

Trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica: pesquisa diagnóstica independente de suspeita clínica.

VITOR RAMOS BORGES VIANA

Orientador: Prof. Dr. Caio de Brito Vianna
Programa de Cardiologia

RESUMO

Viana VRB. *Trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica: pesquisa diagnóstica independente de suspeita clínica [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.*

Introdução: O termo tromboembolismo venoso (TEV) engloba trombose venosa profunda (TVP) e/ou tromboembolismo pulmonar (TEP). TEV tem sido considerado incomum após cirurgia de revascularização miocárdica (CRM), e Diretrizes recomendam profilaxia mecânica para todos os pacientes e acrescentar profilaxia com heparina apenas se o tempo de internação hospitalar for prolongado por complicações não hemorrágicas (Grau 2C). **Objetivo:** Pesquisar o diagnóstico de TEV no pós-operatório de CRM, independente de suspeita clínica, e analisar se os resultados podem contribuir para melhor definição das características clínicas de TEV após CRM. **Métodos:** Em estudo observacional, prospectivo, unicêntrico, 100 pacientes com doença arterial coronariana crônica realizaram tomografia computadorizada da artéria pulmonar (multidetectors-64) e ultrassonografia compressiva dos membros inferiores após CRM eletiva. Pacientes com alto risco para TEV foram excluídos. **Resultados:** Por livre escolha dos cirurgiões, 83 cirurgias foram realizadas com circulação extracorpórea e 17 sem extracorpórea. Em média, tomografia e ultrassonografia foram realizadas 7 ± 3 dias após a cirurgia. TEP isolada foi observada em 13/100 (13%), TEP e TVP simultâneos em 8/100 (8%), e TVP isolada em 4/100 (4%) pacientes, totalizando 25/100 (25%) TEVs. Entre as 21 TEPs, 3/21 (14%) envolveram artérias subsegmentares, 15/21 (71%)

artérias segmentares, 1/21 (5%) artéria lobar e 2/21 (10%) artérias pulmonares centrais (tronco da artéria pulmonar e/ou seus ramos principais). Das 12 TVPs, todas foram distais (abaixo da veia poplítea) e 2/12 (17%) foram também proximais; 5/12 (42%) foram unilaterais, das quais 3/5 (60%) acometeram a perna contralateral à safenectomia. Nenhum TEV causou instabilidade hemodinâmica e nenhum deles foi clinicamente suspeitado. **Conclusão:** TEV é frequente e subdiagnosticado após CRM, talvez porque a maioria tenha localização distal e porque os procedimentos habituais desta cirurgia dificultam a suspeita diagnóstica. Os resultados enfatizam a recomendação de recentes Diretrizes que sugerem profilaxia mecânica para todos os pacientes, e ressaltam a necessidade de estudos randomizados para avaliar a relação de benefícios e os riscos de profilaxia farmacológica.

Descritores: *revascularização miocárdica/cirurgia; embolia pulmonar; trombose venosa; tomografia computadorizada por raios X; ultrassonografia.*