

Hospital Universitário Dr. Domingos Leonardo Cerávolo com exacerbação da doença de base por um episódio de TEP. Apresentamos breve revisão da literatura sobre esta associação. **Métodos:** Paciente com história de DPOC, ex-tabagista 56 maços/ano (parou há 5 anos), apresentando exacerbação da dispnéia, sibilância, há 2 semanas, com intensa piora há 4 horas. Negava febre, expectoração ou dor torácica. Ao exame físico apresentava dispnéia ao repouso, cianótica, com oximetria de pulso (SatO₂) = 86%. À ausculta pulmonar, apresentava sibilos disseminados. A inspeção de membros inferiores demonstrou edema assimétrico, com predomínio em membro inferior direito. A paciente apresentou rápida piora clínica, sendo submetida a intubação orotraqueal e ventilação mecânica, e transferida para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Resultados:** Foram solicitados exames complementares: ECG: Ritmo sinusal com eixo elétrico em torno de 120 graus. Rx Tórax: discreto velamento do seio costofrênico à esquerda, com aumento global leve da área cardíaca. USG doppler de mmiid: presença de TVP em mmiid direito. TC de tórax: Falha de enchimento de contraste em artéria pulmonar direita. Presença de discreto derrame pleural à esquerda, além de enfisema bilateral severo. A paciente foi submetida a anticoagulação plena com heparina, e posteriormente marevan, além de medidas para DPOC, como corticoterapia sistêmica e broncodilatadores inalados. Evoluiu com melhor clínica progressiva, sendo extubada 6 dias após a entrada na UTI, recebendo alta para domicílio em uso de oxigenioterapia 28 dias após a hospitalização. **Conclusão:** Descrevemos caso de paciente portadora de DPOC, apresentando agudização por tromboembolia pulmonar, com Insuficiência Respiratória Aguda grave, mas com sucesso terapêutico. O diagnóstico da TEP nos paciente portadores de DPOC agudizado é de difícil suspeição, devido à sobreposição dos sintomas clínicos. Porém, a presença de hipoxemia refratária, ou a piora do padrão gasométrico preexistente do paciente, devem obrigatoriamente levar à investigação deste diagnóstico diferencial. A Angiotomografia de tórax tem boa sensibilidade para êmbolos localizados até segunda segmentação da artéria pulmonar, conforme demonstramos neste caso. O adequado diagnóstico e tratamento destes pacientes tem comprovado impacto na sua mortalidade a curto prazo.

PO629 TROMBOEMBOLISMO PARADOXAL

Pereira M, Spilimbergo FB, Chaves MSS, Issa F, Pereira JD, Moreira JS, Moreira ALS
Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: TEP; Tromboembolismo paradoxal; Forame oval patente

Introdução: O forame oval patente é um vestígio da circulação fetal que está presente em 27% dos adultos de uma amostra aleatória. Resulta da falha da fusão entre o septo atrial primário e secundário no período pós-natal. Esta alteração permite a passagem de fluxo sanguíneo da direita para esquerda e, conseqüentemente, um êmbolo proveniente da circulação direita pode passar para a circulação esquerda provocando resultados clínicos graves como acidente vascular encefálico e obstrução arterial aguda. **Objetivos:** Descrever um caso de tromboembolismo paradoxal atendido na Santa Casa de Porto Alegre. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** P.S.O.V., 51 anos, branco, natural e procedente de Porto Alegre, casado, supervisor de logística, tabagista desde os 15 anos 20 cigarros/dia. Dia 20/03 paciente chega à Emergência com queixa de dispnéia aos mínimos esforços, negava tosse, expectoração, febre ou dor torácica. Até esse episódio estava hígido negava comorbidades ou uso de medicações. Ao exame apresentava: temperatura 38°C, taquipnéico, Ta 130/80mmHg, AP com sibilância discreta sem outros achados relevantes Gasometria D-Dímero = 31,28 pH = 7,51 SaO₂ = 91% pCO₂ = 24,1 pO₂ = 55,4 HCO₃ = 19,3 CO₂ t = 20 Dia 22/3 iniciou com dor súbita de forte intensidade em membro inferior esquerdo com ausência de pulso, cianose e diminuição de sensibilidade do membro. A Cirurgia Vasculard diagnosticou Obstrução arterial aguda sendo submetido prontamente à trombectomia (território Ileo-femoral). Cintilografia Pulmonar com alta probabilidade de Tromboembolismo. Ecodoppler de membros inferiores Mb inferior direito com extensa trombose da veia femoral superficial em sua metade inferior, que se continua pela veia poplítea. Ecocardiografia Transesofágica Presença de forame oval patente com shunt basal esquerda-direita. **Conclusão:** O paciente desenvolveu tromboembolismo pulmonar por provável êmbolo proveniente do sistema venoso profundo dos membros inferiores e a patência do forame oval permitiu a passagem de êmbolo para a circulação sistêmica provocando uma obstrução arterial aguda em membro inferior esquerdo.

