

Síndrome do Desconforto Respiratório do Adulto (SDRA) secundária a SEG. A paciente foi tratada segundo os preceitos da estratégia protetora, utilizando-se o modo pressão controlada com volume corrente 6mL/kg e recrutamento alveolar com titulação da PEEP para a melhor complacência do sistema respiratório. Iniciada também antibióticoterapia empírica inclusive para vírus respiratórios. Realizou fundo de olho que mostrou sinais de embolia retiniana (Manchas de Roth), além de lavado broncoalveolar sem crescimento bacteriano e culturas periféricas negativas. Como complicação, apresentou insuficiência renal aguda sendo iniciada hemodiálise no 3º dia internação. A paciente teve boa evolução, com melhora progressiva da relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, sendo extubada no 8º dia de UTI e com alta hospitalar em 60 dias. **Conclusão:** A Síndrome da Embolia Gordurosa é complicação rara porém potencialmente fatal de procedimentos estéticos, principalmente a lipoaspiração e lipoenxertia, e se apresenta tipicamente com a tríade de insuficiência respiratória progressiva, alterações do nível de consciência e petéquias. O diagnóstico da SEG é clínico, e ainda não há tratamento específico. No caso relatado, a paciente apresentou SDRA secundária a SEG, respondendo bem às manobras de recrutamento alveolar e ventilação mecânica protetora.

#### **PO685 BRONCSCOPIA FLEXÍVEL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Gazzana MB, Damian FB, Svartman FM, De Oliveira HG, Silva DR, Albanese R, John AB, Xavier RG

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.*

**Palavras-chave:** Fibrobroncoscopia; Unidade de Terapia Intensiva; Acurácia

**Introdução:** A fibrobroncoscopia tem sido amplamente utilizada nas Unidades de Terapia Intensiva. Entretanto, estudos realizados em nosso meio são escassos. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados da experiência do Unidade de Endoscopia Respiratória do HCPA na utilização da broncoscopia flexível em pacientes internados na UTI. **Métodos:** Delineamento: coorte histórica, não controlada, de janeiro/2002 a março/2006. Análise descritiva e comparação entre as variáveis categóricas pelo teste do qui-quadrado e exato de Fisher ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** 16,78, com predomínio de homens (54,1%). A principal indicação foi para diagnóstico em 87,8% (n = 138). Sintomas mais relatados: tosse (30,5%, n = 48), dispnéia (31,2%, n = 49) e emagrecimento (5,7%, n = 9). A via de introdução do fibrobroncóscopo foi mais frequentemente o TOT 65,6% (n = 103), e o regime sedativo fentanil (66,8%, n = 105) e midazolam (48,4%, n = 76). Os principais achados endoscópicos foram secreção (50,3%, n = 79), hiperemia (16,5%, n = 26), sangramento/coágulos (18,4%, n = 29), edema (10,8%, n = 17) e obstrução (3,8%, n = 6). Procedimentos diagnósticos adicionais foram realizados: biópsia endobrônquica (10,1%, n = 16), LBA (64,3%, n = 101), LB (7,6%, n = 12) e biópsia brônquica/transbrônquica (3,8%, n = 6). As complicações descritas foram hipoxemia grave (3,18%, n = 5), sangramento (4,45%, n = 7), arritmia cardíaca (0,63%, n = 1) e hipotensão (1,27%, n = 2). Houve apenas um pneumotórax e não houveram óbitos relacionados ao procedimento. Houve associação estatisticamente significativa entre hemoptise e achados na FBC de sangramento/coágulos. No período do estudo, foram realizadas 157 fibrobroncoscopia na UTI A média de idade dos pacientes foi de 48,29 anos (DP). **Conclusão:** A broncoscopia flexível é um exame seguro, tendo utilidade diagnóstica em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

#### **PO686 TRATAMENTO DA PARALISIA DIAFRAGMÁTICA BILATERAL COM VPPNI (VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA NÃO INVASIVA). RELATO DE CASO**

Maia IS<sup>1</sup>, Grumann ACB<sup>2</sup>, Pincelli M<sup>3</sup>

*1. Hospital SOS Cardio, Fpolis, SC, Brasil; 2,3. Hospital Nereu Ramos, Fpolis, SC, Brasil.*

