



XXXVII Congresso Brasileiro de
 Pneumologia e Tisiologia

XIII Congresso Brasileiro de
 Endoscopia Respiratória

X Congresso Sulamericano de
 Broncologia

Gramado - RS
 07 a 11 de outubro de 2014

ANAIS

e 10 dias, respectivamente. Não houve recorrência em Aujesky, 2011. Em Otero, 2010, houve um caso no grupo de tratamento ambulatorial, mas diferença estatisticamente não significativa (RR 2.51, IC 95% 0.10 a 60.43). Aujesky, 2011, avaliou a satisfação dos pacientes através de questionário não-validado de Escala de Likert; não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de tratamento (RR 0.97, IC 95% 0.92 a 1.03, P = 0.30). Conclusão: Tratamento ambulatorial de TEP aguda parece ser tão efetivo e seguro quanto o hospitalar. Entretanto, é preciso estabelecer critérios de seleção mais rigorosos para identificar subgrupo de pacientes considerados de baixo risco de mortalidade. Financiamento: Bolsa RENOVE/UNESP

PE550 SOBREVIDA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR NO BRASIL - RESULTADO DO REGISTRO DE CINCO ANOS DE PACIENTES INCIDENTES DIAGNOSTICADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA TERCIÁRIO

JOSE LEONIDAS ALVES JUNIOR; FRANCISCA ALEXANDRA GAVILANES OLEAS; LUÍS FELIPE LOPES PRADA; CAIO JULIO FERNANDES; CARLOS POYARES JARDIM; LUCIANA TAMIÊ KATO; SUSANA HOETTE; ROGÉRIO SOUZA INCOR HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

Palavras-chave: Registro; hipertensão pulmonar; sobrevida
Introdução: Nos últimos anos, a publicação de vários registros internacionais descrevendo as características clínicas de pacientes com HAP, sugerindo a existência de um novo fenótipo. Contudo, tais registros não contemplam amostras de pacientes do hemisfério sul, tomando questionável a extrapolação de seus resultados. **Objetivos:** O Objetivo deste estudo é descrever as características clínicas, hemodinâmicas e funcionais, assim como a sobrevida, de uma coorte prospectiva de pacientes recém-diagnosticados com HAP, seguidos em um centro de referência terciário. **Metodologia:** Todos os pacientes diagnosticados com HAP através de cateterismo cardíaco direito, entre 2008 e 2013, conforme Classificação de Nice, foram incluídos no estudo, sendo coletados os dados clínicos, funcionais e hemodinâmicos ao diagnóstico. A data do cateterismo cardíaco direito foi considerada como a data do diagnóstico para fins da análise de sobrevida. **Resultados:** Um total de 178 casos incidentes de HAP foram incluídos no estudo, com idade média de 46 anos, relação feminino/masculino de 3,3:1 e 45,5% em classe funcional III ou IV. Nos pacientes com HAP idiopática (HAPi), a idade média de 39 anos indica uma população mais pura, semelhante ao NIH (EUA) de 1987 (36 anos) e ao registro chinês de 2007 (35 anos), menos contaminada por indivíduos mais velhos, com comorbidades, cada vez mais presentes nos registros atuais. HAPi, HAP relacionada a colagenose e HAP relacionada a esquistossomose correspondem a 28,7, 25,8 e 19,7% de todos os casos, respectivamente, sendo a presença da esquistossomose com quase 20%, o ponto mais divergente com relação aos dados do hemisfério norte. A sobrevida global em 3 anos foi de 73,9%, assemelhando-se aos valores previstos pela equação francesa, apesar da indisponibilidade de prostanóides parenterais como tratamento. Por último, o prognóstico dos pacientes com colagenose quando comparados com idiopática e esquistossomose é pior (p=0,03) apesar do melhor perfil hemodinâmico ao diagnóstico. **Conclusões:** Nosso estudo reforça a necessidade de registros regionais para o desenvolvimento de diretrizes clínicas que contemplem as reais características dos pacientes com HAP. Além disso, ressalta-se o cuidado que deve ser tomado na extrapolação não apenas de diretrizes internacionais mas também dos achados de grandes estudos clínicos que acabam por incluir populações de diversas partes do mundo, com características clínicas bastante distintas.

