



Publicação Bimestral

J Bras Pneumol. v.37, Suplemento 1R, p. R1-R106 Maio 2011

Associação Brasileira
de Editores Científicos



Publicação Indexada em:
Latindex, LILACS, Scielo
Brazil, Scopus, Index
Copernicus, ISI Web of
Knowledge e MEDLINE

Disponível eletronicamente nas
versões português e inglês:
www.jornaldepneumologia.com.br
www.scielo.br/jbpneu



ISI Web of KnowledgeSM

SCOPUS

SciELO
Brazil

INDEX COPERNICUS
INTERNATIONAL

latindex

Editor Chefe

Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Editores Executivos

Bruno Guedes Baldi – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Carlos Viana Poyares Jardim – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Pedro Caruso – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Editores Associados

Afrânio Lineu Kritski – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

Álvaro A. Cruz – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA

Celso Ricardo Fernandes de Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Fábio Biscegli Jatene – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Geraldo Lorenzi-Filho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Ilma Aparecida Paschoal – Universidade de Campinas, Campinas, SP

José Alberto Neder – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Renato Tetelbom Stein – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Sérgio Saldanha Menna-Barreto – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Conselho Editorial

Alberto Cukier – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Ana C. Krieger – New York School of Medicine, New York, USA

Ana Luiza Godoy Fernandes – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Antonio Segorbe Luis – Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Brent Winston – Department of Critical Care Medicine, University of Calgary, Calgary, Canada

Carlos Alberto de Assis Viegas – Universidade de Brasília, Brasília, DF

Carlos Alberto de Castro Pereira – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Carlos M. Luna – Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Carmen Sílvia Valente Barbas – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Chris T. Bolliger – University of Stellenbosch, Stellenbosch, South Africa

Dany Jasnowodolinski – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Douglas Bradley – University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Denis Martinez – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Edson Marchiori – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ

Emílio Pizzichini – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC

Frank McCormack – University of Cincinnati School of Medicine, Cincinnati, OH, USA

Gustavo Rodrigo – Departamento de Emergencia, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

Irma de Godoy – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP

Isabela C. Silva – Vancouver General Hospital, Vancouver, BC, Canada

J. Randall Curtis – University of Washington, Seattle, Wa, USA

John J. Godleski – Harvard Medical School, Boston, MA, USA

José Antonio Baddini Martínez – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP

José Dirceu Ribeiro – Universidade de Campinas, Campinas, SP, Brazil

José Miguel Chatkin – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

José Roberto de Brito Jardim – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

José Roberto Lapa e Silva – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

Kevin Leslie – Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA

Luiz Eduardo Nery – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Marc Miravittles – Hospital Clinic, Barcelona, España

Marcelo Alcântara Holanda – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE

Marcos Ribeiro – University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Marli Maria Knorst – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Marisa Dolhnikoff – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Mauro Musa Zamboni – Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, RJ

Nestor Muller – Vancouver General Hospital, Vancouver, BC, Canada

Noé Zamel – University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Paul Noble – Duke University, Durham, NC, USA

Paulo Francisco Guerreiro Cardoso – Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS

Paulo Pego Fernandes – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Peter J. Barnes – National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, UK

Renato Sotto-Mayor – Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Richard W. Light – Vanderbilt University, Nashville, TN, USA

Rik Gosselink – University Hospitals Leuven, Bélgica

Robert Skomro – University of Saskatoon, Saskatoon, Canada

Rubin Tudor – University of Colorado, Denver, CO, USA

Sonia Buist – Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA

Rogério de Souza – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Talmadge King Jr. – University of California, San Francisco, CA, USA

Thais Helena Abrahão Thomaz Queluz – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP

Vera Luiza Capelozzi – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP



Jornal Brasileiro de Pneumologia

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISILOGIA

Secretaria: SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223. CEP 70390-145 - Brasília - DF, Brasil.
Telefone 0800 616218. Site: www.sbpt.org.br. E-mail: sbpt@sbpt.org.br

O **Jornal Brasileiro de Pneumologia ISSN 1806-3713**, é uma publicação bimestral da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Os conceitos e opiniões emitidos nos artigos são de inteira responsabilidade de seus autores. Permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, desde que mencionada a fonte.

Diretoria da SBPT (Biênio 2010-2012):

Presidente: Roberto Stírbulov (SP)

Secretário-Geral: Terezinha Lima (DF)

Secretária-Adjunta: Clarice Guimarães Freitas (DF)

Diretora Financeira: Elizabeth Oliveira Rosa Silva (DF)

Diretor Científico: Bernardo Henrique F. Maranhão (RJ)

Diretor de Ensino e Exercício Profissional: José Roberto de Brito Jardim (SP)

Diretor de Divulgação e Defesa Profissional: Adalberto Sperb Rubin (RS)

Presidente do Congresso SBPT 2012: Renato Maciel (MG)

Presidente Eleito (Biênio 2012/2014): Jairo Sponholz Araújo (PR)

Presidente do Conselho Deliberativo: Jussara Fiterman (RS)

CONSELHO FISCAL:

Efetivos: Carlos Alberto Gomes dos Santos (ES), Marcelo Alcântara Holanda (CE),
Saulo Maia Davila Melo (SE)

Suplentes: Antônio George de Matos Cavalcante (CE), Clóvis Botelho (MT),
Valéria Maria Augusto (MG)

COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:

Ações Programáticas – Alcindo Cerci Neto (PR)

Cirurgia Torácica – Fábio Biscegli Jatene (SP)

Distúrbios Respiratórios do Sono – Simone Chaves Fagundes (RS)

Endoscopia Respiratória – Sérgio do Amaral Dergint (PR)

Função Pulmonar – Roberto Rodrigues Junior (SP)

Imagem – Domenico Capone (RJ)

Patologia Pulmonar – Rimarcos Gomes Ferreira (SP)

Pesquisa Clínica – Oliver Augusto Nascimento (SP)

Pneumologia Pediátrica – Marcus Herbert Jones (RS)

Residência Médica – José Roberto de Brito Jardim (SP)

COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:

Asma Brônquica – Márcia Margareth Menezes Pizzichini (SC)

Câncer Pulmonar – Guilherme Jorge Costa (PE)

Circulação Pulmonar – Daniel Waetge (RJ)

Doença Pulmonar Avançada – Valéria Maria Augusto (MG)

Doenças intersticiais – Bruno Guedes Baldi (SP)

Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais – Hermano Albuquerque de Castro (RJ)

DPOC – Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren (PE)

Epidemiologia – Antônio George de Matos Cavalcante (CE)

Fibrose Cística – José Dirceu Ribeiro (SP)

Infeções Respiratórias e Micoses – Mara Rúbia Fernandes de Figueiredo (CE)

Pleura – Cyro Teixeira da Silva Júnior (RJ)

Relações Internacionais – Mauro Musa Zamboni (RJ)

Tabagismo – Alberto José de Araújo (RJ)

Terapia Intensiva – Octávio Messeder (BA)

Tuberculose – Marcelo Fouas Rabahi (GO)

Secretaria Administrativa: SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223. CEP 70390-145 - Brasília - DF, Brasil.

Telefones/Fax: 0xx61-3245-1030, 0xx61-3245-6218.

