

são: O padrão cutâneo difuso foi o mais freqüente no grupo avaliado. Não houve diferença entre os pacientes com doença cutânea limitada e difusa quanto ao padrão ou freqüência de envolvimento pulmonar, excetuando a maior freqüência de dor torácica entre os indivíduos com padrão cutâneo limitado.

P0033 ESTUDO DESCRITIVO DOS CASOS DE HEMOPTISE INTERNADOS EM HOSPITAL ESPECIALIZADO

Cavalcanti Lundgren FL, Costa AMDN, Gonçalves AV, Cabral MM, Apolinário DB, Coelho MAL, Gandara JMB, Santana Baracho JD
HOF, Recife, PE, Brasil.

Palavras-chave: Hemoptise; Bronquiectasias; Bola fúngica

Introdução: Hemoptise é definida como o sangramento proveniente das vias aéreas inferiores se apresentando, mais comumente, como tosse com eliminação de sangue ou secreção pulmonar com sangue. É classificada como leve (eliminação de menos de 100ml de sangue em 24), moderada (eliminação de 100-600ml de sangue em 24h) ou grave (eliminação de mais de 600ml de sangue em 24h ou 30ml/h). Sua etiologia varia com a região estudada. No Brasil, a maior causa é a tuberculose, seja na forma ativa ou devido a suas seqüelas. **Objetivos:** Estudar os casos de internamento por Hemoptise na enfermaria de Pneumologia do HOF. Estudo retrospectivo descritivo de 50 casos de internamento por hemoptise no período entre 02 de 2005 e 06 de 2006. **Métodos:** Revisão de causas de internamento na enfermaria de Pneumologia em 18 meses, selecionados os casos internados por hemoptise. Os dados foram obtidos do banco de dados de altas da enfermaria da residência médica em Pneumologia, e analisados através do programa Epi Info 3.3.2. **Resultados:** Foram internados no período do estudo, 318 pacientes em 42 leitos da residência em pneumologia do HOF, 50 casos de internamento por hemoptise como causa principal de internamento foram encontrados. A tabela I, apresenta os dados de idade média, classe da hemoptise, conduta adotada, período de internamento, e evolução dos casos, agrupados por sexo. Tabela I – Dados de idade, classe da hemoptise, conduta e resultado agrupados por sexo Classe Conduta Resultados Sexo Idade L M G Cir Clin TI Controle Óbito M 44 11 26 7 1 43 56 43 1 F 50 4 2 0 0 6 23 6 0 Idade média. L = Leve, M = Moderada, G = Grave, Cir = Cirurgia, Clin = Clínico TI = período médio de internamento. **Conclusão:** Nos dados obtidos, a principal causa de hemoptise foram as bronquiectasias, seguidas por bola fúngica e neoplasia de pulmão, a Tuberculose pulmonar, esteve presente, mesmo sendo uma enfermaria para doença não tuberculosa, que possui uma enfermaria própria. Hemoptise em pacientes com Artrite reumatóide (1 paciente sexo feminino), Lúpus eritematoso (1 paciente sexo feminino) e Vasculite pauci-imune comprometendo pulmão e rim (1 paciente sexo masculino), foram encontrados. Os dados nacionais são escassos, os dados publicados de países latino americanos, são semelhantes aos encontrados nesse estudo. A maioria das hemoptises, internadas na enfermaria de pneumologia do HOF, são controladas por conduta clínica. As bronquiectasias são responsáveis pela maioria dos internamentos, as bolas fúngicas, são freqüentes e a indicação cirúrgica foi baixa.

P0034 HEMORRAGIA ALVEOLAR APÓS USO DE ESTREPTOQUINASE EM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Valois FM¹, Ferreira RE², De Menezes DA³, Matsumoto JHS⁴, Santoro IL⁵
1,5. UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil; 2,3,4. C.H. Mandaqui, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Hemorragia alveolar; Trombolítico; Estreptoquinase