**Palavras-chave:** BIPAP; Paralisia diafragma; Cirurgia cardíaca

**Introdução:** A lesão do nervo frênico após cirurgia cardíaca ocorre devido à injúria causada pela solução cardioplégica fria ou por lesão direta naqueles pacientes que utilizaram a artéria mamária interna. Esta complicação tem aumentado de incidência em todas as idades. Os adultos toleram melhor a paralisia porque geralmente conseguem compensar a mecânica respiratória ineficiente. Muitos estudos mostram que a maior parte dos casos são clinicamente irrelevantes, contudo, alguns adultos necessitam de Ventilação Mecânica. Por isso, estamos relatando um caso de paralisia diafragmática severa em paciente adulta submetida à troca de prótese valvar mitral tratada com VPPNI. **Objetivos:** Relatar um caso de paralisia diafragmática severa em paciente submetida à troca de prótese valvar mitral em junho de 2005 tratada com BiPAP. **Métodos:** Paciente de 46 anos, sem antecedentes de doenças pulmonares, submetida à troca de válvula mitral em junho de 2005. Evoluiu com dificuldade de desmame da ventilação mecânica após 24 horas do procedimento cirúrgico. A paciente não suportava o modo de Pressão de Suporte (PS), ocorrendo taquipnéia, ansiedade, dessaturação à oximetria de pulso, taquicardia e desconforto respiratório importante. O Rx mostrava elevação das cúpulas diafragmáticas bilaterais e sinais de hipoventilação em bases pulmonares. Não tinha febre, secreção traqueal ou leucocitose com desvio à esquerda ao hemograma. A gasometria mostrava hipoxemia e hipercapnia. Realizado então fluoroscopia que confirmou a paralisia diafragmática bilateral. Foi tentado o desmame ventilatório várias vezes sem sucesso e após 15 dias foi realizado traqueostomia. Adaptamos então um BiPAP Respironics Synchrony com PS de 10cmH<sub>2</sub>O, EPAP 6 e IPAP 16 com boa aceitação. Isso foi usado inicialmente em todas as posições e depois realizado o desmame para utilizar apenas em decúbito dorsal e lateral, posições as quais não suportava permanecer um minuto sem a prótese ventilatória. **Resultados:** Recebeu alta da UTI em 30 dias com traqueostomia e utilização do BiPAP em decúbito dorsal. Como houve melhora respiratória em posição sentada ou em pé, conseguimos adaptar a paciente na máscara nasal, retirar a traqueostomia e manter a ventilação não invasiva noturna via máscara, pois mantinha muito desconforto respiratório em posição supina. Evoluiu muito bem, com alta para ambiente domiciliar, com o BIPAP, em 30 dias. Foi realizada espirometria em pé e deitada com 4 meses de pós operatório que mostrava CVF de 1,23 (42%) sentada e 0,62 (21%) em decúbito dorsal.

Como mantinha as queixas e o desconforto respiratório, o BIPAP foi mantido até 8 meses após a cirurgia, quando foi retirado a Ventilação Não Invasiva. Repetido espirometria cuja CVF foi de 1,51 (49%) sentada e 1,26 (41%) deitada. **Conclusão:** A ventilação não invasiva com dois níveis de pressão foi um tratamento de sucesso na paralisia diafragmática severa após cirurgia cardíaca, eliminando o desconforto respiratório relacionado ao decúbito e garantindo uma ventilação adequada.

#### **PO687 HEMOPTISE AMEAÇADORA A VIDA SECUNDÁRIA A SEQÜELA DE PNEUMONIA: RELATO DE CASO**

Gazzana MB, Garcia SB, Silveira MM, Perin C, Svartman FM, Xavier RG, Menna Barreto SS, Guimaraes M

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.*

**Palavras-chave:** Hemoptise; Insuficiência respiratória; Embolização brônquica

**Introdução:** Hemoptise é um sintoma bastante freqüente na prática clínica, com um bom prognóstico na maioria dos casos. Os episódios de sangramento maciço podem levar à falência respiratória e circulatória configurando uma situação ameaçadora a vida. **Objetivos:** Descrever um caso de hemoptise maciça com necessidade de suporte ventilatório e circulatório. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (unitermos: massive hemoptysis; life threatening hemoptysis). **Resultados:** 17%. Realizado fibrobroncoscopia que revelou sangramento na árvore brônquica esquerda sem localização precisa do ponto sangrante, com impressão de ser proveniente de árvore brônquica esquerda. Submetida à arteriografia 8 horas após o evento, a qual demonstrou ramos patológicos da artéria brônquica e mamária interna esquerdas, ambas submetidas a embolização com PVA e GELFOAN®. Realizada angioTC de tórax sem evidência de lesões suspeitas. Não apresentou novos episódios de hemoptise, evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar 8 dias após a admissão, com plano de avaliar tratamento cirúrgico ambulatorialmente. pte feminina, 38 anos, não tabagista, com 3 pneumonias prévias (última há 6 anos), há 6 horas da hospitalização iniciou com tosse e eliminação de sangue vivo sem outros sintomas precedentes. Apresentava-se lúcida, taquicárdica (FC: 110), hipotensa (PA: 80/50mmHg), SpO<sub>2</sub> 93% e ausculta pulmonar com crepitações bibasais. Após 24 horas apresentou novo episódio de hemoptise maciça (+500ml), evoluindo com insuficiência respiratória (SpO<sub>2</sub> 50%) e choque hemorrágico (hematócrito 32%). **Conclusão:** Hemoptise ameaçadora da vida pode ocorrer por seqüelas vasculares de pneumonias prévias, sendo a embolização brônquica uma alternativa terapêutica eficaz e segura.