Secretária: Luana Maria Bernardes Campos. E-mail: jpnemo@jornaldepneumologia.com.br

Revisão de português, assessoria técnica e tradução: Precise Editing

Editoração: Editora Cubo

Tiragem: 1100 exemplares

Distribuição: Gratuita para sócios da SBPT e bibliotecas

Impresso em papel livre de ácidos

APOIO:



Ministério
da Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia



Expediente

Regionais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Emílio Pizzichini
Secretário: Israel Silva Maia
Endereço: Hospital Universitário da UFSC - NUPAIVA - térreo.
Campus - Trindade, 88.040 - 970 - Florianópolis - SC
Tel: (48) 3234-7711/ 3233-0747
E-mail: pizzichi@matrix.com.br

ASSOCIAÇÃO MARANHENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Maria do Rosario da Silva Ramos Costa
Secretária: Denise Maria Costa Haidar
Endereço: Travessa do Pimenta, 46
65.065-340 - Olho D'Água - São Luís - MA
Tel: (98) 3226-4074 Fax: (98) 3231-1161
E-mail: rrcosta29@hotmail.com

SOCIEDADE ALAGOANA DE PNEUMOLOGIA

Presidente: Fernando Antônio Mendonça Guimarães
Secretária: Mirtes Maria de Melo Silva
Endereço: Rua Walfrido Rocha 225, Jatiuca
57.036-800 - Maceió - AL
Tel: (82) 33266618 Fax: (82)3235-3647
E-mail: famguima@gmail.com

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Fernando Luiz Westphal
Secretária: Maria do Socorro de Lucena Cardoso
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco, 1359
69.020-030 - Manaus - AM
Tel: (92) 3234-6334 Fax: 32348346
E-mail: f.l.westphal@uol.com.br

SOCIEDADE BRASILENSE DE DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Benedito Francisco Cabral Junior
Secretária: Raquel Melo Nunes de C. Feitosa
Endereço: Setor de Clubes Sul, Trecho 3, Conj. 6
70.200-003 - Brasília - DF
Tel/fax: (61) 3245-8001
E-mail: sbdt@ambr.com.br

SOCIEDADE CEARENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Filadélfia Passos Rodrigues Martins
Secretária: Micheline Aquino de Paiva
Endereço: Av. Dom Luis, 300, sala 1122, Aldeota
60160-230 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3087-6261 3092-0401
E-mail: pneumoceara@gmail.com

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DA BAHIA

Presidente: Tatiana Senna Galvão Nonato Alves
Secretário: Margarida Célia Lima Costa Neves
Endereço: Av. Oceânica, 551 - Ed. Barra Center - sala 112
40.160-010 - Barra - Salvador - BA
Tel/fax: (71) 3264-2427
E-mail: spba@terra.com.br / site: www.pneumobahia.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

Presidente: Firmino Braga Neto
Secretária: Cílea Aparecida Victória Martins
Endereço: Rua Eurico de Aguiar, 130, Sala 514 - Ed. Blue Chip
Praia do Campo, 29.055-280 - Vitória - ES
Tel: (27) 3345-0564 Fax: (27) 3345-1948
E-mail: firminobn@yahoo.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO

Presidente: Dra Keyla Medeiros Maia da Silva
Secretária: Dra Wandoircy da Silva Costa
Endereço: Rua Prof Juscelino Reiners, Quadra 07, casa 04
78.070-030 - Cuiabá - MT
Tel: (65) 3051-2116
E-mail: keyla_m@terra.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO DO SUL

Presidente: Dra. Lilian Cristina Ferreira Andries
Secretário: Dr. Paulo de Tarso Guerreiro Muller
Endereço: Rua Antônio Maria Coelho, 2912, Jardim dos Estados
79.002-364 - Campo Grande - MS
Tel: (67) 3324-5460
E-mail: liliandries@yahoo.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Presidente: Bernardo Henrique Ferraz Maranhão
Secretária: Simone Miranda
Endereço: Rua da Lapa, 120 - 3º andar - salas 301/302
20.021-180 - Lapa - Rio de Janeiro - RJ
Tel/fax: (21) 3852-3677
E-mail: sopterj@rjnet.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Paulo de Tarso Roth Dalcin
Vice: Renato Soares Gutierrez
Endereço: Centro AMRGS - Av. Ipiranga, 5311
90.610-001 - Porto Alegre - RS
Tel: (51) 3384-2889 Fax: (51) 3339-2998
E-mail: sptrs@terra.com.br

SOCIEDADE GOIANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Fernanda Miranda de Oliveira
Secretária: Karla Cristina de Moraes Arantes Curado
Endereço: Rua 83-C, 52, Setor Sul
74.083-100 - Goiânia - GO
Tel/fax: (62) 3942-6203
E-mail: sgpt2007@gmail.com

SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Valéria Maria Augusto
Secretário: Bruno Horta Andrade
Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro
30.130-180 - Belo Horizonte - MG
Tel/fax: (31) 3213-3197
E-mail: pneumominas@yahoo.com.br

SOCIEDADE NORTE-RIO GRANDENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Francisco Elmano Marques Souza
Secretário: Paulo Roberto Albuquerque
Endereço: Rua Mossoró, 576, sala 17, Ed. Eduardo, Tirol
59.020-090 - Natal - RN
Tel: (84) 4009-2034 Fax: (84) 4009-2028
E-mail: elmano@hcnatal.com.br

SOCIEDADE PARAENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Dra. Raimunda Dulcelina A. de Carvalho
Secretário: Dr. Francisco Cardoso de Oliveira Santos
Endereço: Travessa Dom Romualdo de Seixas, 858, Umarizal
66024-001 - Belém - PA
Tel/fax: (91) 32256666
E-mail: radul@ig.com.br

SOCIEDADE PARAIBANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Alfredo Fagundes de Souza
Secretário: Paulo Roberto de Farias Braga
Endereço: Av. Senador Rui Carneiro, 423, Miramar
58.015-010 - João Pessoa - PB
Tel: (83) 3244-8444
E-mail: alfredofagundes@gmail.com

SOCIEDADE PARANAENSE DE PNEUMOLOGIA E DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Lêda Maria Rabelo
Secretário: Carlos Eduardo do Valle Ribeiro
Endereço: Rua Cândido Xavier, 575 - Água Verde
80.240-280 - Curitiba - PR
Tel/fax: (41) 3342-8889
E-mail: spdt@brturbo.com.br

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Jaqueline Sonoe Ota Arakaki
Secretária: Valéria Cristina Vigar Martins
Endereço: Rua Machado Bittencourt, 205, 8º andar, conj. 83
04.044-000 Vila Clementino - São Paulo - SP
Tel: 0800 17 1618
E-mail: sppt@sppt.org.br site: www.sppt.org.br

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Alina Farias Grança de Oliveira
Secretária: Adriana Vellozo Gonçalves
Endereço: Rua João Eugênio de Lima, 235 Boa Viagem
51030-360 - Recife - PE
Tel/fax: (81) 3326-7098
E-mail: pneumopernambuco@gmail.com

SOCIEDADE PIAUIENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Antonio de Deus Filho
Endereço: R. Areolino de Abreu, 1674. Centro
64000-180 - Teresina - PI
Tel: (86) 3226-1054
E-mail: mdedeus@uol.com.br

