Simpósio sobre Diagnóstico de Dor Torácica

Causas pulmonares de dor torácica

Pulmonaris causes of chest pain

JOSÉ WELLINGTON ALVES DOS SANTOS – Doutor em pneumologia. Professor de Pneumologia da Universidade Federal de Santa Maria.

✉ Endereço para correspondência:
José Wellington Alves dos Santos
Rua Venâncio Aires, 2020/403
Porto Alegre, RS, Brasil.
Fone (55) 3225-3018
jwasb@yahoo.com

CAUSAS PULMONARES DE DOR TORÁCICA

Dor torácica é queixa comum em pacientes com doença respiratória. Ocorre devido à inflamação ou tração de estruturas contínuas, notavelmente a pleura parietal, as artérias pulmonares, os grandes brônquios, a traquéia e o mediastino. Estruturas como a pleura visceral, os brônquios intrapulmonares e o parênquima pulmonar são desprovidos de receptores dolorosos, sendo incapazes de produzir dor quando estimulados (1, 2).

É um sintoma que adquire importância não apenas pelo desconforto do paciente, mas também porque, na maioria das vezes, interfere na ventilação, causando déficit nas trocas gasosas.

Grande parte dos casos de dor torácica decorrente de doenças do aparelho respiratório ocorre pelo acometimento da pleura parietal, sendo denominada dor pleurítica. Tipicamente a dor pleurítica tem início abrupto, é referida como uma "pontada" e é intensa em qualidade. Geralmente é unilateral, sendo mais intensa nas porções inferior e lateral do tórax, tendendo a ser bem localizada, seguindo a distribuição dos nervos intercostais. É intensificada pela inspiração profunda ou pela tosse e aliviada pela pausa respiratória (1, 2).

A dor torácica pleurítica deve ser diferenciada da dor de origem músculo-esquelética, que também pode ser ventilatório-dependente. A dor músculo-esquelética, embora varie com o ciclo respiratório, não é tão intensa e é intensificada pela extensão, abdução ou adução do braço e ombro, ou pela flexão do trapézio ou dos músculos peitorais. A presença de dor à palpação é característica da dor músculo-esquelética (1).

DOENÇAS PULMONARES QUE CAUSAM DOR TORÁCICA

De forma geral, a história clínica, o exame físico e a radiologia do tórax podem diferenciar a dor torácica causada por doenças respiratórias das demais, tais como dor cardíaca, esofágica e músculo-esquelética. Algumas doenças, como o tromboembolismo e a hipertensão pulmonar, podem necessitar de avaliação adicional para o diagnóstico.

A Tabela 1 lista as principais causas de dor torácica decorrentes de doenças do aparelho respiratório.

Tabela 1 – Doenças respiratórias que causam dor torácica

Derrame pleural
Pneumonia
Tuberculose pulmonar
Tromboembolismo pulmonar
Neoplasia intratorácica
Pneumotórax
Pneumomediastino
Hipertensão pulmonar
Outras

DERRAME PLEURAL

A dor torácica ventilatório-dependente é o dado mais importante da história clínica de um derrame pleural, ocorrendo principalmente nos exsudatos inflamatórios. Outros sintomas, como tosse e dispnéia, podem estar presentes, dependendo da compressão broncopulmonar pelo derrame e quantidade de líquido. Macicez e diminuição do murmúrio vesicular e do frêmito tóraco-vocal são sinais observados ao exame físico. Geralmente, o radiograma de tórax evidencia opacidade homogênea obliterando o seio costofrênico, contornando e comprimindo o pulmão adjacente. Desvio mediastinal pode ocorrer em derrames de grande volume (3). A tuberculose pleural é a causa mais comum de exsudato em jovens. A pneumonia estafilocócica pode ter o derrame pleural como manifestação inicial quando adquirida por via hematogênica. Em pacientes tabagistas com mais de 40 anos, outras causas de derrame, principalmente o derrame neoplásico, assumem maior importância.

DOENÇAS DO PARÊNQUIMA PULMONAR

Pneumonia bacteriana, tuberculose, tromboembolismo e neoplasia são doenças do parênquima pulmonar que geralmente cursam com dor torácica. A dor é causada pela extensão do processo patológico à pleura parietal subjacente, embora, muitas vezes, o radiograma de tórax evidencie mínimos indícios de acometimento pleural (1).

Pneumonia bacteriana deve ser suspeitada em um paciente com queixa de dor torácica ventilatório-dependente de início recente, acompanhada de febre, tosse produtiva ou não, leu-

cocitose e infiltrado ao radiograma de tórax, que pode variar dependendo da etiologia. O diagnóstico de pneumonia é clínico-radiológico e a determinação do agente etiológico requer técnicas como exame direto e cultura de escarro, hemocultura, antígeno urinário e sorologia.

