

ASPECTOS SEMIOLÓGICOS DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

SEMIOLOGICAL ASPECTS OF VENOUS THROMBOEMBOLISM

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.036-036>

Thalles Augusto dos Santos Porfirio

Pós-graduado em Cirurgia Plástica

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)

E-mail: thalles.porfirio@gmail.com

Rodrigo Souza Mauro

Médico, Residente Cirurgia Geral Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini

E-mail: Rodrigo.contato.mauro@gmail.com

Rodrigo Coelho da Luz Silva

Medicina, Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

- Afya

E-mail: Rodrigocls10@outlook.com

Janaina Zimpel Nascimento

Medicina pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ

E-mail: Janazn01@gmail.com

RESUMO

O tromboembolismo venoso (TEV), que compreende principalmente a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), representa importante causa de morbimortalidade em âmbito hospitalar e ambulatorial. Sua apresentação clínica é frequentemente inespecífica, o que torna a semiologia elemento central para a suspeição diagnóstica inicial, estratificação de risco e definição de condutas complementares. Entretanto, os achados semiológicos isolados apresentam sensibilidade e especificidade limitadas, devendo ser integrados ao contexto clínico, fatores de risco e escores preditivos. Na TVP, predominam dor, edema unilateral, aumento de temperatura local, empastamento muscular e dilatação venosa superficial, enquanto na EP destacam-se dispneia súbita, dor torácica pleurítica, taquipneia, taquicardia, hipoxemia e sinais de sobrecarga ventricular direita nos casos graves. Este artigo revisa, de forma sistematizada, os principais aspectos semiológicos do TEV, enfatizando anamnese, exame físico, limitações diagnósticas da propedêutica clínica e correlação com a prática médica.

Palavras-chave: Tromboembolismo venoso; Trombose venosa profunda; Embolia pulmonar; Semiologia; Exame físico; Propedêutica clínica.

ABSTRACT

Venous thromboembolism (VTE), which mainly includes deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE), represents a significant cause of morbidity and mortality in both hospital and outpatient settings. Its clinical presentation is often nonspecific, making semiology a central element for initial diagnostic suspicion, risk stratification, and the definition of complementary procedures. However, isolated semiological findings have limited sensitivity and specificity and should be integrated with the clinical context, risk factors, and predictive scores. In DVT, pain, unilateral edema, increased local temperature, muscle stiffness, and superficial venous dilation predominate, while in PE, sudden dyspnea, pleuritic chest pain, tachypnea, tachycardia, hypoxemia, and signs of right ventricular overload stand out in severe cases. This article systematically reviews the main semiological aspects of venous thromboembolism (VTE), emphasizing anamnesis, physical examination, diagnostic limitations of clinical propaedeutics, and correlation with medical practice.

Keywords: Venous thromboembolism; Deep vein thrombosis; Pulmonary embolism; Semiology; Physical examination; Clinical propaedeutics.

1 INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso constitui síndrome clínica de elevada relevância, englobando a formação de trombos no sistema venoso profundo e sua eventual migração para o leito arterial pulmonar. Trata-se de condição potencialmente fatal, especialmente quando não reconhecida precocemente. Apesar do avanço dos métodos diagnósticos por imagem e dos biomarcadores, a avaliação semiológica permanece decisiva na identificação dos pacientes com probabilidade clínica intermediária ou elevada.

A principal dificuldade semiológica do TEV decorre de sua apresentação variável e muitas vezes oligo ou assintomática. Na TVP, os sintomas podem ser discretos ou confundidos com celulite, ruptura de cisto de Baker, insuficiência venosa, trauma muscular e linfedema. Na EP, a apresentação pode variar desde dispneia leve até colapso hemodinâmico e morte súbita. Assim, a semiologia do TEV não deve ser entendida como ferramenta confirmatória, mas como base para formulação de hipótese diagnóstica fundamentada.

Um dado epidemiológico relevante sobre o tromboembolismo venoso (TEV) no Brasil é que, entre 2008 e 2022, foram registradas 700.315 internações por essa condição no sistema público de saúde, o que representa uma média de 3,02 internações por 10.000 habitantes por ano. A região Sudeste concentrou mais da metade (54,5%) desses casos, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram menor incidência de internações, mas maior proporção de mortalidade hospitalar, possivelmente associada a dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Além disso, dados da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV) indicam que o TEV afeta cerca de 300 mil pessoas por ano no país, sendo considerado a doença cardiovascular mais prevenível, mas ainda responsável por um número significativo de complicações e mortes.