- Rich S, Dantzker DR, Ayres SM, et al. Primary pulmonary hypertension. A national prospective study. *Ann Intern Med* 1987; 107:216-223

- Hoepfer MM, Bogaard HJ, Condliffe R, et al. Definitions and diagnosis of pulmonary hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2013; 62:D42-50

- Badesch DB, Raskob GE, Elliott CG, et al. Pulmonary arterial hypertension: baseline characteristics from the REVEAL Registry. *Chest* 2010; 137:376-387

- Escribano-Subias P, Blanco I, Lopez-Meseguer M, et al. Survival in pulmonary hypertension in Spain: insights from the Spanish registry. *Eur Respir J* 2012; 40:596-603

- Humbert M, Sitbon O, Chaouat A, et al. Pulmonary arterial hypertension in France: Results from a national registry. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173:1023-1030

PE551 ACHADOS NA TOMOGRAFIA DE TÓRAX EM PACIENTES COM SÍNDROME HEPATOPULMONAR EM AVALIAÇÃO PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO E SUA ASSOCIAÇÃO COM A GRAVIDADE DA DOENÇA PULMONAR

BETINA CHARVET MACHADO; GIOVANA GARZIERA; MARLI MARIA KNORST; MARCELO BASSO GAZZANA; FELIPE SOARES TORRES; MARIANGELA GHELLER FRIEDRICH; DIEGO ANDRE EIFER; ROBERTA REICHERT HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Palavras-chave: Síndrome hepatopulmonar; tomografia de tórax; alterações radiológicas

Introdução A síndrome hepatopulmonar (SHP) é uma patologia caracterizada por um defeito da oxigenação do sangue arterial causado por dilatações difusas ou localizadas dos capilares pulmonares e, menos frequentemente, por comunicações arteriovenosas pleurais e pulmonares em pacientes com doença hepática¹. São escassos os estudos que avaliaram as anormalidades na tomografia de tórax (TC)^{2,3}. **Objetivo** Verificar a prevalência de alterações tomográficas em pacientes com síndrome hepatopulmonar e sua relação com a gravidade da doença. **Métodos** Foram incluídos 28 pacientes com diagnóstico de SHP que realizaram TC de tórax por qualquer motivo na avaliação para transplante hepático em acompanhamento no ambulatório de Circulação Pulmonar do HCPA no período de Janeiro de 2013 a Abril de 2014. O diagnóstico de SHP foi conforme critérios estabelecidos⁴. Dois radiologistas avaliaram os estudos de TC de tórax utilizando reconstruções axiais com janela para mediastino (30/450UH) e pulmão (-600/1500UH) com relação aos seguintes aspectos: 1) diâmetro da artéria pulmonar principal e ramos direito e esquerdo, 2) presença de pelo menos 3 a 5 ramos arteriais pulmonares periféricos com contato pleural nos lobos inferiores. Foram considerados como tendo dilatação vascular periférica aqueles casos com positividade para o critério de número 2. Casos discordantes foram resolvidos por consenso. **Resultados:** Dentre os 28 pacientes incluídos, a maioria era do sexo masculino (21 - 75%), com idade média de 54,43 anos (DP \pm 12,25), tinha cirrose hepática por HCV (n=21, 61,76%), sem história de tabagismo prévio (n=12, 42,86%), sem história de pneumopatia (n=23, 82,14%) ou cardiopatia (n=25, 89,29%). A PaO₂ média em ar ambiente foi de 77,34 mmHg (DP \pm 14,06), com gradiente alvéolo-arterial médio de 31,60 mmHg (DP \pm 14,01). A maior parte dos pacientes (n=24, 85,71%) apresentavam SHP hepatopulmonar leve ou moderada. Derrame pleural foi observado em 12 pacientes (42,9%), dilatação da artéria pulmonar em 2 (7,1%) Em apenas 8 (28,57%) deles identificou-se contato de vasos arteriais pulmonares com a pleura, sendo que 7 (87,5%) foram do padrão tipo 1. Dentre os que apresentaram esta alteração, 4 (14,29%) tinham SHP leve, 2 (7,14%) moderada e 2 (7,14%) grave. Houve uma tendência estatística em que pacientes mais graves apresentassem mais alterações tomográficas (p=0,09317). **Discussão e Conclusão:** É difícil a comparação com outros dados da literatura pela metodologia e forma de apresentação dos resultados. Este estudo possui algumas limitações: pequeno tamanho amostral, coleta retrospectiva (embora com revisão das TCs), inclusão de paciente com TC de tórax não exclusivamente para avaliação de SHP e uso de contraste não obrigatório. Enfim, neste estudo, a maioria dos pacientes com SHP em avaliação para transplante hepático não apresenta alterações vasculares na TC de tórax, embora haja uma tendência a associação a maior gravidade da doença.

