

SINAL DE MCCONNELL NO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBAGUDO: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

**MCCONNELL SIGN IN SUBAGUDE PULMONARY THROMBOEMBOLISM:
REPORT OF A CLINICAL CASE**

FERNANDA GONZALES TORREZ **CALIMAN**. Médica Residente em Clínica Médica da HONPAR.

LUIS EDUARDO GUISELLI **GALLINA**. Medico de Clínica médica e preceptor do HONPAR.

Endereço: HONPAR, Hospital Norte Paranaense, Rod PR 218, Km 01, Jardim Universitário, Arapongas-PR. E-mail: biblioteca@honpar.com.br

RESUMO

O papel do Ecocardiograma no diagnóstico de TEP ainda não está bem estabelecido, mas pode proporcionar uma série de pistas, incluindo o Sinal de McConnell, para chegar a um diagnóstico definitivo. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar o Sinal de McConnell presente no Ecocardiograma num quadro de Tromboembolismo Pulmonar Subagudo e a importância do Ecocardiograma no diagnóstico rápido de tal patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Tromboembolismo pulmonar. Ecocardiografia. Sinal de McConnell. Ventrículo direito.

ABSTRACT

The role of the Echocardiogram in the diagnosis of PTE is not yet well established, but may provide a number of clues, including the McConnell's Sign, to arrive at a definitive diagnosis. The present work aims to demonstrate the McConnell Signal present in the Echocardiogram in a Subacute Pulmonary Thromboembolism and the importance of the Echocardiogram in the rapid diagnosis of such pathology.

KEYWORDS: Pulmonary thromboembolism. Echocardiography. McConnell's signal. Right ventricle.

INTRODUÇÃO

O Sinal de McConnell é um achado Ecocardiográfico descrito em pacientes com Tromboembolismo Pulmonar (TEP) Agudo. Há um padrão regional de disfunção do Ventrículo Direito, com acinesia da parede lateral, mas o movimento normal do ápice. Três mecanismos foram propostos que podem explicar esses achados. 1º: o ápice do Ventrículo Esquerdo (VE) está hiperdinâmico, pois a frequência cardíaca está aumentada, isso leva a um repuxamento do ápice do Ventrículo Direito (VD), explicando assim os movimentos preservados na parede do ápice. 2º: o VD pode ter uma forma mais esférica para equalizar o estresse das paredes regionais quando sujeito a um aumento abrupto na pós carga; 3º: isquemia segmentar da parede livre do

VD devido ao aumento da compressão da parede (McCONNELL et al., 1996; MEYER et al., 2014; SOSLAND; GUPTA, 2008).

RELATO DE CASO

Paciente 44 anos, feminina, do lar, admitida no Hospital Norte Paranaense (HONPAR) com história de dor e edema no pé Direito há trinta dias, evoluindo com quadro de dispneia que piorava aos esforços, associada à tosse seca e dor torácica três dias antes da admissão.

Ao exame físico apresentava-se hemodinamicamente estável (PA 130x80 mmHG), taquicárdica (125 b.p.m.), taquipneica (24 i.p.m.), saturação de Oxigênio 92% em ar ambiente, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em bases; o membro inferior Direito tinha pulsos periféricos presentes, edema na região do pé, cianose plantar e Sinal da Bandeira Positivo. A paciente fazia uso de anticoncepcional oral para tratamento de endometriose.

Nos exames laboratoriais o D-dímero elevou-se para 4750 ug/L e a gasometria arterial denotou hipocapnia e hipoxemia, o restante dos exames laboratoriais eram normais. Foi realizado então Eletrocardiograma cujo ritmo era sinusal, porém apresentava taquicardia, partiu-se então para realização de Ecocardiograma Transtorácico que revelou o Sinal de McConnell, a partir daí a paciente foi encaminhada à Angiotomografia de Tórax que confirmou o diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar, mostrando uma falha de enchimento em topografia do final da artéria pulmonar em seu ramo que vai para a artéria descendente inferior, que vai para o lobo inferior, ramo de segunda ordem, tanto do lado Direito quanto do lado Esquerdo.

No Ecodoppler Color de Membro Inferior Direito apresentou Trombose Venosa Profunda de Veia Femoral Superficial e Veia Poplítea. Foi iniciado então anticoagulação com Rivaroxabana 30mg/dia. A paciente evoluiu com permanência da estabilidade hemodinâmica, melhora da dispneia e dos demais sintomas apresentados agudamente.

No terceiro dia de internação foi realizado novamente o Ecocardiograma Transtorácico onde não se observava o Sinal de McConnell como no anterior. Permaneceu por mais dois dias internada e no quinto dia de internação recebeu alta hospitalar para término do tratamento ambulatorialmente, com Rivaroxabana 30mg/dia por mais 16 dias e 20mg/dia por mais seis meses.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Em geral, a Ecocardiografia tem uma baixa sensibilidade para o diagnóstico de TEP, no entanto a precisão é muito maior no diagnóstico de TEP maciço; a Ecocardiografia pode ser útil em casos de TEP maciço em que um diagnóstico presuntivo rápido é necessário para justificar o uso da terapia trombolítica. Anormalidades de movimentos de paredes regionais poupadoras do ápice do VD (Sinal de McConnell) são particularmente sugestivas de TEP (CHIN et al., 2005; KONSTANTINIDES et al., 2014; RODRIGUES et al., 2013).

REFERÊNCIAS

CHIN, K.M.; KIM, N.H.; RUBIN, L.J. The right ventricle in pulmonary hypertension. **Coron artery disease**. v.16(1):13–18, 2005.

KONSTANTINIDES, S.V. et al. ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. **Eur Heart J**. v.(35):3033-3069, 2014.

MCCONNELL, M.V. et al. Regional right ventricular dysfunction detected by echocardiography in acute pulmonary embolism. **Am J Cardiol**. v.78(4): 469–473, 1996.

MEYER, G. et al. Fibrinolysis for patients with intermediate- risk pulmonary embolism. **N Eng J Med**. v.370(15): 1402-11, 2014.

RODRIGUES, A.C.T. et al. Avaliação do ventrículo direito pelo ecocardiograma com doppler tecidual na embolia pulmonar aguda. **Arq Bras Cardiol**. v.100(6): 524-530, 2013.

SOSLAND, R.P.; GUPTA, K. Images in cardiovascular medicine: McConnell's Sign. **Circulation**. v.118(15):e517–518, 2008.