O seguinte artigo objetivou analisar a importância da avaliação semiológica na estratificação de risco clínico dos pacientes com suspeita de TEV, especialmente naqueles com probabilidade intermediária ou elevada.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, do tipo revisão narrativa, com o objetivo de analisar os aspectos semiológicos do tromboembolismo venoso, critérios diagnósticos e perspectivas clínicas. Foi realizada revisão bibliográfica por meio da busca de artigos indexados nas bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e Latindex, além de outras fontes pertinentes ao tema, no mês de março de 2026. O período de referência compreendeu os últimos 15 anos.

Foram utilizados descritores isolados ou combinados semiologia, Transtorno de circulação, disfunção cardiovascular. Como critérios de inclusão, consideraram-se publicações que apresentassem os termos de busca no título ou nas palavras-chave, ou que mencionassem explicitamente, no resumo, relação com o tema proposto. Foram excluídos artigos que não atenderam aos critérios estabelecidos, publicações duplicadas nas bases consultadas, bem como dissertações e teses.

Após a recuperação dos estudos, realizou-se leitura inicial dos títulos e resumos para triagem. Em seguida, procedeu-se à leitura completa de 10 artigos selecionados. Os estudos foram organizados conforme características metodológicas e de amostragem, bem como analisados quanto à fundamentação teórica e às características gerais, incluindo ano de publicação e idioma.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados identificou 25 referências. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 10 publicações foram incluídas na revisão. Quanto ao delineamento metodológico, sete estudos apresentaram abordagem teórica, um estudo adotou desenho transversal e dois consistiram em relatos de caso. Observou-se predominância de publicações em língua inglesa, correspondendo a 84% do total, em comparação às publicações em espanhol e português.

3.1 CONCEITO E BASES FISIOPATOLÓGICAS RELEVANTES À SEMIOLOGIA

O TEV decorre classicamente da interação dos componentes da tríade de Virchow: estase venosa, lesão endotelial e hipercoagulabilidade. Esses mecanismos explicam tanto os fatores predisponentes quanto a expressão clínica da doença.

Na TVP, a obstrução parcial ou total do fluxo venoso produz hipertensão venosa distal, congestão tissular, edema intersticial, distensão local e dor inflamatória. Já na EP, a obstrução da circulação pulmonar leva a desequilíbrio ventilação-perfusão, aumento do espaço morto, hipóxia, vasoconstricção pulmonar reflexa e, nos casos extensos, elevação aguda da pós-carga do ventrículo direito. Tais alterações justificam boa parte dos sinais e sintomas observados ao exame clínico.

3.2 IMPORTÂNCIA DA SEMIOLOGIA NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

A avaliação semiológica no tromboembolismo venoso (TEV) desempenha quatro funções principais: suscitar suspeita clínica inicial em pacientes sintomáticos ou em situação de risco; determinar a probabilidade pré-teste por meio da associação com fatores clínicos; identificar sinais de gravidade, especialmente na embolia pulmonar (EP); e auxiliar no diagnóstico diferencial com outras condições vasculares, infecciosas, musculoesqueléticas e cardiopulmonares. Erros frequentes na prática clínica incluem a supervalorização de sinais clássicos de baixa acurácia, como o sinal de Homans, ou a presunção de que a ausência de edema exclui o diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP). Ademais, observa-se a subestimação da EP na ausência de dor torácica ou hemoptise, uma vez que muitos pacientes apresentam apenas dispneia e taquicardia como manifestações predominantes.

3.3 ASPECTOS SEMIOLÓGICOS DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

3.3.1 Anamnese na suspeita de TVP

A anamnese constitui etapa fundamental na avaliação inicial da suspeita de trombose venosa profunda (TVP), pois permite estimar a probabilidade clínica do evento e direcionar a investigação diagnóstica. As manifestações clínicas mais frequentes incluem dor em membro inferior, habitualmente de início subagudo, edema unilateral, sensação de peso ou tensão segmentar, desconforto à deambulação e aumento do perímetro da panturrilha ou da coxa.