1. Fritz JS, Fallon MB, Kawut SM. Pulmonary Vascular

Complications of Liver Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;187:133-43

2. Nagasawa K, Takahashi K, Furuse M, Yamada T, Mineta M, Yamamoto W, Inaoka T, Hirota H, Sato H, Aburano T. Imaging findings of pulmonary vascular disorders in portal hypertension. *Nihon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi*. 2004;64:294-9.

3. Köksal D, Kaçar S, Köksal AS, Tüfekçioğlu O, Küçükay F, Okten S, Sağmaz N, Arda K, Sahin B. Evaluation of Intrapulmonary Vascular Dilatations With High-Resolution Computed Thorax Tomography in Patients With Hepatopulmonary Syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2006;40:77-83

4. Rodriguez-Roisin R, Krowka MJ, Herve P, Fallon MB, on behalf of the ERS Task Force Pulmonary-Hepatic Vascular Disorders (PHD) Scientific Committee. Pulmonary-Hepatic Vascular Disorders. *Eur Respir J* 2004; 24: 861-880

emergency department: the revised Geneva score. *Ann Intern Med* 2006; 144: 165-71

7. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Ginsberg JS, Kearon C, Gent M et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: increasing the models with the simpliRED D-dimer. *Thromb Haemost* 2000; 83: 416-20

8. Wicki J, Perneger TV, Junod AF, Bounameaux H, Perrier A. Assessing clinical probability of pulmonary embolism in the emergency ward. *Arch Intern Med* 2001; 161: 92-97

9. Klok FA, Mos ICM, Nijkeuter M, Righini M, Perrier A, Le Gal G, et al. Simplification of the revised Geneva score for assessing clinical probability of pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2131-36

PE552 COMPARAÇÃO ENTRE A SENSIBILIDADE DIAGNÓSTICA DAS ESCALAS DE PROBABILIDADE CLÍNICA, WELLS E GENEBRA, NOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) GESSICA MOREIRA ANDRADE¹; PAULO HENRIQUE RAMOS FEITOSA²; RAQUEL M. N. DE CARVALHO FEITOSA²; ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANA²; FLÁVIA MARIA BASTOS LIMA² 1.HRAN -SESDF, BRASILIA, DF, BRASIL; 2.HRAN -SESDF, BRASILIA, DF, BRASIL

Palavras-chave: Tep; fatores de risco; escala de wells e genebra

Introdução: A tromboembolia Pulmonar (TEP) é um problema mundial, principalmente em indivíduos que apresentam fatores de risco para o seu desenvolvimento. Os sinais e sintomas de TEP como dispnéia e dor torácica, podem ser sugestivos, mas não são sensíveis ou específicos. Os escores de Wells e Genebra foram elaborados com intuito de minimizar as indicações desnecessárias dos exames de custo elevado e invasivos para o diagnóstico de TEP e promover precoce intervenção terapêutica. As suas formas simplificadas objetivaram uma facilitação de suas utilizações, sem necessárias perdas de sensibilidade. **Objetivo** Este trabalho foi realizado com Objetivo de comparar a probabilidade diagnóstica entre os escores simplificados, nos pacientes com diagnóstico confirmado de TEP. **Métodos** Metodologia diferente dos estudos realizados até o momento. Nesses pacientes, foi realizada uma nova anamnese e testados os dois escores clínicos, Genebra revisado simplificado e Wells modificado. **Resultados** Não houve diferença significativa entre as probabilidades das duas escalas, porém chama a atenção para um importante percentual de paciente que tinham diagnóstico de TEP confirmado por exame de imagem e baixa probabilidade nas escalas estudadas, tornando até temerário o uso exclusivo das citadas escalas, e que, as duas escalas, pela metodologia usada, não têm boa sensibilidade. **Conclusão** São necessários novos estudos para conformação de uma escala com maior sensibilidade, do que as duas estudadas, traduzindo maior segurança para os médicos que assistem pacientes com TEP.