PO630 JANELA AORTO-PULMONAR: CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO PULMONAR

Hovnanian ALD¹, Dias BA², Costa AN³, Jardim C⁴, Souza R⁵

1,2,3,5. HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil; 4. HCMFUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Janela aorto-pulmonar; Síndrome de Eisenmenger; Hipertensão pulmonar

Introdução: A janela aorto-pulmonar (JAO-P) refere-se a um defeito na formação do tronco arterioso, resultando na comunicação entre aorta e artéria pulmonar. Das cardiopatias congênitas é a mais rara, representando apenas 1% do total. **Objetivos:** Descrição de causa rara de hipertensão pulmonar. **Métodos:** Revisão de prontuário, exames de imagem e revisão da literatura. **Resultados:** Relatamos os caso de paciente de 20 anos com história de dispnéia leve e cianose desde a infância com discreta piora nos últimos 4 anos. Ao exame físico, o paciente apresentava cianose e saturação arterial de 88%. A radiografia de tórax mostrou abaulamento do arco médio. O ecocardiograma identificou ventrículo direito dilatado e disfuncional com pressão sistólica de 96mm Hg. Ao teste de caminhada de 6 minutos, apesar da significativa redução da saturação arterial de 88% para 49%, ao final do exercício, o paciente percorreu 505 m. A cintilografia de perfusão quantitativa apontou para presença de shunt (29% do radioisótopo para a circulação sistêmica). O achado mais surpreendente foi o da presença de JAO-P tipo III medindo 4,0cm à angiogramografia. A reconstrução 3-D caracterizou o defeito bem como a desproporção entre aorta e tronco da artéria pulmonar (35mm). Ao cateterismo: shunt direita-esquerda de 1,5L/min, esquerda-direita de 0,5L/min e pressão sistólica da artéria pulmonar de 124mm Hg. **Conclusão:** A queda progressiva na complacência da vasculatura pulmonar, secundária ao regime de alto fluxo sanguíneo, leva a hipertensão pulmonar persistente, revertendo o sentido do shunt (de bidirecional para

direita-esquerda). O resultado é a síndrome de Eisenmenger. A correção cirúrgica é o tratamento de escolha, mas apenas na doença precoce. Na condição do nosso paciente, o tratamento deve ser eminentemente clínico. Depois de 18 meses de seguimento e após 6 semanas de uso de bosentan 250mg/dia em 2 doses, o paciente apresenta-se em classe funcional (WHO) I-II. O presente caso ilustra a desproporção clínico-hemodinâmica característica de pacientes com hipertensão pulmonar associada a cardiopatia congênita, em particular a JAO-P, a causa mais incomum de hipertensão pulmonar.

PO631 INCIDÊNCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO BRASIL

Gazzana MB, Knorst MM, Menna Barreto SS

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

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; Incidência; Suspeita

Introdução: Tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos pacientes hospitalizados. A incidência no nosso meio é desconhecida. **Objetivos:** Determinar a incidência de TEP no HCPA (hospital universitário de 728 leitos). **Métodos:** Estudo observacional, coorte-histórica. Foram revisados todos os prontuários dos pacientes que tiveram suspeita de TEP por solicitação de cintilografia pulmonar perfusional, arteriografia pulmonar, ou CID da alta CID-9 I415/CID-10 I26. Os prontuários incompletos foram excluídos. TEP foi diagnosticado através da cintilografia pulmonar de alta probabilidade, cintilografia pulmonar perfusional anormal de baixa ou intermediária probabilidade associada a ecoDoppler de membros inferiores com identificação de trombose venosa profunda. Comparação com dados de incidência obtidos na literatura médica (MEDLINE 1966-2005; unitermos: pulmonary embolism, incidence). **Resultados:** No período do estudo, 41.946 pacientes foram hospitalizados em enfermarias clínicas e cirúrgicas. TEP foi diagnosticado em 76 pacientes, configurando uma incidência de 0,18% (18 TEP por 10.000 admissões). Houve 17 TEP fatais (letalidade de 22,3%). **Conclusão:** A incidência de TEP foi similar aos dados da literatura médica. A letalidade dos episódios de TEP é significativa apesar das medidas diagnósticas e terapêuticas empregadas.

