

TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO COM TROMBÓLISE INTRA-ARTERIAL PULMONAR

AUTORES: CÉLIO TEIXEIRA MENDONÇA; LUCAS GUSMÃO DOS SANTOS; GUILHERME RISKALLA MENDONÇA
SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR
CURSO DE MEDICINA- UNIVERSIDADE POSITIVO- CURITIBA-PR

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo pulmonar (TEP) ocorre como consequência de um trombo formado no sistema venoso, que se desprende e, atravessando as cavidades direitas do coração, obstrui a artéria pulmonar ou um de seus ramos. TEP permanece como uma importante causa de morbidade e mortalidade na comunidade geral, tendo incidência estimada de 0,5 por 1000 pessoas e mortalidade de 15% ao terceiro mês. A mortalidade no caso do TEP maciço, em algumas casuísticas, atinge 60 a 70 %, e a maioria dos óbitos ocorre nas horas iniciais da evolução. Pacientes com TEP maciço tem alto risco para desenvolverem choque cardiogênico e, habitualmente, existe comprometimento de mais de 50% da vasculatura arterial pulmonar.

RELATO DE CASO

Paciente masculino com 55 anos de idade. Há cinco dias teve pequena ruptura muscular na perna direita enquanto caminhava. Foi atendido em outro serviço, onde foi orientado a fazer repouso relativo por 7 dias e a usar meia-elástica de média compressão. O eco-doppler venoso dos membros inferiores era normal. Três dias depois da consulta, apresentou edema da perna e da coxa direitas. No quarto dia apresentou tosse persistente, e fez auto-medicação com antibiótico via oral. No quinto dia, teve muita dispneia e desmaiou. Foi levado às pressas ao hospital e encaminhado para UTI. Sua PA era de 85/55 mmHg. Devido a insuficiência respiratória, o paciente foi imediatamente intubado e heparinizado com 10.000U EV de heparina não-fractionada (HNF). Na sequência, foi levado à hemodinâmica onde a veia femoral direita foi puncionada e um cateter pig tail avançado até o tronco da artéria pulmonar. A artéria pulmonar direita encontrava-se completamente obstruída por êmbolos de grande calibre (fig 1); a artéria pulmonar esquerda encontrava-se permeável, mas aproximadamente 33% de seus ramos estavam ocluídos por êmbolos (fig 2)

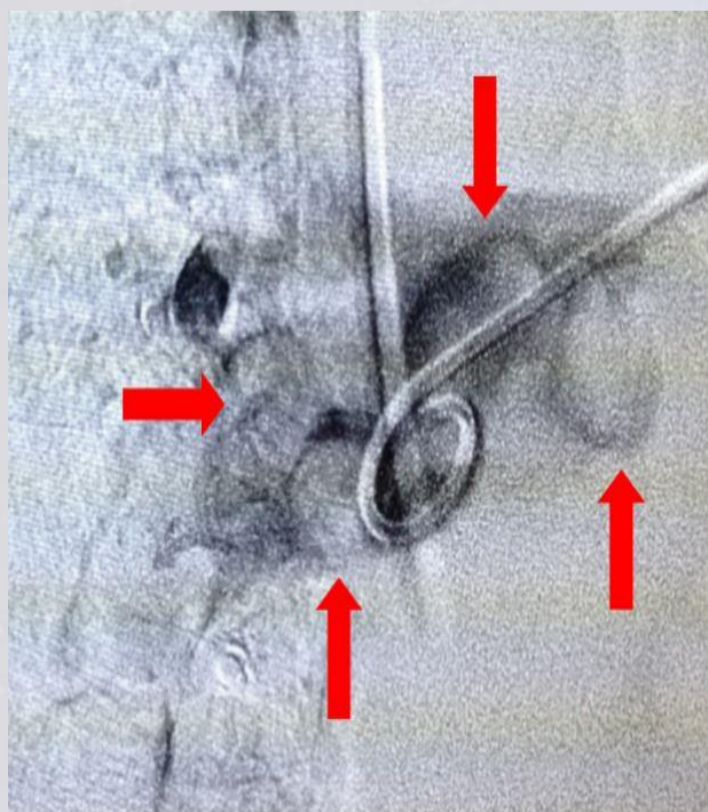


Figura 1

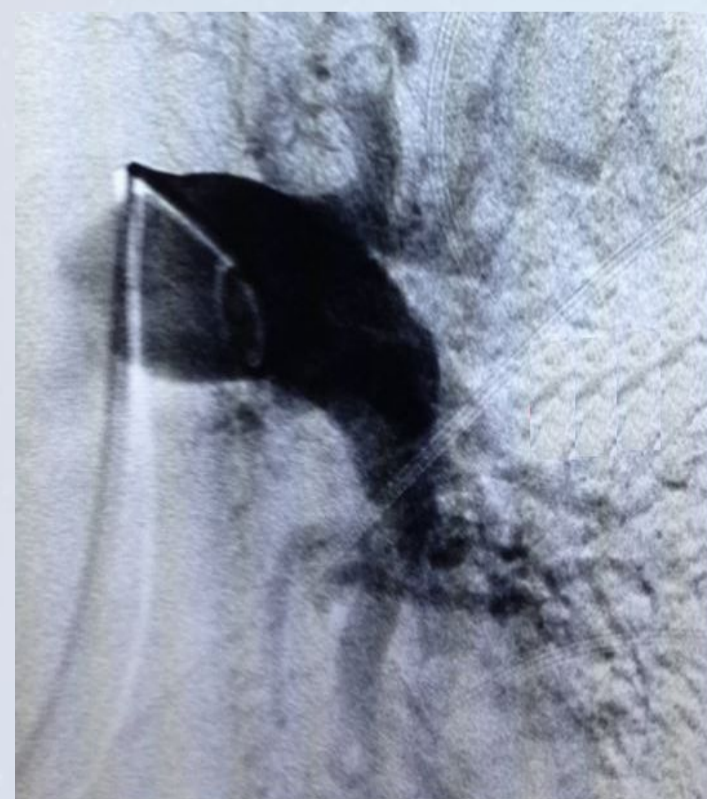


Figura 2

Na sequência, posicionamos um cateter pig tail na artéria pulmonar direita e outro na pulmonar esquerda, e iniciamos a dose de ataque de alteplase: 35mg foram injetadas em 15 minutos na pulmonar direita (mais comprometida), e 15mg na pulmonar esquerda. O paciente voltou à UTI onde a alteplase foi mantida em bomba de infusão (0,6mg/kg por 6 horas, até completar 50mg). Durante todo o período, HNF também foi administrada em bomba. Após essas 6 horas, voltamos à hemodinâmica onde nova arteriografia pulmonar mostrou a lise dos êmbolos na artéria pulmonar direita (fig 3) e nos ramos da artéria pulmonar esquerda (fig 4). A PA do paciente voltou ao normal (115/70 mmHg), o tubo endotraqueal foi removido, e a sua saturação de oxigênio era de 96%. Ele teve alta hospitalar no 4º dia usando rivaroxabana. Na investigação, descobriu-se que era portador de mutação no fator V de Leiden (homozigose).



Figura 3



Figura 4

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O TEP maciço deve ser diagnosticado e tratado com extrema urgência devido a sua alta letalidade. Em casos onde os êmbolos são recentes, a literatura mostra que a taxa de sucesso da trombólise intra-arterial pulmonar chega a 70%.