SOCIEDADE SERGIPANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: José Barreto Neto
Secretário: Almiro Oliva Sobrinho
Endereço: Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 211, Sala 206
Bairro São José, 49010-410 - Aracaju - SE
Tel: (79) 3213-7352
E-mail: j.barreto@uol.com.br

TÓRAX 2011

COMISSÃO ORGANIZADORA

PRESIDENTE DO XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA TORÁCICA

FERNANDO LUIZ WESTPHAL

MEMBROS: LUIZ CARLOS DE LIMA

MARIA DO SOCORRO DE LUCENA CARDOSO

PRESIDENTE DO XIV CONGRESSO NORTE E NORDESTE DE PNEUMOLOGIA

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

COMISSÃO CIENTÍFICA DO XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA TORÁCICA

ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO (SP)

CARLOS ALBERTO ALMEIDA ARAÚJO (RN)

DARCY RIBEIRO PINTO FILHO (RS)

GERALDO ROGER NORMANDO JR (PA)

JOSÉ ANTONIO FIGUEIREDO PINTO (RS)

MANOEL XIMENES NETTO (DF)

MARCELO FATURETO (MG)

MARLOS COELHO (PR)

NILTON GOMES HAERTEL (RS)

PAULO MANOEL PÉGO FERNANDES (SP)

RUI HADDAD (RJ)

SERGIO TADEU LIMA FORTUNATO (BA)

COMISSÃO CIENTÍFICA DO CONGRESSO NORTE E NORDESTE DE PNEUMOLOGIA

ALFREDO FAGUNDES DE SOUZA (AL)

ELIANA DIAS MATOS (BA)

JOSÉ BARRETO NETO (SE)

FERNANDO ANTONIO MENDONÇA GUIMARÃES (AL)

MARIA DA PENHA UCHOA SALES (CE)

MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA (MA)

MARÍLIA MONTENEGRO CABRAL (PE)

PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE (RN)

REALIZAÇÃO



Anais Tórax 2011

Apresentações Orais

AO.001 ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES PÓS-TRAQUEOPLASTIA: FATORES DETERMINANTES PARA UMA EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL

ANTÔNIO OLIVEIRA DOS SANTOS JÚNIOR; HÉLIO MINAMOTO; RICARDO MINGARINI TERRA; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; ARISTIDES TADEU CORREIA; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A cirurgia de ressecção e anastomose traqueal permanece como o tratamento definitivo de eleição para pacientes portadores de lesões traqueais, em especial a estenose pós-intubação. Entretanto, as complicações são frequentes e de difícil manuseio. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivos quantificar e analisar a ocorrência de complicações anastomóticas e não anastomóticas no pós-operatório de pacientes submetidos a ressecções traqueais e laringotraqueais por estenose secundária a intubação e estabelecer fatores preditores para ocorrência de tais complicações. **Método:** Estudo retrospectivo baseado nos dados de prontuários de pacientes submetidos à ressecção com anastomose laringotraqueal ou traqueo-traqueal entre janeiro/2002 e dezembro/2009. As complicações relacionadas à anastomose foram definidas como: deiscência, reestenose e granuloma, que necessitaram reabordagem cirúrgica. As complicações não relacionadas à anastomose foram: infecção de ferida operatória, hematomas necessitando drenagem/hemostasia, fistula traqueo-inominada, disfagia, disfonia e fistula traqueoesofágica. Os dados coletados foram submetidos à análise univariada para todas as variáveis independentes. As variáveis com $p < 0,01$ foram incluídas em modelos de regressão logística cuja variável dependente foi a presença de complicação anastomótica, sendo significativo $p < 0,05$. Para as complicações não anastomóticas foram demonstradas as frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Cento e trinta e oito pacientes foram submetidos à correção cirúrgica de lesões laringotraqueais. Destes, 44 pacientes não preencheram os critérios e foram excluídos, restando 94 pacientes que tiveram os dados analisados. Destes, 80,8% do sexo masculino, IMC médio de 24,4 kg/m², idade média 31,2 anos, 72,3% com traqueostomia pré-operatória havia 12,6 meses (média). No acompanhamento médio de 21,7 meses no pós-operatório, 88,3% dos pacientes estavam sem traqueostomia e sem a necessidade de novas intervenções, 3,2% estavam com traqueostomia e 8,5% com prótese traqueal. As complicações anastomóticas ocorreram em 19,1% dos pacientes. Na análise univariada, os fatores significantes para complicação anastomótica foram: IMC acima de 30, presença de comorbidades prévias, traqueostomia pré-operatória, uso de Tubo T no pré-operatório, anastomose subglótica, traqueostomia trans-operatória e ressecção maior que 4 cm. Não houve

óbitos nessa série. Na análise multivariada, os fatores com significância estatística foram a presença de comorbidades, ressecção traqueal prévia e maior extensão da ressecção. **Conclusões:** Nessa série, a incidência de complicações foi significativamente maior nos casos de estenose extensa e subglótica, demonstrando quão desafiador é o tratamento cirúrgico dessa entidade. Nos modelos de regressão logística somente a presença de comorbidades, ressecção prévia e maior extensão da ressecção tiveram relação significativa com o surgimento de complicações.

AO.002 DESCELULARIZAÇÃO DE TRAQUEIAS DE COELHOS PARA PRODUÇÃO DE ARCABOUÇOS BIOLÓGICOS

RAUL LOPES RUIZ JÚNIOR; THAIANE CRISTINE EVARISTO; ANDREI MOROZ; SÉRGIO LUIS FELISBINO; ALINE GARCIA AUN; ROSANA ROSSI-FERREIRA; FLÁVIA CILENE MACIEL DA CRUZ ALVES; ELENICE DEFFUNE
LABORATÓRIO DO HEMOCENTRO DO HC DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP

Introdução: A engenharia tecidual consiste na regeneração de órgãos por meio do recrutamento de tecidos do paciente, dissociados em células que são cultivadas sobre arcabouços biológicos ou sintéticos, para serem reinseridos no paciente; sendo a única técnica para substituição tecidual que fornece promessa real nas injúrias traqueais. Sendo assim, é possível construir uma neotraqueia com propriedades mecânicas que permitem a fisiologia normal, sem riscos de rejeição, utilizando um arcabouço biológico revestido de tecido interna e externamente, fornecendo soluções funcionais em situações cirúrgicas complexas. A utilização de materiais naturais apresenta vantagens biológicas; porém é necessário que se faça a descellularização para evitar a reação imunológica no hospedeiro. Nesse processo, são utilizadas substâncias com mínimo efeito residual, para não inibir o crescimento celular após implantação da matriz no organismo. **Objetivos:** Produzir arcabouços biológicos a partir de segmentos traqueais submetidos a protocolos de descellularização, removendo o conteúdo celular imunogênico, preservando a composição, atividade biológica e integridade mecânica da matriz extracelular (ME) restante. **Método:** Foram realizados 14 diferentes protocolos de descellularização, associando métodos físicos, agitação; químicos, detergentes Triton X-100 (não iônico) e SDS (iônico) e também enzimáticos com DNases e RNases. I – SDS 0,1% por 15h; II – SDS 1% com as enzimas por 8h; III – SDS 1% sem as enzimas por 8h; IV – SDS 1% com as enzimas por 24h; V – SDS 1% sem as enzimas por 24h; VI – SDS 2% com as enzimas por 8h; VII – SDS 2% sem as enzimas por 8h; VIII – SDS 2% com as enzimas por 24h; IX – SDS 2% sem as enzimas por 24h; X – Triton X-100 2% com as enzimas por 8h; XI – Triton X-100 2% sem as enzimas por 8h; XII – Triton X-100 2% com as enzimas por 24h; XIII – Triton X-100 2% sem as enzimas por 24h;