#### **PO688 HEMORRAGIA ALVEOLAR ISOLADA NA LEPTOSPIROSE ANICTÉRICA: RESPOSTA FAVORÁVEL DA PULSOTERAPIA COM CORTICÓIDE**

Gazzana MB, Albanese R, Garcia SB, Silveira MM, Perin C, Boniatti MMA, Svartman FM, Tarso Roth Dalcin P

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.*

**Palavras-chave:** Leptospirose; Hemorragia alveolar; Metilprednisolona

**Introdução:** A leptospirose é uma doença endêmica dos países em desenvolvimento e importante diagnóstico diferencial nas síndromes febris agudas com hemoptise. **Objetivos:** Descrever um caso de hemorragia alveolar grave secundária a leptospirose anictérica. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE (unitermos: leptospirose, alveolar haemorrhage). **Resultados:** 23%, mas sem disfunção hepática ou renal. Necessitou ventilação mecânica, uso de vasopressor apesar da reposição volêmica e transferência para CTI. Realizado pulsoterapia com corticóide e iniciado tratamento empírico para leptospirose após coleta de sorologia, a qual foi inicialmente negativa. Devido à história epidemiológica positiva e melhora clínica optou-se por manter tratamento e realizar biópsia pulmonar a céu aberto, além de coleta de nova sorologia. Histologia demonstrou parênquima pulmonar com hemorragia intra-alveolar pte masculino, 16 anos, veio à emergência após 4 dias de cefaléia, febre e tosse com escarro amarelado. Exame físico inicial demonstrava taquipnéia (FR: 36), febre (40°C), hipoxemia (SpO<sub>2</sub> 86%) e crepitações proto-inspiratórias difusas. RX de tórax demonstrava infiltrado alveolar difuso. Após 12 horas evoluiu com hemoptise maciça, choque circulatório, insuficiência respiratória (SpO<sub>2</sub> 56%), anemia aguda (hematócrito 33% ar. e imunohistoquímica com deposição de IgG em padrão linear na parede alveolar. ANCA e anti-MBG séricos negativos. Segunda sorologia foi positiva para leptospirose. Evoluiu com melhora clínica e suspensão do antibiótico após 8 dias de tratamento, e alta hospitalar 27 dias após a internação. **Conclusão:** A leptospirose faz parte do diagnóstico diferencial de hemorragia alveolar em regiões endêmicas apesar de o acometimento pulmonar exclusivo ser raro.

#### **PO689 POSSÍVEIS MARCADORES HISTOLÓGICOS DAS CAUSAS DE ÓBITO EM HEMORRAGIA ALVEOLAR FATAL**

Valente Barbás CS<sup>1</sup>, Capelozzi VL<sup>2</sup>, Ab'Saber AM<sup>3</sup>, Parra ER<sup>4</sup>, Da Cruz Santana AN<sup>5</sup>, Antunes T<sup>6</sup>, Monteiro J<sup>7</sup>, Borges ER<sup>8</sup>

*1,3,4,5,6,7,8. HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 2. HC-FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

**Palavras-chave:** Hemorragia alveolar; Causas; Histologia

**Introdução:** A hemorragia fatal representa o evento final de um grande número de doenças que podem ser classificadas em quatro síndromes principais de acordo com a fisiopatologia do sangramento: infecciosa, inflamatória, congestiva e por distúrbios da coagulação. **Objetivos:** Avaliar a possível associação entre os quatro principais mecanismos de hemorragia fatal e achados histológicos de necropsias de pacientes que faleceram por sangramento pulmonar grave. **Métodos:** Foram revisadas 36 necropsias especiais de pacientes que faleceram de sangramento pulmonar fatal. Os pacientes foram divididos em quatro grupos de acordo com o mecanismo fisiopatológico da hemorragia alveolar fatal. As lâminas das necropsias foram avaliadas e classificadas em 1. hemorragia recente e recorrente, 2. hemorragia difusa e focal, 3. hemorragia alveolar, intersticial ou mista, 4. presença de capilarite, 5. presença de sinais de infecção, 6. presença de trombos intravasculares, 7. presença de membrana hialina, 8. presença de fibrina, 9. presença de acometimento intersticial. Utilizamos a correlação de Spearman para avaliar as possíveis associações entre as causas de óbito e os