A dor associada à TVP é, em geral, descrita como contínua, em peso, aperto ou tensão, com piora à ortostase e durante a marcha. O edema costuma ser assimétrico e pode vir acompanhado de sensação de empastamento muscular. Nas trombooses proximais, especialmente iliofemorais, o quadro clínico tende a ser mais exuberante, com edema difuso de toda a extremidade, dor mais intensa e limitação funcional mais evidente. Já nas trombooses distais, restritas às veias da panturrilha, os achados podem ser mais discretos, localizados e, por vezes, inespecíficos, o que dificulta o reconhecimento clínico isolado.

Durante a anamnese, é indispensável a pesquisa sistemática de fatores predisponentes transitórios e permanentes. Entre os principais, destacam-se imobilização prolongada, pós-operatório recente — sobretudo após cirurgias ortopédicas, oncológicas ou pélvicas — trauma, neoplasia ativa, gestação, puerpério, uso de estrogênios, internação recente, história prévia de tromboembolismo venoso (TEV), trombofilias, insuficiência

cardíaca, obesidade, viagens prolongadas e doenças inflamatórias sistêmicas. Também devem ser considerados idade avançada, presença de cateter venoso central, síndrome nefrótica e doenças infecciosas ou inflamatórias agudas, conforme o contexto clínico.

A presença de sintomatologia unilateral associada a fator de risco recente ou persistente eleva substancialmente a suspeita clínica de TVP. Entretanto, a anamnese isoladamente não confirma nem exclui o diagnóstico, uma vez que os sintomas apresentam sensibilidade e especificidade limitadas. Dessa forma, sua principal utilidade está na estratificação da probabilidade clínica, em associação ao exame físico e a instrumentos validados, como os escores preditivos, permitindo seleção mais adequada dos exames complementares.

3.3.2 Inspeção

À inspeção, a TVP pode manifestar-se por edema unilateral de membro inferior, aumento do perímetro da panturrilha ou da coxa, assimetria entre os membros, eritema discreto ou coloração violácea, brilho cutâneo secundário à distensão da pele, circulação venosa colateral superficial e empastamento aparente da panturrilha.

Nos quadros extensos, particularmente nas trombozes iliofemorais, os achados costumam ser mais exuberantes, com edema importante, cianose, dor intensa e aumento expressivo do volume do membro acometido. Em apresentações graves, pode ocorrer phlegmasia cerulea dolens, síndrome caracterizada por edema maciço, cianose difusa, dor de forte intensidade e elevado risco de comprometimento da drenagem venosa, com progressão para isquemia tecidual e ameaça à viabilidade do membro.

3.3.3 Palpação

À palpação, a trombose venosa profunda pode cursar com dor localizada ao longo do trajeto venoso profundo, aumento da temperatura local, empastamento muscular, particularmente em panturrilha, tensão dolorosa do compartimento muscular e edema com cacifo de intensidade variável.

A dor à compressão da panturrilha é um achado relativamente frequente, porém de baixa especificidade diagnóstica. O aumento da temperatura local relaciona-se ao processo inflamatório associado à trombose e à congestão venosa regional. O empastamento da musculatura da panturrilha constitui achado semiológico clássico, embora não seja exclusivo de TVP, devendo ser interpretado em conjunto com a anamnese, a inspeção e a probabilidade clínica pré-teste.

3.3.4 Mensuração comparativa dos membros

A medida comparativa do perímetro das panturrilhas, realizada em pontos padronizados, pode reforçar a suspeita de TVP. Diferença superior a 3 cm entre os membros é classicamente valorizada, sobretudo quando associada a edema localizado e dor. Ainda assim, esse dado deve ser interpretado com cautela, pois pode ocorrer em outras condições, como linfedema, hematoma e insuficiência venosa crônica

descompensada.

3.4 SINAIS SEMIOLÓGICOS CLÁSSICOS

3.4.1 Sinal de Homans

O sinal de Homans consiste no desencadeamento de dor em panturrilha à dorsiflexão passiva e forçada do pé, sendo classicamente descrito no exame físico de pacientes com suspeita de trombose venosa profunda. Apesar de sua relevância histórica na semiologia vascular, apresenta baixa acurácia diagnóstica, com sensibilidade e especificidade limitadas, razão pela qual não deve ser empregado de forma isolada para confirmar ou afastar o diagnóstico de TVP.

Além de pouco reprodutível, esse sinal pode estar presente em diversas outras condições musculoesqueléticas e vasculares, como distensão muscular, rotura de cisto poplíteo, celulite, insuficiência venosa e processos inflamatórios locais. Na prática clínica contemporânea, sua utilidade é apenas complementar, dentro de uma avaliação global que inclua anamnese, exame físico completo, estratificação da probabilidade clínica e confirmação por métodos objetivos, especialmente a ultrassonografia venosa com compressão.