e XIV – controle. Todos esses protocolos foram realizados sob agitação a 37°C. Após os tratamentos, foram realizados cortes histológicos para avaliação histomorfológica das traqueias. **Resultados:** Dentro dos protocolos realizados, nenhum deles foi capaz de descelularizar completamente as traqueias, ou seja, alguns núcleos celulares ainda se mantiveram preservados; no entanto, os tratamentos de 24h foram os mais eficazes. Foi possível também detectar que os tratamentos associados a enzimas destruíram a ME mais fortemente. Ainda nesse aspecto, observamos que o SDS degrada a ME, quando comparado com o Triton X-100. **Conclusões:** As enzimas apresentam uma ação mais agressiva para a ME, assim como o detergente SDS. Serão necessários, porém, testes adicionais, aumentando o tempo de tratamento de todos os protocolos e ainda adicionando pressão mecânica para facilitar o desprendimento das células e minimizar seu potencial imunógeno.

AO.003 YAG LASER: THE EFFICACY AND COST EFFECTIVENESS OF OUTPATIENT BRONCHOSCOPIC LASER RESECTION OF MAJOR AIRWAY TUMOURS FOR SYMPTOMATIC PATIENTS WITH ADVANCED LUNG CANCER

JD MILLER, K PIGGOTT, C BARNETT, C FINLEY

DIVISION OF THORACIC SURGERY, MCMASTER UNIVERSITY, HAMILTON ON, CANADA

Background: The use of laser bronchoscopy for abolition of symptomatic obstructing airway tumours for the palliation of patients with advanced lung cancer is well established and is commonly done utilizing general anesthesia. Considerable debate, however, surrounds the optimal system of delivery of such treatment. **Method:** A retrospective review, of 49 consecutive outpatients, treated by a single surgeon with flexible bronchoscope and Yttrium-Aluminum-Garnet (YAG) laser in palliative tumour ablation of endobronchial neoplasm without general anaesthesia. Analysis of patient demographics, procedure description, study outcomes, and cost per procedure were undertaken **Results:** a. The procedure using only topical freezing and conscious sedation took an average of 15 minutes. An average of 31 laser pulses were delivered, a mean accumulated energy of 2,648 Joules. Patients spent an average of 50.68 minutes recovering with a final mean discharge score of 11.29 (out of 12). Patient tolerance of the procedure good in 98.16% of cases. Complications included airway sensitivity, excessive coughing, and bleeding, all of which resolved with medical therapy and rest. b. Demographics: Forty-nine (49) consecutive patients underwent laser bronchoscopic treatment, comprising a total of 164 procedures. A smoking history (30/49) and other co-morbidities, were common. All patients seen had locally advanced, malignant neoplasms, 65% had undergone other interventions, including lobectomy, pneumonectomy, thoracotomy, mediastinoscopy, tracheal resection, chemotherapy, and external beam radiotherapy. Lesion sites included the distal trachea, and right and left mainstem bronchi. c. Outcomes were successful (89.8%) if a significant improvement in airway patency, noticeable symptom relief, control of bleeding, or complete vaporization of the malignancy without recurrence. Unsuccessful treatment (10.2%) ended with premature stopping due to excessive bleeding, or an inability to achieve patency in the case of complete airway occlusion. 71% of patients died with a mean survival

time of 411.53 days and 29% of patients are still alive. d. cost analysis of outpatient endoscopic therapy, including labour costs, medical and surgical expenses, medications, and supplies, revealed an average expense of \$350.00 per case. When compared to bronchoscopy performed in the operating room and necessitating a general anesthesia (total cost \$1271/case), there was a savings of \$921 per case, which amounted to a total difference of over \$150,000 in our 10-year study. **Conclusion:** Flexible bronchoscopic YAG-laser ablation as an outpatient procedure resulted cost savings, and symptom improvement and were well tolerated. It is safely and effectively and efficient outpatient procedure for the palliation of advanced, endobronchial malignancies. (age, gender, tumour histology and location, smoking history, other co-morbidities), (duration, level of anesthesia, oxygen delivery, number of laser pulses, accumulated laser energy delivered, time in recovery) (relief of symptoms, airway patency, complications, survival, patient tolerance, and discharge score)

AO.004 TRATAMENTO DE ESTENOSES TRAQUEAIS BENIGNAS NÃO CIRÚRGICAS COM PRÓTESES DE SILICONE: EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

RICARDO MINGARINI TERRA; BENOIT JACQUES BIBAS; HÉLIO MINAMOTO; MAURO TAMAGNO; DANIEL REIS WAISBERG; MIGUEL LIA TETTE; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O tratamento padrão-ouro para as estenoses traqueais (ET) é a ressecção do segmento comprometido e anastomose primária. A colocação de próteses traqueais é opção em casos considerados inoperáveis; seja por comorbidades clínicas impeditivas ou por estenoses que comprometam mais de 50% da extensão do órgão. **Objetivos:** Analisar a taxa de decanulação a longo prazo e os fatores preditivos para decanulação, em pacientes com estenoses traqueais benignas, nos quais as próteses traqueais de silicone foram utilizadas como tratamento exclusivo e definitivo. **Método:** Análise retrospectiva de todos os pacientes que foram submetidos à colocação de próteses traqueais de silicone como tratamento exclusivo para ET benignas inoperáveis, no período de janeiro de 1998 a janeiro de 2008. Os fatores preditivos para decanulação foram: sexo, idade, etiologia da estenose, tempo de intubação (dias), tipo de prótese utilizada, distância das pregas vocais (cm), extensão da estenose (cm), tempo total com prótese (meses), presença de traqueostomia, intervalo entre diagnóstico de estenose traqueal e colocação da prótese (meses) e número de trocas de prótese. **Resultados:** Noventa e dois pacientes (60H / 32M), com idade média de 38,7 ± 18 anos foram incluídos. A etiologia da ET foi intubação orotraqueal prolongada em 84 (91%) pacientes e outras causas em 8 (9%). Em 41 (44%) pacientes, a ressecção traqueal não foi realizada pelo risco cirúrgico elevado; em 37 (40%), pela extensão da estenose e em 12 (16%) por ainda aguardarem outros procedimentos sob anestesia geral. A distância média da ET às cordas vocais foi de 2,6±1,3 cm e a extensão média da ET foi 4,3±1,5 cm. Sessenta e cinco pacientes utilizaram tubos em T de silicone, 15 utilizaram próteses de Dumon e 12 ambos. Vinte e um (22%) pacientes foram decanulados após um período de 25±18 meses; todavia, dois destes foram

recanulados 6 meses após. Nenhum dos fatores estudados pôde correlacionar-se com a decanulação. O tempo médio de seguimento dos pacientes foi de 50,9±35,7 meses. Não houve diferença de seguimento entre os que foram decanulados e os que não foram. **Conclusão:** No estudo apresentado, não foi possível identificar fatores preditivos para decanulação traqueal. Todavia, foi possível decanular com sucesso 20% dos indivíduos, com base nos dados radiológicos e endoscópicos. Novas estratégias e estudos prospectivos devem ser realizados para detecção de fatores preditivos para decanulação.

