

Dispneia posicional

Introdução

A American Thoracic Society define dispneia como “uma experiência subjectiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade”

[1]. As diferentes qualidades sensoriais são: esforço/trabalho, aperto torácico e fome de ar.

Essas sensações distintas, na maioria dos casos, não ocorrem isoladamente, e as sensações de dispneia variam também no nível de desagrado que causam e no seu significado emocional e comportamental.

Embora já se considere há muito tempo a ortopneia como dispneia na posição de supino, aliviada pelo sentar na vertical, outros tipos de dispneia posicional foram reconhecidos mais recentemente, como a platipneia (dispneia na posição vertical, aliviada pelo deitar horizontal; muitas vezes associada a ortodeoxia), a flexopneia (*bendopnea*, dispneia na inclinação para a frente ou ao dobrar-se) e a trepopneia (dispneia ao deitar-se de um lado). A compreensão destas categorias de dispneia posicional é importante para estreitar o diagnóstico diferencial [2].

Ortopneia

O termo ortopneia deriva do grego “orto”, que significa “vertical”, e “pneîn”, que significa “respirar”. O termo refere-se à dispneia que é exacerbada na posição de supino e aliviada na posição vertical. Este tipo de dispneia posicional já foi descrito no início dos anos 1500 [2]. É convencionalmente entendida como um sintoma de insuficiência cardíaca congestiva.

Geralmente pergunta-se ao doente quantas almofadas necessita para dormir, para evitar a ortopneia.

A ortopneia ocorre na insuficiência cardíaca porque o ventrículo esquerdo disfuncional não consegue relaxar adequadamente ou bombear o retorno venoso aumentado dos membros inferiores e esplâncnico na posição de supino, aumentando a pressão a jusante e a congestão venosa pulmonar [2]. A ortopneia está fortemente associada à dispneia paroxística noturna, em que o doente acorda e se levanta ofegante. No entanto, a ortopneia tem sensibilidade de 88% para insuficiência cardíaca, mas especificidade de apenas 43%, porque se associa a outras patologias.

Há várias causas não cardíacas de ortopneia [2]:

- Paralisia diafragmática – há um deslocamento cefálico dos órgãos abdominais na posição de supino com compressão pulmonar.
- Ascite – a compressão diafragmática pela ascite pode provocar um efeito semelhante ao da paralisia diafragmática.
- DPOC – os pulmões hiperinsuflados aumentam a capacidade funcional residual, impedindo o aumento da capacidade inspiratória em supino, como nas pessoas normais, e mantêm o volume corrente perto da capacidade pulmonar total, quando o pulmão é menos flexível; o achatamento do diafragma pela hiperinsuflação é mecanicamente desvantajoso, tornando-o menos capaz de se acomodar ao aumento do trabalho respiratório.
- Estreitamento das vias aéreas – a compressão das vias aéreas por tumores externos ou por bócios ou tumores intraluminais, pode manifestar-se por ortopneia pela incapacidade de manter as vias aéreas patentes em decúbito.
- Lesões que ocupam espaço no mediastino – podem comprimir directamente o coração ou vasos sanguíneos importantes.

Platipneia

“Plat” significa “plano” em grego [2]. A platipneia é o oposto da ortopneia, em que o doente tem dispneia quando se levanta e melhora quando se deita. Este sintoma foi descrito pela primeira vez em 1949 por Burchell et al. [2]. A platipneia é rara, mas clinicamente significativa, indicando, em geral, shunt intracardíaco ou intrapulmonar. A platipneia é geralmente acompanhada de ortodeoxia, que é uma diminuição da pressão parcial de O₂ arterial de 4 mm Hg ou da saturação de O₂ arterial de 5% na posição vertical, em conjunto designada síndrome platipneia-ortodeoxia. No entanto, as duas entidades nem sempre coexistem, como no caso de malformações arteriovenosas pulmonares, nas quais a ortodeoxia está presente sem platipneia [2].

Causas da síndrome platipneia-ortodeoxia:

- Causas cardíacas – As causas cardíacas da síndrome platipneia-ortodeoxia requerem 2 componentes. Um shunt intracardíaco, mais frequentemente um forâmen oval patente, ou com menos frequência um defeito septal auricular ou um aneurisma septal auricular fenestrado. Como a pressão auricular esquerda é mais elevada fisiologicamente, o shunt direito-esquerdo só ocorre se houver outro factor precipitante. Na posição vertical, o reposicionamento do septo auricular facilita o fluxo através do shunt intracardíaco na dilatação da raiz aórtica, no aneurisma da aorta e na cifoescoliose torácica [2]. Outras

causas de aumento da pressão auricular direita incluem a hipertensão pulmonar, em geral, e, em particular, o embolismo pulmonar.

