

DOR TORÁCICA NA EMERGÊNCIA: O DESAFIO DE DIFERENCIAR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E EMBOLIA PULMONAR

**Ana Letícia Muniz dos Reis¹, Eduarda da Silva Braga², Giorgia Almeida Buoni³,
Isadora Ialy Gomes Coelho⁴**

¹Universidade Federal do Amazonas, ²Universidade Federal do Amazonas,

³Universidade Federal do Amazonas, ⁴Universidade Federal do Amazonas
(giorgia.buoni@ufam.edu.br)

RESUMO

A dor torácica é uma das principais causas de atendimento nos serviços de emergência, correspondendo a 5% a 10% das consultas. Entre as etiologias potencialmente fatais, destacam-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a Embolia Pulmonar (EP), condições que apresentam importante sobreposição clínica, o que dificulta o diagnóstico diferencial imediato. Este estudo teve como objetivo analisar, por meio de uma revisão sistemática da literatura, os principais sinais e sintomas que auxiliam na distinção entre IAM e EP no contexto da emergência. Foram consultadas as bases PubMed, SciELO, Portal CAPES e Google Acadêmico, incluindo artigos publicados entre 2016 e 2026. Observou-se que nenhum sinal clínico ou exame isolado é suficiente para uma diferenciação segura. Dor opressiva retroesternal associada a sintomas autonômicos sugere IAM, enquanto dor pleurítica de início súbito acompanhada de dispneia e hipoxemia favorece EP. Assim, uma abordagem integrada é essencial para reduzir erros diagnósticos.

PALAVRAS-CHAVE: Infarto agudo do miocárdio. Embolia pulmonar. Diagnóstico diferencial.

ÁREA TEMÁTICA: Sinais e Sintomas.

INTRODUÇÃO

A dor torácica constitui uma das principais causas de atendimento nos serviços de urgência e emergência, representando aproximadamente 5% a 10% das consultas em pronto-socorro (Santos et al., 2018; Miranda et al., 2025). Trata-se de sintoma de amplo espectro etiológico, variando de condições benignas a doenças potencialmente fatais, o que impõe ao profissional de saúde a necessidade de avaliação rápida e criteriosa. Entre as principais causas graves destacam-se o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a embolia pulmonar (EP), ambas associadas a elevada morbimortalidade quando não diagnosticadas precocemente. O IAM decorre da interrupção súbita do fluxo sanguíneo coronariano, resultando em isquemia e necrose miocárdica, enquanto a EP caracteriza-se pela obstrução da circulação pulmonar, geralmente por trombos oriundos do sistema venoso profundo, levando à sobrecarga ventricular direita e comprometimento da oxigenação (Sarpa

et al., 2025; Barros e Silva et al., 2025). Apesar de apresentarem bases fisiopatológicas distintas, IAM e EP compartilham manifestações clínicas semelhantes, como dor torácica, dispneia, taquicardia e alterações eletrocardiográficas, o que dificulta o diagnóstico diferencial na prática emergencial (Yue et al., 2023; Zelfani et al., 2019). A sobreposição clínica pode levar tanto a atrasos terapêuticos quanto a intervenções inadequadas. Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender os principais sinais e sintomas que auxiliam na diferenciação entre IAM e EP, visando otimizar a tomada de decisão clínica e reduzir erros diagnósticos na emergência.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é analisar os principais sinais e sintomas que auxiliam na diferenciação entre infarto agudo do miocárdio e embolia pulmonar em casos emergenciais. Como objetivos específicos, busca-se identificar as características clínicas mais frequentes de cada condição, comparar os achados comuns e distintivos entre ambas e destacar a importância de uma abordagem integrada para o diagnóstico diferencial.

METODOLOGIA

Revisão sistemática da literatura realizada nas bases PubMed, SciELO, Portal CAPES e Google Acadêmico. Utilizaram-se os descritores: Infarto Agudo do Miocárdio; Embolia Pulmonar; Dor Torácica na Emergência. Foram incluídos artigos publicados entre 2016 e 2026, em português, espanhol ou inglês, diretamente relacionados ao tema. Excluíram-se estudos fora do período proposto, publicações incompletas, duplicadas ou não científicas. Após análise de elegibilidade, os artigos selecionados compuseram a presente revisão.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O IAM resulta da interrupção do fluxo sanguíneo coronariano, levando à necrose miocárdica. A EP decorre da obstrução da circulação pulmonar, gerando sobrecarga do ventrículo direito e comprometimento da oxigenação. Embora distintas fisiopatologicamente, ambas podem apresentar dor torácica e dispneia. O IAM tipicamente manifesta dor opressiva retroesternal com sintomas autonômicos. A EP costuma cursar com dor pleurítica e dispneia súbita. Entretanto, alterações eletrocardiográficas e elevação de biomarcadores cardíacos podem ocorrer em ambas as condições, dificultando a diferenciação. Assim, a avaliação integrada entre dados clínicos e exames complementares é fundamental para maior precisão diagnóstica.

