ou epigástrica	Varia com a alimentação	Gradual	Variável	Sintomas gastro-intestinais	Nenhum	Endoscopia mostra alterações Alivia com antiácidos e beta bloqueadores
Embolia pulmonar	Possível	Tórax lateral	Tipo pleurítica	Súbito	Minutos a horas	Dispnéia, tosse, taquipnéia e às vezes hemoptise	Hipoxemia e hipocapnia Radiografia alterada, mas inespecífica ECG mostra taquicardia sinusal Às vezes sobrecarga de VD D-dímero elevado	Diagnóstico com Tomografia computadorizada, cintigrafia ou ressonância
Músculo esquelética (Síndrome de Tietze, estiramento, fratura de arco costal)	Às vezes	Junção costochondral, retroesternal e lateral	Tipo pleurítica	Gradual	Variável. Piora com movimentação	Posição antálgica	Piora com a palpção dos locais afetados	Sem alterações na radiografia ou ECG