Referências bibliográficas

1. Cecil - Tratado de Medicina Interna 22ª edição; 646
2. Yoo HHB, Mendes FG, Alem CER, Fabro AT, Corrente JE, Queluz TT. Achados clinicopatológicos na tromboembolia pulmonar: achados de 24 anos de autópsias. *J Bras Pneumol* 2004; 30: 426-32
3. Wells PS, Ginsberg JS, Anderson DR, Kearon C, Gent M, Turpie AG, et al. Use of a clinical model for safety management of patients with suspected pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 1998; 129: 997-1005
4. Miniati M, Bottai M, Monti S, Salvador M, Serasini L, Passera M. Simple and accurate prediction of the clinical probability of pulmonary embolism. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 178: 290-4
5. Douma RA, Gibson NS, Gerdes VEA, Büller HR, Wells PS, Perrier A et al. Validity and clinical utility of the simplified Wells rule for assessing clinical probability for the exclusion of pulmonary embolism. *Thromb Haemost* 2009; 101: 197-200
6. Le Gal G, Righini M, Roy PM, Sanchez O, Aujesky D, Bounameaux H et al. Prediction of pulmonary embolism in the

PE553 USO DE RIVAROXABANO NO TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR VENOSO AGUDO

MARIANA ABRANTES DE PINA AFONSO; BRUNA GEROLIN DONAIRE; ISABELA BARBOSA MORGAN DE AGUIAR; JÉSSICA FERNANDA GOMES SILVA; LAIS TOME SANTOS; RAFAEL FLORENTINO DA SILVA JÚNIOR; THAÍS RAPOSO E SILVA; FRANCISCO MONTEIRO DE ALMEIDA MAGALHAES UNIFENAS - ALFENAS, ALFENAS, MG, BRASIL

Palavras-chave: Rivaroxabano ; tromboembolismo pulmonar; dor torácica

Introdução: Terra-Filho et al (2000) definem o tromboembolismo pulmonar (TEP) como a migração de um ou mais coágulos das veias sistêmicas para o leito vascular pulmonar. Na maioria dos casos o TEP é susposto por: dispnéia, síncope, dor torácica e taquipnéia. O Rivaroxabano inibe o fator de coagulação Xa. Desenvolvido devido a necessidade de apresentar melhor perfil de segurança, facilidade de utilização, menores riscos trombóticos e hemorrágicos, quando comparado a Varfarina, por exemplo. A existência de poucos estudos relacionados a anticoagulantes alternativos mostram a necessidade de revolucionar os tratamentos de anticoagulação oral, sendo os novos anticoagulantes orais igualmente eficazes aos antagonistas da vitamina K. Este estudo objetiva relatar a eficácia do Rivaroxabano na prevenção e tratamento do TEP. **Relato De Caso** Mulher 67 anos de idade, hipertensa e não tabagista. Referia, há aproximadamente uma semana, quadro de dispnéia súbita aliada a desconforto torácico. Ao exame físico: leve taquipnéia, presença de hiperfonesse de segunda bulha em foco pulmonar, diminuição da expansibilidade pulmonar global, sons respiratórios preservados com ausência de ruídos adventícios. A angiotomografia de tórax revelou extenso tromboembolismo pulmonar com sinais de hipertensão pulmonar. Foi medicada com analgésicos e liberada após resultados de eletrocardiograma e raio x de tórax normais. Com a piora do "cansaço" e surgimento de palpitações procurou o cardiologista e o ecocardiograma foi solicitado, o qual revelou hipertensão de artéria pulmonar severa (avaliada em 80mmHg de sistólica) e iniciou dose baixa de Rivaroxabano e Carvedilol embora sem diagnóstico de base para o referido achado. Relatou melhora parcial dos sintomas após 72 horas da medicação e foi avaliada pelo serviço de pneumologia. Com a estabilidade clínica da paciente ajustou-se a dose do anticoagulante oral para faixa terapêutica e acompanhamento clínico ecocardiográfico periódico. Evoluiu nas 4 semanas seguintes com evidente melhora clínica e ecocardiográfica sendo mantida em anticoagulação prolongada. **Discussão** O estudo EISTEIN PE comparou o rivaroxabano ao tratamento padrão (enoxaparina e antagonistas da vitamina K) em situações como: a trombose venosa profunda aguda dos membros inferiores e o TEP após o período inicial de 6 a 12 meses de terapêutica contínua. Quanto a TVP aguda, o rivaroxabano foi comparado com a terapêutica padrão (enoxaparina seguida de varfarina ou acenocumarol ajustada a um INR-alvo entre 2,0 e 3,0). A recorrência do tromboembolismo venoso ocorreu em 2,1% dos doentes no grupo do rivaroxabano e 3% no grupo padrão evidenciando eficácia similar entre ambos. O estudo reforça sua característica polivalente, que pode ser utilizada para prevenção de TVP após cirurgia e tratamento da TVP e TEP agudos. As vantagens do rivaroxabano ficam evidentes com sua menor taxa de sangramentos e a posologia