AO.005 TRANSPLANTE COMBINADO PULMÃO-FÍGADO EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA: ATUALIZAÇÃO DA SÉRIE DE CASOS DE 1992 ATÉ 2010 DE UM HOSPITAL FRANCÊS

MAURÍCIO GUIDI SAUERESSIG, WILLIAM LORENZI, AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO, VERONIQUE BOUSSAUD, CATHERINE AMREIN, ROMAIN GUILLEMAIN, OLIVIER SOUBRANE, REDHA SOUILAMAS
 HOSPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Pacientes com fibrose cística e doença pulmonar terminal apresentam, em até 7% dos casos, cirrose clinicamente significativa que contraindica o transplante pulmonar isolado. Dessa maneira, apenas o transplante combinado pulmão-fígado seria a opção terapêutica. **Objetivo:** Analisar os desfechos de mortalidade e sobrevida do transplante combinado fígado-pulmão em fibrose cística. **Método:** Analisamos retrospectivamente 31 transplantes combinados pulmão-fígado em pacientes com fibrose cística entre janeiro de 1992 até maio de 2010. **Resultados:** Apenas no primeiro transplante combinado, foi implantado o bloco cardiopulmonar. Em 27 pacientes, realizamos o transplante pulmonar bilateral sequencial e após o transplante hepático. Por conta de uma maior diferença entre o tamanho do enxerto e o receptor, foi executado o transplante lobar bilateral em 3 pacientes. A circulação extracorpórea foi empregada em 78% dos casos. O tempo médio de isquemia foi de 262±83. A mortalidade peri-operatória foi de 16%. A sobrevida de 5 anos foi de 64,2%. **Conclusão:** O transplante pulmonar combinado apresentou uma sobrevida muito semelhante às taxas apresentadas no transplante pulmonar isolado. Assim, o transplante combinado deve ser indicado naqueles pacientes com fibrose cística que apresentam doença pulmonar terminal concomitante à doença hepática avançada que impeça o transplante de um órgão isolado.

AO.006 AVALIAÇÃO E RECONDICIONAMENTO PULMONAR EX-VIVO

ALESSANDRO WASUM MARIANI; FÁBIO BISCEGLI JATENE; FERNANDO DO VALLE UNTERPERTINGER; FLÁVIO GUIMARÃES FERNANDES; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; LUCAS MATOS FERNANDES; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMUSP)

Introdução: Atualmente, apenas 15% dos pulmões disponibilizados para transplante são realmente utilizados. Isso se deve à maior suscetibilidade dos pulmões aos efeitos deletérios da morte cerebral e às complicações da internação em UTI. Essa escassez de doadores resulta em aumento da mortalidade nas filas de espera. A perfusão

pulmonar ex-vivo (PPEV) foi usada pela primeira vez, em humanos, na Suécia, em 2000. A PPEV tem sido utilizada para recuperar pulmões inicialmente rejeitados para transplante. Vários centros têm transplantado com sucesso pulmões recondicionados por esse método. **Objetivos:** Relatar a experiência inicial da nossa instituição com a PPEV e avaliar a sua capacidade de recondicionar pulmões considerados inadequados para transplante. **Método:** Para a pesquisa, foram utilizados pulmões de doadores notificados pela Central de Transplante do Estado de São Paulo, no período de abril de 2009 a setembro de 2010. Foram incluídos doadores cujos pulmões foram rejeitados pelas equipes de transplante pulmonar e excluídos os casos em que os familiares ou responsáveis recusaram participação na pesquisa. A captação era feita da forma habitual, usando o Perfadex® como solução de preservação. Após a extração, os pulmões eram acondicionados a 4°C por dez horas, sendo, então, submetidos à PPEV com Steen Solution® a 37°C por 60 minutos. Os pulmões eram ventilados com parâmetros constantes (VC 10 ml/kg; PEEP 5 cmH2O) e manobras de recrutamento eram realizadas para desfazer áreas de atelectasia. Os seguintes parâmetros foram analisados: peso do bloco, gasometria, resistência vascular pulmonar (RVP) e complacência pulmonar (CP). **Resultados:** Foram estudados 24 doadores (13 homens e 11 mulheres), com idade média de 43 anos. As principais causas de óbito foram o AVC hemorrágico (16 casos) e o traumatismo crânio-encefálico (6 casos). A mediana do tempo de intubação orotraqueal antes da captação foi de 4,5 dias. 87,5% dos casos foram rejeitados por conta de uma gasometria insatisfatória (PaO2 < 300 mmHg). A PaO2 média no doador foi de 195,93 mmHg. Houve um aumento significativo da PaO2 média após a PPEV, que passou para 499,67 mmHg (p < 0,001). Não houve diferença significativa entre a mediana do peso dos pulmões antes (896,5 g) e após a PPEV (952 g) [p = 0,53]. A RVP mediana após 1 hora de PPEV foi de 511,9 dinas/seg/cm5 e a CP mediana foi de 43,05 ml/cmH2O. **Conclusão:** Em nossa casuística, a PPEV possibilitou um aumento da capacidade de oxigenação dos pulmões estudados. Mesmo após 1 hora de PPEV, não houve formação de edema, como demonstrado pela manutenção do peso do bloco pulmonar. Isso pode ser explicado pela rigorosa monitorização da pressão de artéria pulmonar e pela alta pressão oncótica da solução de perfusão. Essa nova metodologia tem um grande potencial para aumentar o pool de doadores e diminuir a mortalidade nas filas de espera para o transplante pulmonar.

AO.007 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA DISFUNÇÃO PRIMÁRIA DO ENXERTO APÓS TRANSPLANTE PULMONAR: ESTUDO DE COORTE

LUCAS MATOS FERNANDES; MARCOS NAOYUKI SAMANO; JULIUS CÉSAR BONIFÁCIO BARANAUSKAS; ARISTIDES TADEU CORREIA; EDUARDO CAMPOS WEREBE; MARLOVA LUZZI CARAMORI; PAULO MANOEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A disfunção primária do enxerto (Primary Graft Dysfunction - PGD) após transplante pulmonar é uma manifestação da lesão de isquemia e reperfusão, que leva ao aumento da permeabilidade capilar e formação de edema pulmonar não cardiogênico e hipoxemia. É baseada