- Síndrome hepatopulmonar – é uma complicação vascular pulmonar de doença hepática crônica com hipertensão portal, caracterizada por dilatação/shunting vascular intrapulmonar e hipoxemia arterial [3]. A prevalência varia entre 4% e 47%, dependendo dos critérios diagnósticos adotados. A sua patogénese envolve a depuração hepática comprometida e aumento sistémico da produção de mediadores vasodilatadores e angiogénicos, incluindo o óxido nítrico e o factor de crescimento endotelial vascular, levando a dilatação vascular intrapulmonar dos vasos precapilares e capilares e angiogénese anormal. Essas alterações são especialmente proeminentes nas zonas pulmonares inferiores. Sentar e levantar aumentam o fluxo sanguíneo nesses vasos anormais, agravando o desequilíbrio da relação ventilação-perfusão e o shunt.

Flexopneia (bendopneia)

A flexopneia é a dispneia que ocorre em até 30 segundos após inclinar-se para a frente quando sentado. É um termo relativamente recente, descrito pela primeira vez em 2013 como flexo-dispneia [2]. Não existe uma posição padronizada, mas, na vida diária, o doente pode sentir dispneia ao apertar os cordões dos sapatos ou ao apanhar coisas do chão. A flexopneia pode estar presente em algumas pessoas normais, mas o início da flexopneia é muito mais rápido nos doentes com insuficiência cardíaca (média de 8 segundos) do que nos que não têm insuficiência cardíaca (média de 21,2 segundos).

Na insuficiência cardíaca, a posição dobrada aumenta a já elevada pressão de enchimento ventricular, o que, por sua vez, aumenta o retorno venoso devido ao aumento da pressão intra-abdominal. Na DPOC, a flexopneia pode ocorrer devido à pressão no diafragma. Parece que a flexopneia, além de apoiar o diagnóstico, está também associada a doença avançada e pior prognóstico [2].

Trepopneia

Trepopneia deriva de “trepo”, que significa “virado” em grego [2]. É a dispneia que ocorre num decúbito lateral, mas não no outro. Foi descrito em 1937 em doentes com patologias cardíacas.

A trepopneia traduz insuficiência cardíaca ou patologias pulmonares assimétricas, como derrame pleural unilateral ou disfunção diafragmática unilateral. Na insuficiência cardíaca, a maioria dos doentes prefere adoptar o decúbito lateral direito, dado que a trepopneia ocorre frequentemente

em decúbito lateral esquerdo [2]. As explicações para a trepopneia em decúbito lateral esquerdo incluem a consciência do batimento cardíaco contra a parede torácica esquerda, particularmente com maior dilatação ventricular esquerda, e o aumento da actividade cardíaca simpática. Além disso, o predomínio de derrames pleurais à direita na insuficiência cardíaca, pode contribuir para essa preferência.

Nas patologias intratorácicas unilaterais, a trepopneia pode ocorrer quando o pulmão saudável está para cima ou quando está para baixo. Quando o pulmão saudável está para cima, a diminuição da perfusão mediada pela gravidade leva à redução da oxigenação, que não é adequadamente compensada pelo pulmão doente [2]. Isto causa trepopneia em massas que invadem a artéria pulmonar do pulmão que está para baixo, como cancro do pulmão e linfoma do mediastino. Pode também ocorrer se houver um colapso das vias aéreas excessivo que impeça a ventilação no pulmão que está por baixo.

Quando o pulmão saudável está para baixo, a trepopneia pode também ocorrer se esse pulmão for comprimido pelo mediastino. A trepopneia também pode ocorrer em derrames pleurais unilaterais ou assimétricos, quando o pulmão saudável está para baixo [2].

Sobreposição de causas de dispneia posicional

Na prática, os doentes podem apresentar mais do que um tipo de dispneia posicional. A sobreposição pode mesmo ajudar a estreitar o diagnóstico diferencial. Por exemplo, a presença conjunta de ortopneia, trepopneia e flexopneia ocorre na insuficiência cardíaca [2]. A ortopneia e a trepopneia podem ocorrer na disfunção diafragmática.

As comorbilidades também podem influenciar a dispneia posicional. A obesidade, em particular, pode, por si só, causar dispneia posicional, sobretudo nos casos mais graves.

Referências

1. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, Calverley PM, Giff AG, Harver A, Lareau SC, Mahler DA, Meek PM, O'Donnell DE; American Thoracic Society Committee on Dyspnea. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012 Feb 15;185(4):435-52. doi: 10.1164/rccm.201111-2042ST.
2. Yang H, Ng IKS, Thong C, See KC. Positional dyspnea: A brief review. *Am J Med*. 2026 Mar;139(3):287-298. doi: 10.1016/j.amjmed.2025.11.016.

3. Alachraf K, Brunner M, Baatya R. Breathless on standing: hepatopulmonary syndrome in chronic liver disease. *AIM Clinical Cases*. 2026;5:e251421. doi:10.7326/aimcc.2025.1421