3.4.2 Sinal da bandeira, sinal de Olow e outros sinais clássicos

Diversos sinais tradicionais foram descritos historicamente na semiologia vascular, mas têm valor limitado na prática contemporânea, sendo pouco reprodutíveis e de reduzida utilidade diante da variabilidade clínica.

3.4.3 Empastamento de panturrilha

É um dos achados propedêuticos mais lembrados, correspondendo à sensação de endurecimento doloroso da musculatura local à palpação. Apesar de sugestivo, também é inespecífico.

3.4.4 Formas clínicas conforme topografia

A TVP distal: acomete as veias profundas da panturrilha e pode manifestar-se com dor localizada, discreto edema e sensibilidade muscular à palpação. Em muitos casos, apresenta curso oligossintomático ou mesmo assintomático, o que pode dificultar o reconhecimento clínico.

A TVP proximal: envolve as veias poplíteas, femoral ou ilíaca e, em geral, determina quadro clínico mais evidente, com edema mais acentuado, dor difusa, aumento do diâmetro do membro e maior repercussão funcional. Está associada a risco mais elevado de embolia pulmonar em comparação à TVP distal.

A TVP iliofemoral: corresponde à forma mais extensa de trombose proximal, caracterizando-se por

edema importante de todo o membro inferior, dor intensa, cianose, distensão de veias superficiais e limitação funcional acentuada. Nos casos graves, pode evoluir com comprometimento importante do retorno venoso e risco de phlegmasia cerulea dolens

3.5 ASPECTOS SEMIOLÓGICOS DA EMBOLIA PULMONAR

3.5.1 Anamnese na suspeita de EP

A embolia pulmonar (EP) apresenta manifestação clínica heterogênea, variando desde quadros oligossintomáticos até insuficiência respiratória aguda e instabilidade hemodinâmica. Os sintomas mais frequentes incluem dispneia de instalação súbita ou rapidamente progressiva, dor torácica pleurítica, tosse, hemoptise, palpitações, pré-síncope ou síncope, ansiedade inespecífica e fadiga aguda sem causa aparente.

A dispneia constitui o sintoma mais comum e pode ocorrer de forma isolada, especialmente nos casos sem infarto pulmonar associado. A dor torácica costuma ser ventilatório-dependente, geralmente relacionada à irritação pleural secundária a áreas periféricas de infarto pulmonar. A hemoptise, embora classicamente descrita, é menos frequente e costuma ocorrer em pacientes com infarto pulmonar. Palpitações podem refletir taquicardia sinusal ou sobrecarga aguda do ventrículo direito. A ocorrência de pré-síncope ou síncope deve sempre levantar suspeita de maior gravidade, pois pode indicar redução importante do débito cardíaco, repercussão hemodinâmica significativa ou obstrução tromboembólica central.

A anamnese deve incluir investigação dirigida de fatores predisponentes para tromboembolismo venoso (TEV), como história prévia de TVP ou EP, presença de sintomas prévios ou concomitantes sugestivos de trombose venosa profunda, imobilização recente, cirurgia recente, trauma, neoplasia ativa, gestação, puerpério, uso de terapia hormonal com estrogênios e internação hospitalar recente. Também devem ser valorizadas comorbidades cardiopulmonares pré-existentes, como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença coronariana, que podem tanto predispor ao evento quanto dificultar sua diferenciação clínica.

Em pacientes idosos, portadores de múltiplas comorbidades ou hospitalizados, a EP pode manifestar-se de forma menos típica, com piora funcional súbita, taquipneia, dessaturação, confusão mental, hipotensão ou agravamento inexplicado de doença cardiopulmonar de base. Dessa forma, a suspeita clínica deve ser mantida mesmo na ausência da tríade clássica. A avaliação clínica isolada, entretanto, não é suficiente para confirmar ou excluir o diagnóstico, devendo ser integrada à estratificação da probabilidade pré-teste e aos métodos complementares apropriados.

3.5.2 Sinais vitais e avaliação geral

Na embolia pulmonar (EP), os achados clínicos iniciais mais frequentes incluem taquipneia, taquicardia e dessaturação periférica de oxigênio, refletindo comprometimento agudo da perfusão pulmonar e alteração da relação ventilação-perfusão. Febre baixa pode estar presente ocasionalmente, especialmente nos casos

associados a infarto pulmonar, mas é achado inespecífico.