Introdução: A terapia fibrinolítica é uma das opções padronizadas para o tratamento da Síndrome Coronariana Aguda com supradesnivelamento do segmento ST. O efeito adverso mais importante é o sangramento, sendo, entretanto, a hemorragia alveolar uma complicação rara. É relatado um caso de hemorragia alveolar após infusão de estreptoquinase em paciente com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. **Objetivos:** Relatar caso de hemorragia alveolar após uso de trombolítico. **Métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 47 anos procurou o Pronto Socorro por dor precordial angínosa típica, iniciada cerca de uma hora antes do atendimento, associada a sudorese profusa. Negava dispnéia ou síncope. Tabagista (10 anos-maço), desconhecia morbidades pessoais ou familiares prévias. Ao exame físico, estável hemodinamicamente, com PA de 130x90mmHg, sem estigmas patológicos identificáveis. Foi administrado 200mg de AAS, por via oral, e solicitado ECG, que demonstrou supradesnível de ST de 5mm em derivações correspondentes à parede inferior. Foi administrado estreptoquinase (1.500.000U em 1 hora). Alívio da dor e resolução do supra de ST em novo ECG foram considerados critérios de reperfusão; posteriormente, pico precoce de enzimas corroborou a efetividade terapêutica. Exames iniciais demonstraram Hb de 15,4g/dl, Ht de 47%, com coagulograma normal. Após cerca de três horas, apresentou tosse seca, evoluindo, na hora seguinte, com episódios de hemoptise de pequena quantidade e discreta dispnéia de repouso; havia estertores crepitantes esparsos, sem outros achados. Gasometria arterial em ar ambiente demonstrou PO₂ de 57, PCO₂ de 35 e SO₂ de 89%. Radiograma de tórax demonstrou área cardíaca normal, opacidades alveolares heterogêneas, difusas, poupando periferias e seios costofrênicos. O paciente foi mantido com cateter de O₂ (2l/min), manteve SO₂ acima de 92%. Nas 24 horas seguintes houve discreta melhora da dispnéia. Novo hemograma revelou queda de hemoglobina em 3,2g/dl. TC de alta-resolução demonstrou opacidades alveolares difusas, compatíveis com o achado radiográfico; ecocardiograma realizado no segundo dia de internação mostrou hipocinesia em parede inferior, com fração de ejeção de ventrículo esquerdo estimada em 64%. No terceiro dia de internação houve melhora da tosse e cessação da hemoptise; eupnéico em ar ambiente, apresentava PO₂ de 68mmHg com SO₂ de 95%. Radiograma de tórax e TCAR realizadas no sétimo dia de internação mostraram ausência de anormalidades parenquimatosas. Com estabilidade clínica, foi realizado cineangiocoronariografia, que demonstrou comprometimento tri-arterial, sendo submetido a cirurgia de revascularização miocárdica. **Conclusão:** A fisiopatogenia da hemorragia alveolar após uso de trombolíticos são desconhecidos. Tem sido

sugerido ser uma complicação mais freqüente do que expressam os coeficientes de incidência, pouco diagnosticada pelo curso geralmente brando e pela tendência a remissão espontânea.

P0035 AMILOIDOSE LIMITADA AO PULMÃO

Silva Pereira Costa AT

Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Palavras-chave: Amiloidose; Pulmonar; Traqueobrônquica

Introdução: A amiloidose limitada ao pulmão é uma entidade rara, podendo expressar-se na forma laringea, traqueobrônquica, ou parenquimatosa (nodular, solitária ou múltipla). A clínica de apresentação e a imagiologia, por vezes frustrantes, tornam o diagnóstico diferencial difícil, particularmente com lesões neoplásicas e granulomatosas. **Objetivos:** Os autores apresentam 3 casos de amiloidose limitada ao pulmão, duas traqueobrônquicas, e uma parenquimatosa. **Métodos:** Foram feitas consultas dos processos clínicos dos doentes envolvidos, de uma forma retrospectiva. **Resultados:** Caso 1 – homem de 57 anos, não fumador, estucador; aos 26 anos iniciou subitamente queixas de rouquidão. RX do tórax normal. TAC torácica com irregularidades do lúmen laringeo e traqueal com formações nodulares, sem alterações parenquimatosas ou mediastínicas. O EFR mostrou uma obstrução moderada, e a BF inúmeras formações tumorais des de zona supraglótica e ao longo da traqueia, com marcada obstrução, e cuja biópsia demonstrou depósitos eosinófilos amorfos que coravam com o Vermelho do Congo, fazendo o diagnóstico de Amiloidose Laringotraqueobrônquica. Mantem-se em seguimento em Consulta, com estabilidade. Caso 2 – mulher de 56 anos, não fumadora e doméstica, que aos 51 anos iniciou queixas de dispnéia, poeira, tosse persistente, e expectoração hemoptóica. RX do tórax e EFR sem alterações. A BF mostrou ausência de lesões laringeas, mas em toda a árvore traqueobrônquica existiam placas amareladas sugestivas de infiltração amiloidótica da mucosa. A biópsia dessas lesões confirmou o diagnóstico de Amiloidose Traqueobrônquica. Mantem-se em seguimento em Consulta, com estabilidade clínica, apesar de haver alguma progressão endoscópica das lesões. Caso 3 – homem de 75 anos, fumador activo de 80 UMA, que surgiu com hemiplegia direita e disartria de instalação súbita. A TAC CE realizada evidenciou lesão expansiva frontal esquerda compatível com metástase, pelo que o doente foi internado para estudo. O RX tórax mostrou paquipleurite esquerda, bem como a TAC torácica, que também evidenciou nódulo com 3,4cm paratraqueal direito, múltiplos nódulos infracentimétricos paratraqueais esquerdos, e opacidades tênues nos apicais dos LSD e LID. Realizou BF, sem alterações significativas. O restante estudo efetuado para esclarecer a localização primitiva do tumor foi inconclusivo. A biópsia cirúrgica pulmonar mostrou lesão de limites irregulares com material amorfo, eosinófilo, e extracelular, com envolvimento da pleura pelos mesmos depósitos; a observação à luz polarizada com Vermelho do Congo permitiu afirmar tratar-se de substância amiloide, e consequentemente o diagnóstico de Amiloidose Pulmonar. Na seqüência de complicações pós-operatórias o doente faleceu. **Conclusão:** Nos dois primeiros casos foi excluída a amiloidose sistêmica; no último, persiste a dúvida se seria um caso de amiloidose sistêmica com envolvimento pulmonar, ou de amiloidose pulmonar concomitante com uma lesão metastática de tumor primitivo oculto.