PO632 MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES COM SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Gazzana MB, Knorst MM, Menna Barreto SS

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

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar; Mortalidade; Incidência

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma freqüente causa de mortalidade hospitalar. A mortalidade dos pacientes com suspeita de TEP no nosso meio é desconhecida. **Objetivos:** Determinar a mortalidade intra-hospitalar de pacientes com suspeita de TEP no HCPA (hospital universitário com 728 leitos). **Métodos:** Estudo observacional, coorte histórica. Foram revisados todos os prontuários de pacientes com suspeita de TEP de 1996 a 1998. Casos com documentação incompleta foram excluídos. TEP foi diagnosticado através da cintilografia pulmonar de alta probabilidade, cintilografia pulmonar perfusional anormal de baixa ou intermediária probabilidade associada a ecoDoppler de membros inferiores com identificação de trombose venosa profunda. TEP foi considerado a causa de morte (principal ou contributória) se os critérios anteriores fossem preenchidos ou TEP fora encontrado na autopsia. **Resultados:** No período do estudo, 491 pacientes realizaram cintilografia pulmonar perfusional por suspeita de TEP. Houve 94 óbitos hospitalares nestes pacientes (19,1%). TEP foi causa do óbito em ao menos 22 casos (23,4%). Nos demais casos (n = 72; 76,6%), a mortalidade foi relacionada a doença de base, principalmente câncer, doenças cardiopulmonares ou sepse. **Conclusão:** Pacientes com suspeita de TEP tem significativa mortalidade intra-hospitalar, relacionada a TEP propriamente dita ou a doença de subjacente.

PO633 DIFERENTES TIPOS DE EMBOLISMO PULMONAR EM AUTÓPSIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1966-2000

Gazzana MB, Knorst MM, Cerski M, Menna Barreto SS

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

Palavras-chave: Embolia pulmonar; Necropsia; Metástase pulmonar

Introdução: O diagnóstico de embolismo pulmonar (i.e. tromboembólico, neoplásico, outros) é muito difícil na prática clínica. Muitos pacientes morrem sem diagnóstico desta condição. **Objetivos:** Relatar as características dos pacientes com qualquer tipo de embolia pulmonar detectada em autopsias. **Métodos:** Estudo de casos retrospectivo, de todas as necropsias de 1996 a 2000 realizadas no HCPA, onde foram detectado qualquer tipo de embolia pulmonar. Os prontuários dos pacientes foram revisados. **Resultados:** No período do estudo, 166 autopsias foram realizadas. Embolia pulmonar foi encontrada em 16 casos (9,6%). A média da idade foi de 58,5 anos (DP 36,06), 9 eram mulheres (56,2%). Os tipos de embolia pulmonar foram tromboembólica em 10 (62,5%) e neoplásica em 6 (37,5%). O tumor primário foi estômago em 2, pulmão em 2, cólon em 1 e fígado em 1. Somente em 2 casos (12,5%) houve suspeita de embolia pulmonar antes do óbito. **Conclusão:** Embolia pulmonar não é um achado raro em autopsias, sendo o tromboembolismo o tipo mais freqüente. A maioria dos casos onde foi realizada autopsia não tinha suspeita prévia desta doença.

PO634 USO DE PROFILAXIA PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PACIENTES CLÍNICOS INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL

Macedo AG

UNILUS, Santos, SP, Brasil.

Palavras-chave: TEP; Risco; Profilaxia

Introdução: O tromboembolismo Pulmonar tem fatores de risco bem determinados em pacientes cirúrgicos. A literatura ainda é pobre em relação a avaliação do risco de TEP em pacientes com doenças clínicas internados em enfermaria. A utilização de profilaxia destes pacientes ainda não é realizada a contento. **Objetivos:** Analisar o perfil dos pacientes inter-