Nos quadros de maior gravidade, podem ocorrer hipotensão arterial, sinais de hipoperfusão periférica e manifestações de choque obstrutivo, particularmente na EP maciça. Nesses casos, observam-se instabilidade hemodinâmica, extremidades frias, sudorese, rebaixamento do nível de consciência, oligúria e, por vezes, cianose, traduzindo falência circulatória secundária à sobrecarga aguda do ventrículo direito.

Embora sejam achados relevantes, esses sinais não são exclusivos da EP e sua ausência não afasta o diagnóstico. Em apresentações menos extensas, o exame físico pode ser pouco expressivo, com alterações discretas ou mesmo normais, o que reforça a necessidade de interpretar os dados clínicos em conjunto com a probabilidade pré-teste e os exames complementares.

Taquipneia e taquicardia constituem achados frequentes na embolia pulmonar, refletindo resposta fisiológica ao aumento súbito do espaço morto pulmonar, à hipoxemia e à sobrecarga cardiopulmonar aguda. Apesar de sua elevada frequência, são manifestações inespecíficas, podendo estar presentes em diversas outras condições respiratórias, cardiovasculares, infecciosas ou metabólicas.

A saturação periférica de oxigênio pode encontrar-se reduzida em decorrência do desequilíbrio ventilação-perfusão e da limitação das trocas gasosas. Contudo, a oximetria pode permanecer dentro da normalidade em casos de menor extensão tromboembólica, em pacientes sem doença cardiopulmonar prévia ou em fases iniciais do quadro. Assim, o achado de oximetria normal não exclui o diagnóstico de embolia pulmonar.

Além disso, a magnitude da dessaturação não guarda relação linear obrigatória com a carga embólica, devendo ser interpretada à luz do contexto clínico global. Dessa forma, a avaliação diagnóstica da suspeita de EP não deve basear-se isoladamente em sinais vitais ou na oximetria, mas na integração entre anamnese, exame físico, estratificação da probabilidade clínica e métodos complementares apropriados.

3.5.3 Inspeção e exame respiratório

Ao exame respiratório, a embolia pulmonar pode manifestar-se por desconforto respiratório, taquipneia e, nos casos mais intensos, uso de musculatura acessória. A expansibilidade torácica costuma estar preservada ou apenas discretamente reduzida. À ausculta pulmonar, o exame pode ser normal ou revelar achados pouco específicos, como redução localizada do murmúrio vesicular, estertores discretos ou atrito pleural, especialmente quando há infarto pulmonar periférico associado.

A relativa pobreza dos achados semiológicos respiratórios, mesmo diante de quadro potencialmente grave, constitui característica importante da embolia pulmonar e não afasta o diagnóstico.

Na embolia pulmonar, um achado semiológico relevante é a relativa escassez de alterações ao exame pulmonar quando comparada à intensidade da dispneia. O paciente pode apresentar desconforto respiratório significativo, com ausculta pulmonar normal ou apenas discretamente alterada.

Quando presentes, os achados auscultatórios costumam ser inespecíficos e pouco exuberantes, incluindo estertores localizados, atrito pleural ou redução segmentar do murmúrio vesicular, especialmente nos casos associados a infarto pulmonar periférico ou pequeno derrame pleural. Essa dissociação entre sintomatologia respiratória importante e exame pulmonar pouco expressivo deve reforçar a suspeita clínica de embolia pulmonar.

3.5.4 Exame cardiovascular

No exame cardiovascular, a embolia pulmonar pode cursar com taquicardia sinusal, hiperfonese do componente pulmonar da segunda bulha (P2), turgência jugular, impulso paraesternal direito, hipotensão arterial e sinais de sobrecarga aguda do ventrículo direito. Em quadros graves, podem ser observadas extremidades frias e outros sinais de hipoperfusão periférica.

Nas formas de maior repercussão hemodinâmica, podem surgir manifestações de insuficiência ventricular direita aguda, como turgência jugular patológica, hepatomegalia congestiva, redução do débito cardíaco e choque obstrutivo. Esses achados traduzem comprometimento cardiovascular significativo, associam-se a pior prognóstico e demandam reconhecimento imediato e intervenção urgente.

3.6 SEMIOLOGIA DA EP DE ACORDO COM A APRESENTAÇÃO CLÍNICA

3.6.1 EP de baixo risco

Pode manifestar-se com dispneia leve, dor pleurítica e taquicardia discreta, sem instabilidade hemodinâmica.