principalmente em critérios radiológicos e gasométricos e classificada em 3 graus, variando de 0, onde não há PGD, até o grau 3, também denominada PGD severa. Essas medidas podem ser realizadas 24, 48 ou 72 horas após o transplante e a padronização dessas medidas ainda é foco de estudo por parte da International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). As formas mais severas de PGD estão associadas à maior morbidade e é a causa mais importante de óbito no período pós-transplante imediato. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi correlacionar variáveis dos doadores e receptores de pulmão, definindo fatores de risco para o desenvolvimento da PGD em 48 e 72h. **Método:** Foram revisados os prontuários de 118 pacientes submetidos ao transplante pulmonar no período de jan/2003 a jul/2010, classificados de acordo com a disfunção primária do enxerto em 48 e 72h. Essas informações foram correlacionadas com variáveis do respectivo doador, como idade, sexo, tipo sanguíneo, tabagismo, presença de infecção, uso de antibiótico, alteração radiográfica, leucograma, natremia, pO₂ e tempo de intubação. Foram correlacionadas também com variáveis do transplante e dos receptores como sexo, idade, tipo sanguíneo, presença de hipertensão pulmonar, doença de base, diabetes, tipo de transplante, tipo de solução de preservação empregada, tempo de isquemia e necessidade de circulação extracorpórea. **Resultados:** Para a análise da PGD em 48h, dos 118 prontuários revisados, 86 (72,9%) pacientes puderam ser classificados, sendo 17 pacientes em grau 3 e 69 em grau 0/1/2. Para a definição de PGD em 72 horas, 78 pacientes (66,1%) foram classificados, sendo 12 em grau 3 e 66 em grau 0/1/2. Na análise univariada para o desenvolvimento de PGD em 48 horas, foram fatores de risco a diferença entre o sexo do receptor e do doador ($p=0,033$), a hipertensão pulmonar primária ($p=0,037$) e a história de tabagismo no doador (0,030). Em estudo de regressão logística, apenas a história de tabagismo no doador aparece como fator de risco isolado ($p=0,022$; OR=5,321). Para o desenvolvimento de PGD em 72 horas, a análise univariada mostrou que apenas a hipertensão pulmonar primária foi fator de risco ($p=0,022$) para o seu desenvolvimento. A análise multivariada mostrou a idade do doador ($p=0,026$; OR=1,082) e a fibrose pulmonar ($p=0,033$; OR=5,273) como fatores de risco para o aparecimento de PGD após 72 horas. **Conclusão:** Concluímos que, em nosso serviço, é fator de risco para o desenvolvimento de PGD severa (grau 3) em 48h a história de tabagismo do doador. Se definida a PGD em 72h, os fatores de risco identificados são fibrose pulmonar e a idade do doador de pulmões.

AO.008 BIÓPSIA POR AGULHA FINA DE LESÕES PULMONARES GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: INDICAÇÕES, COMPLICAÇÕES E RESULTADOS

CRISTIANO DIAS DE LIMA; RODOLFO ACATAUASSU NUNES; EDUARDO HARUO SAITO; CLÁUDIO HIGA; ZANIER JOSÉ FERNANDO CARDONA; DENISE BARBOSA DOS SANTOS

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Introdução: Um grande número de pacientes com lesões pulmonares diversas, tanto nódulos como massas pulmonares pode necessitar de prosseguimento na investigação, após falha diagnóstica em broncoscopia. A punção biópsia aspirativa de lesões pulmonares guiada por tomografia computadorizada (TC) tornou-se uma

alternativa diagnóstica nos casos de pacientes com contraindicações clínicas para procedimento cirúrgico, em investigação de estágios avançados de neoplasia pulmonar (IIIB e IV) e outros com metástases pulmonares de outros órgãos, que na sua maioria necessita do diagnóstico para tratamento paliativo. Os pacientes com suspeita de neoplasia pulmonar primária e estadiamento clínico e radiológico I, II ou IIIA, tratáveis cirurgicamente, mas com fatores de risco clínicos que impedem o procedimento cirúrgico, dependem exclusivamente da biópsia guiada para obtenção de diagnóstico, após falha da broncoscopia. Esses fatores de risco estão relacionados ao tabagismo, sendo a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) a mais frequente. **Objetivos:** Definir as principais indicações desse tipo de punção biópsia na prática clínica. Analisar os resultados citológicos e comprovar a viabilidade diagnóstica do método na investigação de lesões pulmonares. Analisar as complicações do procedimento, avaliando sua segurança. **Método:** Em análise retrospectiva foram selecionados 89 pacientes com lesões pulmonares diversas, submetidos ao procedimento no período de cinco anos. As indicações foram divididas em pacientes com contraindicação oncológica para procedimento cirúrgico curativo, contraindicação clínica para procedimento cirúrgico, suspeita de metástase pulmonar de outros órgãos e lesões de aspecto benigno. O método foi padronizado com agulha fina, 25-gauge. Todos os procedimentos foram guiados por TC helicoidal. O diagnóstico final foi confirmado por biópsias cirúrgicas e acompanhamento clínico/oncológico. Para análise das complicações foi considerado o número de procedimentos (97). **Resultados:** A principal indicação do procedimento foi a de pacientes com contraindicação oncológica para procedimento cirúrgico curativo. O método apresentou acurácia de 91,5% para lesões malignas. Em 73% dos pacientes a lesão foi confirmada como neoplásica. A principal complicação foi o pneumotórax, constatado em 27,8%, com necessidade de drenagem tubular em 12,4% do total de procedimentos. **Conclusão:** A principal indicação para punção biópsia guiada foi a suspeita de doença neoplásica pulmonar primária sem possibilidade de tratamento cirúrgico. O procedimento tem alta viabilidade diagnóstica para doenças pulmonares de origem neoplásica. A mais prevalente complicação foi o pneumotórax, sem necessidade de drenagem tubular na maioria dos casos. Não ocorreram óbitos relacionados ao procedimento.

AO.009 TRATAMENTO INTEGRAL DO PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO EM NÍVEL AMBULATORIAL

ALEXANDRE JOSÉ GONÇALVES AVINO; DARCY RIBEIRO PINTO FILHO; SUZAN LÚCIA BRANCHER BRANDÃO

HOSPITAL VIRVI RAMOS, CAXIAS DO SUL, RS

Introdução: O pneumotórax espontâneo primário (PEP) é uma condição clínica frequente e compromete predominantemente a população jovem. Existe uma ampla discussão na literatura mundial sobre como abordar a doença no episódio inicial, com propostas diametralmente opostas. Por um lado, existem grupos que tendem a manejar o PEP de maneira conservadora como punção aspirativa, drenagem tubular ou mesmo observação em casos selecionados. No outro espectro do tratamento do PEP existe a opção cirúrgica, adotada por diversos grupos. Essa modalidade de tratamento consiste em ressecar da área bolhosa e agrega algum tipo de pleurodese, normalmente abrasiva, para indução de sínfise e

redução da recidiva. Essa opção torna-se atrativa pelo uso de um procedimento minimamente invasivo e por tratar a causa da doença. No centro da discussão existem três pontos a ser avaliados: potencial de recidiva, custo e tratamento integral da doença. Tratar essa doença integralmente, em nível ambulatorial, pode trazer mais argumentos para fomentar essa discussão. **Objetivo:** Determinar a possibilidade de tratamento integral do PEP, com ressecção da área de blebs e pleurodese no primeiro episódio e em nível ambulatorial. **Método:** No período de 1/2010 a 12/2010, cinco pacientes consecutivos apresentando PEP no primeiro episódio foram manejados por videotoracoscopia. O procedimento foi realizado com 3 acessos e incluiu ressecção da área de blebs, pleurodese abrasiva e drenagem da cavidade torácica (14 fr). Foram avaliados idade, sexo, sintomas, tabagismo, hemitórax comprometido, apresentação radiológica, achados à videotoracoscopia, material de sutura utilizado, tempo operatório, tempo de drenagem, dor pós-operatória hospitalar e à revisão, resultado clínico-radiológico e recidiva. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi 27,5 anos, 3 homens e 2 mulheres, todos referindo sintomas leves de desconforto torácico e dispneia. Dois dos cinco pacientes eram tabagistas. 3 pneumotóracex ocorreram à direita e 2 à esquerda. À radiologia, todos se apresentaram como de volume moderado. 4 dos casos apresentaram blebs à TC e nenhum dos casos apresentou lesões contralaterais. À videotoracoscopia, todos os pacientes apresentaram achados: blebs íntegras, blebs rotas com pontos de necrose, mais de uma área apical com lesões são exemplos. Em 4 dos pacientes foram utilizadas 3 cargas 45 mm/3.5 para ressecção e um dos casos demandou 4 cargas. O tempo cirúrgico médio foi 25 minutos. A permanência do dreno em 4 pacientes foi de 6 horas e um dos pacientes permaneceu 17 horas (pernoite). A dor máxima relatada pelos pacientes numa escala de 0 a 10 na hospitalização foi 4 e na revisão de 7 dias foi 1. Radiologicamente, os 5 casos apresentaram resolução completa e 1 caso apresentou enfisema subcutâneo cervical residual. Não ocorreram recidivas no seguimento médio de 5 meses. **Conclusões:** O tratamento integral do PEP em nível ambulatorial é seguro. A continuidade do estudo irá determinar sua validade.