DISCUSSÃO

O manejo da dor torácica permanece como um dos principais desafios diagnósticos na prática da emergência, representando parcela significativa dos atendimentos em pronto-socorro (Santos et al., 2018; Miranda et al., 2025). Apesar de grande parte dos casos não estar associada a condições imediatamente fatais, a necessidade de exclusão precoce de diagnósticos como infarto agudo do miocárdio (IAM) e embolia pulmonar (EP) exige abordagem sistemática, criteriosa e baseada em evidências. O estudo de Miranda e

Rampellotti (2019) demonstrou que, entre pacientes atendidos por dor torácica em unidade de pronto atendimento, apenas pequena fração apresentava IAM confirmado, evidenciando a discrepância entre a frequência da queixa e a incidência real de síndrome coronariana aguda. Esse achado reforça a importância do diagnóstico diferencial estruturado, evitando tanto hospitalizações desnecessárias quanto altas inadequadas. No contexto do IAM, a dor torácica típica é descrita como opressiva, retroesternal, podendo irradiar para membro superior esquerdo, mandíbula ou dorso, frequentemente associada a sudorese, náuseas e mal-estar (Reggi; Stefanini, 2016; Barros e Silva et al., 2025). Entretanto, apresentações atípicas são frequentes, especialmente em idosos, mulheres e pacientes com diabetes, podendo manifestar-se predominantemente como dispneia ou sintomas inespecíficos (Barros e Silva et al., 2025; Miranda et al., 2025). Essa variabilidade clínica amplia a complexidade diagnóstica. Por outro lado, a embolia pulmonar caracteriza-se classicamente por dor torácica pleurítica, de início súbito, associada a dispneia, taquipneia e hipoxemia (Serpa et al., 2025). Contudo, relatos de caso demonstram que a EP pode mimetizar o IAM de forma significativa. Yue et al. (2023) descreveram caso de embolia pulmonar com elevação do segmento ST e aumento de troponina, inicialmente conduzido como infarto com supradesnivelamento do ST. De forma semelhante, Zelfani et al. (2019) relataram paciente com alterações eletrocardiográficas sugestivas de IAM, cujo diagnóstico definitivo foi estabelecido apenas após angiotomografia pulmonar. A sobrecarga aguda do ventrículo direito na EP pode levar à elevação de biomarcadores cardíacos, especialmente troponina, contribuindo para erro diagnóstico quando esses achados são interpretados isoladamente (Serpa et al., 2025). No âmbito dos exames complementares, Voltolin et al. (2024) destacam a relevância do Sinal de Palla como achado radiográfico sugestivo de embolia pulmonar, embora de baixa sensibilidade isolada. A integração entre achados clínicos, radiográficos e laboratoriais mostrou-se fundamental para aumentar a precisão diagnóstica. Protocolos estruturados de atendimento à dor torácica, incluindo unidades especializadas e modelos sistematizados de avaliação, demonstram impacto positivo na organização do fluxo assistencial e na estratificação de risco (Reggi; Stefanini, 2016; Santos et al., 2018). A Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência reforça que a correlação entre características da dor, fatores de risco, alterações eletrocardiográficas e biomarcadores deve nortear a tomada de decisão clínica (Barros e Silva et al., 2025). Dessa forma, os estudos analisados convergem ao indicar que nenhum sinal ou exame isolado é suficiente para diferenciar IAM e EP com segurança. A abordagem integrada, baseada em anamnese detalhada, exame físico direcionado, eletrocardiograma precoce, dosagem seriada de troponina e exames de imagem apropriados, permanece a estratégia mais eficaz para reduzir erros diagnósticos e atrasos terapêuticos.

RESULTADOS

Os estudos confirmam que a dor torácica é frequente na emergência, mas apenas pequena proporção corresponde a IAM. No IAM, predomina dor opressiva irradiada com sintomas autonômicos; na EP, dor pleurítica associada a dispneia súbita. A EP pode cursar com elevação do segmento ST e troponina, simulando infarto agudo do miocárdio. A interpretação isolada de ECG e biomarcadores foi apontada como

fator de erro diagnóstico. Protocolos estruturados e escores clínicos demonstraram impacto positivo na organização do atendimento e na precisão diagnóstica.

CONCLUSÃO

A diferenciação entre IAM e EP permanece desafiadora devido à sobreposição clínica e laboratorial. A interpretação isolada de achados pode levar a condutas inadequadas. A abordagem integrada e sistematizada é essencial para reduzir erros diagnósticos e melhorar os desfechos clínicos na emergência.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

BARROS E SILVA, Pedro Gabriel Melo de *et al.* **Diretriz brasileira de atendimento à dor torácica na unidade de emergência – 2025.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 122, n. 9, e20250620, 2025.

MIRANDA, Andrea Valeria de Souza; RAMPELLOTTI, Luis Fernando. **Incidence of chest pain as a symptom of acute myocardial infarction in an urgent care unit.** *BrJP – Brazilian Journal of Pain*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 44–48, 2019.

MIRANDA, Juliana da Costa Gonçalves *et al.* **Dor torácica no pronto atendimento: diferenciando diagnósticos graves e funcionais.** *Journal of Medical and Biosciences Research*, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 1210–1239, 2025.

REGGI, Silvio; STEFANINI, Edson. **Diagnóstico das síndromes coronarianas agudas e modelo sistematizado de atendimento em unidades de dor torácica.** *Revista da SOCESP*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 78–85, 2016.

SANTOS, Elizabete Silva dos *et al.* **Dor torácica na sala de emergência: quem fica e quem pode ser liberado?** *Revista da SOCESP*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 394–402, 2018.

SERPA, Jhenifer da Silva *et al.* **Differential diagnoses of acute myocardial infarction.** *Journal of Medical Science and Evidences*, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 1–14, 2025.

VOLTOLIN, Gabriela *et al.* **Revisão integrativa de estudos de caso do sinal de Palla: sua importância no diagnóstico da embolia pulmonar.** *Revista Multidisciplinar em Saúde*, [S.l.], v. 5, n. 1, 2024.

YUE, Xiao-lin *et al.* **Acute pulmonary embolism presenting with electrocardiographic signs and serum biomarkers of ST-segment elevation myocardial infarction: a case report.** *Journal of International Medical Research*, Londres, v. 51, n. 9, 2023.

ZELFANI, Saida *et al.* **Pulmonary embolism mimicking acute myocardial infarction: a case report and review of the literature.** *Pan African Medical Journal*, Kampala, v. 33, p. 275, 2019.