Tuberculose pulmonar geralmente se apresenta de forma subaguda, com tosse e expectoração purulenta. A dor torácica, quando ocorre, é freqüentemente acompanhada, e por vezes precedida, de manifestações sistêmicas, como astenia, anorexia, emagrecimento, febre e sudorese noturna (4). O radiograma de tórax mostra lesões sugestivas (nódulos, micronódulos, cavitação, retrações fibroatelectásicas, infiltrado, consolidação) que ocorrem principalmente em ápices pulmonares. O diagnóstico é dado pelo encontro de bacilos álcool-ácido-resistentes (BAAR) nas secreções ou nos tecidos pulmonares.

Tromboembolismo pulmonar (TEP) deve ser considerado em pacientes com fatores de risco para trombose venosa profunda que apresentam dor torácica de início súbito associada à dispnéia e taquipnéia (5, 6). A dor geralmente é retroesternal, sem irradiação e tende a ser ventilatório-dependente quando ocorre infarto pulmonar com acometimento da pleura parietal. Quando não é do tipo pleurítica, ela pode ser diferenciada da dor cardíaca pela história clínica, pelo eletrocardiograma e pelo radiograma de tórax. O eletrocardiograma pode apresentar alterações em ST-T (S1Q3T3) e o radiograma de tórax pode revelar atelectasias, consolidação e derrame pleural; porém, quando é normal e associado à hipoxemia é sugestivo de TEP (6). O diagnóstico pode ser confirmado pela cintilografia de ventilação/perfusão, pela angiotomografia ou pela angiografia, que permanece no padrão áureo. A pesquisa de D-dímeros é útil na exclusão da hipótese.

Neoplasias pulmonares podem cursar com dor torácica quando ocorre extensão ou metástases para a pleura parietal, provocando dor tipo pleurítica. Na presença de acometimento mediastinal, a dor geralmente é surda e mal localizada (1). O radiograma de tórax usualmente evidencia lesões sugestivas (massa, nódulo, redução de volume pulmonar) ou acometimento pleural. A história de tabagismo, idade avançada, emagrecimento, astenia, anorexia, hemoptise, neoplasia atual ou pregressa é importante na suspeita clínica. O diagnóstico é confirmado pelo estudo citopatológico de secreções ou histopatológico de tecidos pulmonares.

PNEUMOTÓRAX

Pneumotórax espontâneo ocorre na ausência de trauma torácico e é classificado em primário e secundário (7). Pneumotórax primário ocorre em pacientes jovens e geralmente é devido ao rompimento de bolhas subpleurais pela alta pressão negativa intrapleural (8). O pneumotórax secundário ocorre como complicação de doenças como DBPOC, asma, fibrose cística, tuberculose, pneumocistose, sarcoidose, histiocitose X, esclerose tuberosa e linfangioleiomiomatose (8, 9). A dor torácica é geralmente de início súbito, unilateral, ventilatório-dependente, de intensidade variável e associada à dispnéia. Em pacientes com doença de base avançada, como DPOC e asma, o pneumotórax pode se apresentar como dor torácica associada à insuficiência respiratória aguda. Pneumotórax hipertensivo deve ser suspeitado em pacientes com marcada taquicardia, hipotensão e alteração mediastinal ou traqueal ao radiograma de tórax. A presença de ar no espaço pleural entre o pulmão e a parede torácica observada ao radiograma de tórax confirma o diagnóstico (8, 9).

Pneumotórax traumático é geralmente causado por trauma torácico na forma de ruptura pulmonar ou penetração de ar externo. A dor é do tipo pleurítica e acompanhada de dispnéia intensa. Pneumotórax iatrogênico pode ocorrer durante biópsia pulmonar por agulha fina, biópsia transbrônquica, punção de subclávia, toracocentese ou pressão de ventilação positiva (10).

PNEUMOMEDIASTINO

O diagnóstico de pneumomediastino é sugerido por uma dor torácica retroesternal de início súbito com irradiação para os ombros e membros superiores, geralmente precedida de algum evento que cause um excessivo aumento da pressão intratorácica (tosse persistente, episódios de vômito e exercício físico). A inspiração profunda intensifica a dor, podendo ocorrer dispnéia importante. Ao exame físico pode ser detectado enfisema subcutâneo na região do pescoço e parede torácica. O radiograma de tórax é o padrão áureo para o diagnóstico (11), mostrando deslocamento da pleura mediastinal lateralmente, criando uma linha longitudinal paralela à borda cardíaca, mais evidente no lado esquerdo.