AO.010 ESOFAGECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA EM DECÚBITO VENTRAL

EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA; FELIPE JOSÉ VIEIRA; JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; JULIANA DIAS NASCIMENTO FERREIRA; LEONARDO JOSÉ VIEIRA; MARCUS DA MATTA ABREU; VÁGNER CAMPOS SILVA

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIO UFJF, ASCOMCER, HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E MONTE SINAI - JUIZ DE FORA, MG

Introdução: Diversas abordagens cirúrgicas podem ser empregadas para o tratamento da neoplasia maligna do esôfago, incluindo o tempo torácico que pode ser feito por toracotomia ou videotoracoscopia. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é relatar a experiência inicial do nosso serviço na esofagectomia videotoracoscópica. **Método:** Estudo retrospectivo dos prontuários dos pacientes submetidos à esofagectomia videotoracoscópica entre março de 2008 e novembro de 2010. **Resultados:** Nove pacientes portadores de neoplasia maligna do esôfago foram operados pela abordagem videotoracoscópica. Nos 2 primeiros casos, escolhemos realizar a cirurgia com o paciente em decúbito

lateral, sendo necessária a realização de 4 portais de trabalho, 1 exclusivamente para auxiliar nas manobras de afastamento do pulmão, exigindo a participação de 3 membros da equipe cirúrgica. A partir do terceiro caso, optamos pelo decúbito ventral, com o tórax elevado cerca de 30° da mesa cirúrgica por um coxim. Tal via de acesso permitiu a dissecação esofageana pela realização de 3 portais, com a participação de 2 membros da equipe cirúrgica. Em nossa série, não houve nenhuma complicação cirúrgica torácica. Um paciente evoluiu com fistula na anastomose cervical e um paciente com pneumonia. Não houve mortalidade nessa série. **Conclusão:** A esofagectomia por videotoracoscopia se mostra um procedimento promissor, servindo como alternativa técnica para o tratamento do câncer esofágico permitindo inclusive a indicada remoção dos linfonodos mediastinais. Consideramos a abordagem com o paciente em decúbito ventral mais fácil tecnicamente.

AO.011 TORACOTOMIA COM PRESERVAÇÃO DO NERVO INTERCOSTAL E TORACOTOMIA TRADICIONAL – ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO – AVALIAÇÃO DE 40 PACIENTES

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; ERIKA RYMKIEWICZ; JOSÉ ERNESTO SUCCI; CROMWELL B. DE CARVALHO MELO; HUMBERTO M. C. DOS SANTOS; MARCEL MARTINS SANDRINI; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATTA

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – UNIFESP

Introdução: A toracotomia posterolateral é realizada com frequência e continua sendo muito dolorida. Tanto a abertura do intercosto como seu fechamento são etapas importantíssimas que podem interferir na dor pós-operatória. Estudos têm demonstrado que a dor crônica, definida como dor após 6 meses, é comum e pode ocorrer em até 67% dos pacientes. Acredita-se que a maior parte da dor ocorra por trauma do nervo intercostal. Existe atualmente uma preocupação constante com a dor e com uma melhor recuperação do paciente no pós-operatório, para que possa retornar o mais breve possível às suas atividades habituais. Diversos estudos foram realizados com enfoque no tipo de toracotomia e sua interferência na dor, na função pulmonar e na mobilidade dos músculos da parede torácica. Sem consenso ainda de qual seria a toracotomia ideal. Um estudo prospectivo randomizado mostrou que o retalho do músculo intercostal, protegendo o nervo intercostal para evitar o esmagamento e pelas pás do afastador reduz a dor. O fechamento do intercosto pela sutura pelas costelas (intracostal) também diminui a dor, em comparação com suturas que vão ao redor da costela (pericostal tradicional). **Objetivo** foi comparar a toracotomia com a preservação do nervo intercostal e toracotomia com abertura tradicional. **Método:** Foram avaliados todos os pacientes candidatos à toracotomia eletiva. Os pacientes foram divididos em: grupo 1- toracotomia tradicional e grupo 2- toracotomia com preservação do nervo intercostal, fechamento também por preservação de nervo intercostal. Todas as toracotomias foram poupadoras de músculo. Avaliamos o tempo de cirurgia, tempo de internação, tempo de drenagem, escala de dor, quantidade de analgésico utilizada e complicações. **Crerios de exclusão:** uso crônico de analgésicos ou sedativos/ansiolíticos, doenças psiquiátricas, re-operação ou operações de urgência/emergência. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este

estudo, sob o número 1.323/09. **Resultado:** Foram incluídos no estudo 40 pacientes divididos nos dois grupos. No grupo 1 (tradicional) tivemos 20 pacientes com idade média de 48,3 anos ($\pm 14,45$), prevaleceu gênero masculino com 54,55%, IMC de 24,58 kg/m² ($\pm 3,7$). No grupo 2 (preservação nervo intercostal) tivemos 20 pacientes com idade média de 48,9 anos ($\pm 17,32$), prevaleceu gênero masculino com 51,28%, IMC de 22,84 kg/m² ($\pm 4,52$).

Tabela 1 – Dados dos grupos (média)

	G1 Tradicional	G2 Preservação nervo
Tempo de cirurgia (min)	206 ($\pm 112,96$)	190,32 ($\pm 86,08$)
Tempo de drenagem (dias)	4,6 ($\pm 2,67$)	4,29 ($\pm 2,63$)
Débito do dreno (mL)	1592,27 ($\pm 842,83$)	1416,90 ($\pm 730,24$)
	Escala de dor (0-10)	
Maior valor	6,14 ($\pm 3,38$)	4,12 ($\pm 2,63$)*
1º PO	($\pm 3,94$)	3,58 ($\pm 2,3$)*
3º PO	($\pm 2,47$)	2,65 ($\pm 1,83$)
	Quantidade de analgésico	
Tramadol (mg)	1.025 ($\pm 464,57$)	834,09 ($\pm 568,07$)*
Dipirona (g)	16,67 ($\pm 12,06$)	15,71 ($\pm 11,73$)
Tempo de internação (dias)	6,00 ($\pm 5,26$)	6,3 ($\pm 3,85$)
Complicações	28,18%	30,77%

Os pacientes submetidos à toracotomia tradicional usaram uma quantidade maior de analgésico, com um valor maior na escala de dor no 1º e 3º PO, em relação ao grupo com preservação intercostal. **Conclusão:** Nessa avaliação, concluímos que a técnica de preservação intercostal se mostrou de fácil execução, sem prolongar o tempo operatório com resultados favoráveis no pós-operatório hospitalar. Houve menor necessidade de analgésicos, com uma escala de dor também menos em relação à toracotomia tradicional.

