

relato mostra um caso raro, em que a discinesia ciliar primária era acompanhada de situs inversus, caracterizando a denominada síndrome de Kartagener. **Objetivo:** Síndrome de Kartagener diagnosticada em paciente adulta, com alerta médico para o diagnóstico da discinesia ciliar. **Método:** Exposição e análise do quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, que levaram ao diagnóstico e conduta terapêutica do caso. **Resultados:** Paciente feminina, 38 anos, procurou o ambulatório de pneumologia por episódios frequentes de pneumonias e infecções de vias aéreas superiores desde a infância, caracterizadas por tosse com expectoração esverdeada em quantidade superior a 100 ml/dia, associada a coriza, prurido e obstrução nasal, crises esternutatórias, dispnéia discreta e sensação de febre esporádica, com períodos assintomáticos de no máximo 15 dias. Apresentava ainda, episódios repetidos de otalgia, otorrêia e sinusite, acompanhada pela otorrinolaringologia há 14 anos devido a sinusopatia e hipoacusia do tipo condutiva. Dois irmãos com quadro semelhante. Exame físico na ocasião, em bom estado geral, com roncos esparsos e crepitações inspiratórias e expiratórias grosseiras em bases pulmonares. À ausculta cardíaca as bulhas eram melhor audíveis em hemitórax direito, sugerindo dextro-cardia e não havia sopros. Uma tomografia computadorizada de tórax, de alta resolução, mostrou bronquiectasias varicosas e cilíndricas e bronquioloectasias do lobo superior esquerdo, bronquioloectasias e bronquiectasias com impactione mucóide nos segmentos basais medial e posterior do lobo inferior direito e situs inversus totalis com estruturas vasculares de aspecto normal. Sinusite de repetição, hipoacusia, situs inversus e bronquiectasias permitiram o diagnóstico da síndrome de Kartagener, uma forma grave de discinesia ciliar. **Conclusão:** Trata-se de um caso de discinesia ciliar diagnosticado tardiamente apesar da presença do situs inversus, facilmente reconhecível e que caracteriza a síndrome de Kartagener. O diagnóstico de discinesia ciliar deve ser sempre investigado quando houver queixa de infecções repetidas de vias aéreas superiores, independente da presença de situs inversus ou não, uma vez que tal mal-formação pode estar ausente em quase metade dos casos.

**P0545 ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE, BRONQUIECTASIAS, BOLHA PULMONAR GIGANTE E ENFISEMA EM PACIENTE NÃO TABAGISTA: RELATO DE CASO**

ROGERIO CARVALHO TOLEDO<sup>1</sup>; ROSIMARA EVA FERREIRA ALMEIDA<sup>2</sup>; MANOEL CAMELO PAIVA NETO<sup>3</sup>; MATEUS PIGOSSI NEVES<sup>4</sup>; EDGARD SANTOS MAESTRO<sup>5</sup>; PATRÍCIA EIKO YAMAKAWA<sup>6</sup>  
1,2,4,5,6.UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL;  
3.UUNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

**PALAVRAS-CHAVE:** ASMA; BRONQUIECTASIA; BOLHA PULMONAR GIGANTE

**Introdução:** A susceptibilidade para desenvolver doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) resulta da combinação de fatores genéticos e ambientais. O mais importante fator de risco ambiental é o tabagismo, enquanto a deficiência severa de alfa-1-antitripsina é um comprovado fator de risco genético. A identificação de pacientes com DPOC portadores de deficiência de alfa-1-antitripsina é de extrema importância, uma vez que permite a instituição precoce do tratamento adequado, prevenindo ou atrasando a doença pulmonar severa e melhorando a qualidade de vida desses pacientes. **Objetivo:** Relato de caso de asma de difícil controle, bronquiectasias, enfisema e bolha pulmonar enfisematosa gigante em paciente não tabagista e cuja investigação evidenciou deficiência de alfa-1-antitripsina. **Método:** Exposição e análise quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, que levaram ao diagnóstico e conduta terapêutica do caso. **Resultados:** V.L.B., 61 anos, sexo feminino, em acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília há 12 anos por asma desde a infância, enfisema e bronquiectasias. Há 6 meses com piora das crises asmáticas caracterizadas por dispnéia intensa e cianose. Há 3 dias com persistência da dispnéia e cianose intensas e necessidade contínua de oxigenioterapia. Com este quadro paciente foi admitida com a hipótese de descompensação infecciosa, iniciando tratamento antimicrobiano, além de corticoterapia e uso de beta-2-agonista. Radiografia de tórax na ocasião evidenciou bolha pulmonar gigante que, comparativamente à anterior mostrou-se aumentada há 6 meses. Tomografia computadorizada de tórax confirmou o achado, evidenciando enfisema panlobular mais evidente em bases pulmonares, principalmente à direita. Observa-se também atelectasia compressiva do parênquima adjacente à grande bolha enfisematosa em lobo inferior direito. Espirometria recente evidenciou um distúrbio ventilatório obstrutivo grave com amputação da capacidade vital forçada e sem resposta ao alfa-1-antitripsina. Por falta de condições técnicas e financeiras anteriormente, só agora foi considerada a dosagem de alfa-1-antitripsina(22mg/dl). Paciente recebeu alta após melhora do quadro, devendo

ser submetida a avaliação pletismográfica da função pulmonar visando saber o que poderá restar do parênquima pulmonar, caso seja submetida a lobectomia inferior. **Conclusão:** A deficiência de alfa-1-antitripsina não é uma doença rara, porém é subdiagnosticada e, portanto, deve ser sempre uma hipótese naqueles casos de asma de difícil controle, bronquiectasias sem outra causa aparente, além de enfisema precoce em fumantes e de enfisema em não tabagistas.