3.6.2 EP com infarto pulmonar

Mais frequentemente cursa com dor pleurítica, tosse, hemoptise, febre baixa e atrito pleural.

3.6.3 EP de risco intermediário

Pode apresentar hipoxemia, taquicardia persistente, sinais de sobrecarga ventricular direita e elevação de marcadores de lesão miocárdica, embora sem choque.

3.6.4 EP de alto risco

Caracteriza-se por hipotensão sustentada, síncope, choque obstrutivo ou parada cardiorrespiratória. Nesses casos, a semiologia assume papel crítico na identificação imediata da gravidade.

3.7 CORRELAÇÃO SEMIOLÓGICA ENTRE TVP E EP

A presença concomitante de sinais clínicos sugestivos de trombose venosa profunda em paciente com dispneia aguda eleva de forma significativa a suspeita de embolia pulmonar. De modo semelhante, parte dos pacientes com embolia pulmonar apresenta trombose venosa profunda assintomática, o que reforça a necessidade de exame físico sistemático dos membros inferiores em toda suspeita de EP.

Entre os principais elementos de correlação clínico-semiológica, destacam-se dispneia de início súbito associada a edema unilateral de membro inferior, dor torácica pleurítica em paciente com dor ou empastamento de panturrilha, síncope em indivíduo com fatores de risco trombótico e hipoxemia sem causa evidente acompanhada de sinais periféricos de trombose venosa. A identificação desses achados em conjunto aumenta a probabilidade clínica de tromboembolismo venoso e contribui para priorização da investigação diagnóstica.

3.8 LIMITAÇÕES DA SEMIOLOGIA NO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

A principal limitação da semiologia do TEV é a sua **baixa especificidade**. Quase todos os sinais e sintomas podem ocorrer em diagnósticos diferenciais frequentes.

Diagnósticos diferenciais da TVP:

- celulite;
- erisipela;
- linfedema;
- ruptura de cisto de Baker;
- hematoma muscular;
- insuficiência venosa crônica;
- tromboflebite superficial;
- lesão musculotendínea;
- síndrome compartimental.

Diagnósticos diferenciais da EP:

- síndrome coronariana aguda;
- pneumonia;
- pneumotórax;
- crise asmática;
- exacerbação de DPOC;
- insuficiência cardíaca aguda;
- pericardite;

- dissecação aguda de aorta;
- transtornos ansiosos com hiperventilação.

Portanto, a semiologia **não substitui** os exames complementares. Seu papel é estimar probabilidade clínica, reconhecer gravidade e orientar a investigação.

3.9 PROBABILIDADE CLÍNICA E INTEGRAÇÃO DA SEMIOLOGIA COM ESCORES

Na prática clínica, os achados semiológicos devem ser integrados a regras de predição clínica, como os escores de Wells para TVP e EP, além do Geneva revisado para EP. Esses instrumentos incorporam elementos da história e do exame físico, como:

- sinais clínicos de TVP;
- frequência cardíaca elevada;
- imobilização ou cirurgia recente;
- hemoptise;
- câncer ativo;
- diagnóstico alternativo menos provável.

O uso desses escores reduz erros de julgamento puramente intuitivo e organiza a propedêutica subsequente, incluindo D-dímero e exames de imagem.

3.10 SINAIS DE GRAVIDADE QUE DEVEM SER RECONHECIDOS AO EXAME CLÍNICO

Na avaliação do TEV, alguns achados impõem urgência diagnóstica e terapêutica.

Na TVP:

- edema maciço do membro;
- cianose;
- dor intensa desproporcional;
- sinais de isquemia venosa;
- suspeita de phlegmasia alba dolens ou cerulea dolens.

Na EP:

- hipotensão arterial;
- síncope;
- rebaixamento do nível de consciência;
- hipoxemia importante;
- taquicardia acentuada;
- turgência jugular;

- sinais de choque.

Esses elementos sugerem maior carga trombótica ou repercussão hemodinâmica significativa.

3.11 DISCUSSÃO

A semiologia do tromboembolismo venoso exige raciocínio clínico disciplinado. O problema não é falta de sinais; é que eles são inespecíficos e frequentemente superinterpretados. Em especial, a TVP não deve ser presumida apenas por dor em panturrilha, assim como a EP não pode ser descartada por ausculta pulmonar normal. A utilidade real da semiologia está em reconhecer padrões clínicos plausíveis dentro de um contexto de risco compatível.