P0036 VALOR DOS ACHADOS CLÍNICOS E DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL PULMONAR PRÉ-OPERATÓRIA COMO PREDITORES DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS PÓS-OPERATÓRIAS

Gazzana MB, Knorst MM, Chaves R, Bertoluci C, Lourenço ALA, Franciscato AC, Menna Barreto SS

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

Palavras-chave: Pré-operatório; Complicações; Função pulmonar

Introdução: A avaliação pré-operatória é útil para identificar indivíduos que apresentem um risco maior de morbidade e mortalidade pós-operatória. **Objetivos:** Estudar a relação entre dados de avaliação pulmonar pré-operatória e ocorrência de complicações pulmonares pós-operatórias. **Métodos:** Foram revisados 521 prontuários de pacientes que realizaram avaliação funcional pulmonar pré-operatória no Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de 2000 a 2004, e que posteriormente realizaram procedimento cirúrgico. Foram coletados dados da espirometria pré-operatória, ficha anestésica, comorbidades clínicas e pulmonares, história tabágica, complicações pulmonares pós-operatórias e tempo de permanência hospitalar. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 59,5 anos (DP ± 14 anos). Do total dos pacientes, 65,8% eram do sexo masculino e 95,7% eram brancos. Quarenta e um por cento dos pacientes eram fumantes ativos, 34,7% tinham história de tabagismo no passado e 23,6% nunca fumaram. A média do VEF1 foi de 76,6% do previsto (DP ± 24,6%). Comorbidades clínicas estavam presentes em 73,5% dos pacientes e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em 29,8%. Em 98 pacientes (18,8%) foram observadas complicações pulmonares pós-operatórias, sendo pneumonia a mais comum, presente em 9,2% dos casos. Quarenta e três pacientes (8,3%) foram a óbito durante a hospitalização. Dos pacientes que realizaram cirurgia torácica, cardíaca, abdominal superior, abdominal inferior e em outros locais as taxas de complicações pulmonares pós-operatórias foram, respectivamente, 28,4%, 28,0%, 21,3%, 13,3% e 2,9% (p ≤ 0,0001). A maioria dos pacientes com complicações pulmonares pós-operatórias (66,7%) foram classificados como ASA III e IV (p < 0,01) e 68,4% tiveram o tempo de anestesia superior a 3,5 horas (p ≤ 0,0001). O tempo de internação variou nos pacientes sem e com complicações pulmonares pós-operatórias (15,1 ± 21,7 dias e 27,4 ± 19,5 dias; p < 0,001). Pacientes que nunca fumaram tiveram menos complicações pós-operatórias que os pacientes com história tabágica positiva (p = 0,02). Não houve associação significativa entre complicações pulmonares pós-operatórias e presença de comorbidades clínicas ou DPOC, com VEF1 ou índice de massa corporal (p > 0,05). **Conclusão:** Os fatores mais importantes associados com complicações pulmonares pós-operatórias foram o local da cirurgia (torácica, cardíaca e abdominal superior), o tempo de anestesia (maior que 3,5 horas) e a classificação ASA pré-operatória (ASA III e IV).