**P0546 TEP MACIÇO E ISQUEMIA MESENTÉRICA CONCOMITANTES EM PACIENTE INFECTADO PELO HIV: UMA CATÁSTROFE VASCULAR**

SABRINA BOLLMANN GARCIA<sup>1</sup>; ANA CAROLINA PEÇANHA ANTÔNIO<sup>2</sup>; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO<sup>3</sup>; MARCELO BASSO GAZZANA<sup>4</sup>  
1,2,4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL;  
3.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

**PALAVRAS-CHAVE:** TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO; ISQUEMIA MESENTÉRICA; INFECÇÃO PELO HIV

**Introdução:** Evidências crescentes sugerem que pacientes HIV positivos apresentam um risco maior de eventos tromboembólicos que a população geral. Entretanto, a ocorrência de eventos tromboembólicos simultâneos não é comumente descrita. **Objetivo:** descrever o caso de um paciente HIV positivo com TEP maciço associado concomitante à isquemia mesentérica. **Materiais e métodos:** relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (unitermos: HIV infection; hipercoagulable state; pulmonary embolism; mesenteric isquemia). **Resultados:** paciente masculino, 49 anos, tabagista, soropositivo para o HIV em tratamento (CD4: 600; carga viral < 50), apresenta-se na emergência com história de tosse seca, dispnéia progressiva, febre e perda de peso há 4 meses. Ao exame estava taquicárdico (FC: 115 bpm) e hipotenso (PA: 90/60 mmHg); Rx de tórax com ténue infiltrado intersticial difuso. Tratado empiricamente com Levofloxacina para infecção respiratória, tendo melhora parcial dos sintomas. No terceiro dia apresentou dor abdominal súbita de grande intensidade associado a hipoxemia (SpO2 77%), com leve distensão abdominal mas sem sinais de peritonismo. Houve melhora parcial com sintomáticos, porém 24 horas após evoluiu com insuficiência respiratória e choque circulatório. TC de tórax e abdome mostrou grande trombo em tronco da artéria pulmonar, trombo em aorta adominal e pneumatose intestinal. Ecocardiograma demonstrou trombo em tronco da artéria pulmonar com extensão para os ramos direito e esquerdo, diâmetro de ventrículo direito de 3 cm e pressão sistólica de artéria pulmonar estimada em 56 mmHg. Tentativa de trombólise farmacológica com Estreptoquinase sem resposta. Dezoito horas após foi a laparotomia exploradora, que mostrou isquemia de todo intestino delgado e cólon sem possibilidade de ressecção compatível com a vida. Duas horas após evoluiu para óbito. **Discussão:** Estudos demonstram uma incidência 2 a 8 vezes maior de eventos tromboembólicos em pacientes HIV positivos na ausência de fatores de risco clássicos para trombofilia. Após extensa revisão da literatura, este é o primeiro caso no conhecimento dos autores de TEP maciço associado à isquemia mesentérica relatado. Deve-se ficar cada vez mais atento para a associação de eventos tromboembólicos em pacientes portadores do HIV, especialmente porque o retardo diagnóstico significa aumento significativo do risco de mortalidade. **Conclusão:** Paciente infectados pelo HIV podem apresentar eventos tromboembólicos concomitantes e ameaçadores a vida, como tromboembolismo pulmonar e isquemia mesentérica.

**P0547 EMBOLECTOMIA CIRÚRGICA EM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBAGUDO: RELATO DE CASO**

VINICIUS DAL MASO<sup>1</sup>; SABRINA BOLLMANN GARCIA<sup>2</sup>; ALESSANDRA HOFSTADLER DEIQUES FLEIG<sup>3</sup>; KÁTIA RUTTER JENSEN<sup>4</sup>; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN<sup>5</sup>; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO<sup>6</sup>; MARCELO BASSO GAZZANA<sup>7</sup>  
1,2,3,4,7.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL;  
5,6.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

**PALAVRAS-CHAVE:** TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBAGUDO; SÍNDROME ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDEO; LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

**Introdução:** A apresentação subaguda do tromboembolismo pulmonar (TEP) é definida pela evolução clínica de 2 a 12 semanas e, embora pouco comum, possui altas taxas de mortalidade. As manifestações clínicas geralmente são menos dramáticas que o TEP agudo, dificultando o diagnóstico. O manejo desses casos ainda não está padronizado, visto que a resposta terapêutica