HIPERTENSÃO PULMONAR

A dor torácica decorrente de hipertensão pulmonar deve ser suspeitada em pacientes com doenças de base, incluindo cardiopatias congênitas, TEP, estenose mitral, *cor pulmonale* e hipertensão pulmonar primária. Geralmente é acompanhada de dispnéia, fadiga e síncope (1), sendo desencadeada por exercício físico e aliviada com o repouso (12), podendo simular dor de origem cardíaca. Ocorre devido à isquemia ventricular direita secundária à sobrecarga de pressão ou pelo estiramento das paredes das artérias pulmonares devido à alta pressão transmural. O radiograma de tórax pode mostrar aumento da área cardíaca e das principais artérias pulmonares, com diminuição da vascularização na periferia (13). Na hipertensão pulmonar, o alívio do desconforto torácico ocorre mais freqüentemente com o repouso e administração de oxigênio do que com o uso de nitroglicerina. O diagnóstico pode ser confirmado pelo ecocardiograma.

OUTRAS CAUSAS DE DOR TORÁCICA

Pacientes com asma, bronquite crônica e enfisema podem apresentar dor

torácica anterior em pontada ou em aperto associada à tosse. Isso ocorre principalmente como resultado do esforço dos músculos intercostais e abdominais que se inserem na porção inferior do esterno (1).

Infecção viral da pleura, causada geralmente pelo vírus *Coxsackie B,* apresenta-se com dor pleurítica intensa unilateral e febre, podendo haver tosse seca e atrito pleural. Tem variação sazonal com pico de incidência no verão e outono, ocorrendo de forma epidêmica. O radiograma de tórax é normal e a doença tem curso limitado (1).

Lúpus eritematoso sistêmico pode ter como manifestação inicial pleurite com dor torácica. Derrame pleural de pequeno a moderado volume ou apenas um leve espessamento pleural podem ser observados no radiograma de tórax (14). Ocorre primariamente em mulheres jovens e é associado a sintomas extrapulmonares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DONAT WE. Chest pain: cardiac and noncardiac causes. Clin Chest Med 1987; 8:241-252.
2. CAMPOS LEM, JÚNIOR GC. Avaliação Clínica do Sistema Respiratório. In: López M. Semiologia Médica. As Bases do Diagnóstico Clínico, 4.ed. Rio de Janeiro: Editora RevinteR, 2001; 593-619.
3. CORRÊA DA SILVA LC. Derrame Pleural. In: CORRÊA da Silva LC. Compêndio de Pneumologia, 2.ed. São Paulo: Editora Byk, 1991; 885-903.
4. PICON PD, RIZZON CFC, FERREIRA RLT, GUTIERREZ RS, ESPINA CAA. Tuberculose Pulmonar do Adulto (Pós-Primária). In: Picon PD, et al. Tuberculose: Epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública. São Paulo: Editora MEDSI, 1993; 269-290.
5. GOLDHABER SZ. Pulmonary Embolism. N. Eng J Med 1998; 339:93-104.
6. JESSE RL, KONTOS MC. Evaluation of chest pain in the emergency department. Curr Probl Cardiol 1997; 22:154-236.
7. BAUMANN MH, STRANGE C, HEFFNER JE, et al. Management of Spontaneous Pneumothorax. An American College of Chest Physicians Delphi Consensus Statement. Chest 2001; 119(2): 590-602.
8. WEISSBERG D, REFALY Y. Pneumothorax. Chest 2000; 117(5):1279-85.
9. SAHN SA, HEFFNER JE. Spontaneous Pneumothorax. N Eng J Med 2000; 342:868-874.
10. HAMM H. Pleural Disease. Medicine 1999; 22:170-173.
11. JOURILES NJ. Atypical chest pain. Emerg Med Clin North Am 1998; 16:717-740.
12. SZIDON JP, FISHMAN AP. Approach to the Pulmonary Patient with Respiratory Signs and Symptoms. In: Fishman AP. Pulmonary Diseases and Disorders, 2.ed. N York: McGraw-Hill Book Company, 1988; 313-366.
13. PEACOCK AJ. Primary pulmonary hypertension. Thorax 1999; 54:1107-1118.
14. GOOD JJ JR, KING TE, ANTHONY VB, et al. Lupus pleurits: Clinical features and pleural fluids characteristics with special reference to pleural fluid antinuclear antibodies. Chest 1983; 84:714-718.