Do ponto de vista prático, três erros devem ser evitados. O primeiro é confiar em sinais clássicos de baixo desempenho diagnóstico, como o sinal de Homans. O segundo é negligenciar fatores de risco transitórios recentes, como viagens longas, pós-operatório ou uso hormonal. O terceiro é subestimar apresentações atípicas, sobretudo em idosos, pacientes oncológicos, gestantes e internados.

Além disso, a semiologia tem papel prognóstico. Na EP, os achados de instabilidade circulatória ou sobrecarga de ventrículo direito identificam pacientes com maior risco de mortalidade precoce. Na TVP extensa, sinais de congestão venosa maciça alertam para risco de perda funcional do membro e complicações graves.

4 CONCLUSÃO

Os aspectos semiológicos do tromboembolismo venoso (TEV) são centrais na avaliação clínica inicial, pois auxiliam na formulação da suspeita diagnóstica, na estratificação da probabilidade clínica e no reconhecimento precoce de sinais de gravidade. Entretanto, os achados semiológicos apresentam sensibilidade e especificidade limitadas quando considerados isoladamente, não sendo suficientes para confirmar ou excluir o diagnóstico.

Na trombose venosa profunda (TVP), os principais achados clínicos incluem edema unilateral, dor no membro acometido, empastamento muscular, aumento da temperatura local e incremento do perímetro da panturrilha ou da coxa. A intensidade das manifestações varia conforme a extensão e a localização da trombose, sendo geralmente mais exuberante nas trombozes proximais, sobretudo iliofemorais. Já nas trombozes distais, o quadro pode ser discreto ou oligossintomático, o que reduz a acurácia da avaliação exclusivamente clínica.

Na embolia pulmonar (EP), predominam dispneia de instalação súbita ou rapidamente progressiva, dor torácica pleurítica, taquipneia, taquicardia e hipoxemia. Em apresentações de maior repercussão hemodinâmica, podem surgir hipotensão arterial, síncope, turgência jugular, sinais de sobrecarga aguda do ventrículo direito e choque obstrutivo. Um aspecto semiológico característico da EP é a possível dissociação

entre a intensidade do desconforto respiratório e a relativa pobreza dos achados ao exame pulmonar.

A interpretação clínica do TEV deve sempre ser realizada de forma integrada aos fatores predisponentes, à avaliação dos diagnósticos diferenciais e ao uso de escores validados de probabilidade clínica, como parte da propedêutica diagnóstica. Dessa forma, a semiologia mantém papel essencial na abordagem inicial, na definição da urgência da investigação e na identificação de pacientes com maior risco de complicações, embora não constitua critério confirmatório autônomo.

REFERÊNCIAS

WELLS, P. S. et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 349, n. 13, p. 1227- 1235, 2003.

WELLS, P. S. et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and D- dimer. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 135, n. 2, p. 98-107, 2001.

SIMEL, D. L. et al. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA*, Chicago, v. 295, n. 2, p. 199-207, 2006.

STEIN, P. D. et al. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism: data from PIOPED II. *The American Journal of Medicine*, New York, v. 120, n. 10, p. 871-879, 2007.

RIGHINI, M. et al. Age-adjusted D-dimer cutoff levels to rule out pulmonary embolism: the ADJUST-PE study. *JAMA*, Chicago, v. 311, n. 11, p. 1117-1124, 2014.

OUDEGA, R. et al. The Wells rule does not adequately rule out deep venous thrombosis in primary care patients. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 143, n. 2, p. 100-107, 2005.

GEERSING, G.-J. et al. Safe exclusion of pulmonary embolism using the Wells rule and qualitative D-dimer testing in primary care: prospective cohort study. *BMJ*, London, v. 345, p. e6564, 2012.

VAN ES, N. et al. The original and simplified Wells rules and age-adjusted D-dimer testing to rule out pulmonary embolism: na individual patient data meta-analysis. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, Oxford, v. 15, n. 4, p. 678-684, 2017.

BERNARDI, E. et al. Diagnosis of deep-vein thrombosis. *Thrombosis Research*, New York, v. 163, p. 201-206, 2018.

KLINE, J. A. et al. Diagnosis and exclusion of pulmonary embolism. *Thrombosis Research*, New York, v. 163, p. 207-220, 2018.