AO.012 ESTUDO RETROSPECTIVO DA MORBI-MORTALIDADE IMEDIATA DE PACIENTES SUBMETIDOS À PNEUMECTOMIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE DO BRASIL

MÁRIO GESTEIRA COSTA; ALLAN LEMOS MAIA; FERNANDO JOSÉ PINHO QUEIROGA; RICARDO DE CARVALHO LIMA; MURILO JOSÉ DE BARROS GUIMARÃES; PAULO ALMEIDA, PAULO JOSÉ DE ALMEIDA; MOZART ESCOBAR

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSVALDO CRUZ - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - RECIFE

DESCRIPTORIOS: PNEUMECTOMIA, MORBI-MORTALIDADE, COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.

Introdução: A ressecção cirúrgica é a melhor opção para cura de pacientes selecionados com câncer pulmonar ou doença benigna. A pneumectomia é reservada aos casos não passíveis de ressecções conservadoras, pois apresenta morbimortalidade alta. Este estudo analisa a morbi-mortalidade associada à pneumectomia. **Objetivos:** Primário, análise da morbi-mortalidade associada às pneumectomias realizadas, de 1º/6/1990 a 31/7/2010, em hospital universitário do Nordeste do Brasil. Secundários, análise da demografia, comorbidades, indicações cirúrgicas, complicações imediatas

da população submetida à pneumectomia, visando identificar fatores de risco. **Método:** Estudo longitudinal, observacional, retrospectivo, de 59 pacientes consecutivos submetidos à pneumectomia, de 1º/6/1990 a 31/7/2010, em hospital universitário. Os dados coletados em planilha excel, incluíram a demografia, sintomatologia, exame físico, comorbidades preexistentes, indicação cirúrgica, complicações peri-operatórias e diagnóstico final, e foram submetidos à análise estatística, pelo teste do Qui-quadrado clássico ou com correção de Yates, e o teste de Fisher, sendo o nível de significância $p < 0,05$. **Resultados:** A idade média foi de 42,8 anos (8-76), com 33 pacientes (55,9%) masculinos e 26 (44,1%) femininas. A indicação foi doença maligna em 43 pacientes (72,9%) e benigna em 16 (27,1%), com mortalidade de 4 (9,3%) e 3 (18,8%) pacientes, respectivamente. A pneumectomia foi direita em 29 pacientes (49,4%) com maior mortalidade ($p < 0,05$) e esquerda em 30 (50,8%) com maior morbidade ($p < 0,05$). Complicações pós-operatórias ocorreram em 29 (49,2%) e 7 pacientes (11,9%) faleceram. Os dados demográficos, clínicos (exceto a ausência de dispneia), laboratoriais e espirométricos pré-operatórios não obtiveram significância estatística correlacionada às complicações ($p > 0,5$). Contudo, no pré-operatório, a ausência de dor torácica, passado de tuberculose, fistula broncopulmonar, gastrite hemorrágica, intervenção cardiovascular com ECG anormal, operações torácicas, tumor visível à tomografia computadorizada e glicemia elevada, correlacionaram-se com aumento de mortalidade ($p < 0,05$). O comprometimento de estruturas mediastínicas na exploração cirúrgica e complicações intra-operatórias relacionaram-se a aumento de morbidade e mortalidade ($p < 0,05$). Complicações cardiorrespiratórias predominaram, associando-se à mortalidade ($p < 0,05$) e predominando como causas de óbito. Hemorragia e uso de hemoderivados, no período peri-operatório, associaram-se ao aumento de complicações e óbitos ($p < 0,05$). Cirurgiões, com mais de 15 anos de treino, obtiveram menor mortalidade no grupo geral de pacientes, 4/52 (5,8%) naqueles com câncer, 2/38 (5,3%) e naqueles com câncer pulmonar primário, 1/36 (2,9%) quando comparados a obtida por cirurgiões mais jovens, 3/5 (60%), 2/4 (50%), 2/4 (50%), respectivamente ($p < 0,05$). **Conclusões:** Embora os resultados sejam comparáveis aos da literatura quanto às taxas de morbi-mortalidade, ao predomínio de complicações respiratórias e cardiovasculares e quanto à associação dessas complicações a uma maior mortalidade, os índices desses eventos permanecem altos. Ressaltamos os bons resultados obtidos pelos cirurgiões mais experientes em hospital universitário público do Nordeste do Brasil.

AO.013 LOBECTOMIA POR CIRURGIA TORÁCICA VIDEOASSISTIDA (CTVA): DESAFIOS DE UMA EXPERIÊNCIA INICIAL DE 31 CASOS

ANTERO GOMES NETO; CECÍLIA BIANCA SILVA MOURA; EDSON RICARDO BRAMBATE JÚNIOR; EVANDRO AGUIAR AZEVEDO; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; RAFAEL FERNANDES VIANA DE ARAÚJO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: A lobectomia pulmonar por videotoracoscopia vem sendo realizada em muitos centros há cerca de 20 anos, embora o procedimento não seja aceito de forma unânime. Muitos cirurgiões torácicos se opuseram à técnica por questionarem sua segurança (morbidade e mortalidade) e eficácia oncológica no tratamento das neoplasias

pulmonares. Não existem grandes estudos controlados e randomizados comparando a lobectomia por CTVA com a lobectomia por toracotomia, mas várias séries e estudos casos-controle fornecem boa evidência de que a primeira está associada a uma menor incidência de complicações peri-operatórias, menor tempo de internação, menos dor e uma sobrevida semelhante nas ressecções por câncer. Essas vantagens parecem ser ainda mais evidentes no grupo de pacientes com maior risco cirúrgico. **Objetivos:** Avaliar a exequibilidade, a segurança e os resultados da lobectomias por CTVA em doenças benignas e malignas. **Método:** Estudo retrospectivo, com revisão de prontuários dos pacientes submetidos à lobectomia por CTVA no período de outubro de 2007 a outubro de 2010. Todas as cirurgias foram realizadas pela mesma equipe. As lobectomias foram executadas com dissecação e ligadura individual dos elementos do hilo pulmonar, usando grameadores endoscópicos, por meio de uma incisão de trabalho de 5 cm (4º/5º EIC, linha axilar anterior), uma incisão de 1 cm para a óptica (8º EIC, linha axilar anterior) e uma incisão auxiliar de 1 cm (7º/8º EIC, linha axilar posterior). **Resultados:** Foram operados 31 pacientes (10 homens e 21 mulheres), com idade mediana de 64 anos (15-85 anos). Houve 11 casos de doença benigna (6 bronquiectasias, 2 aspergilomas, 2 malformações e 1 granuloma) e 20 casos de neoplasia, sendo 1 metástase e 19 tumores primários de pulmão (6 pacientes com estágio IA, 11 com IB, 1 com IIA e 1 com IIB). Houve complicações em 19,6% dos casos e nenhum óbito. A cirurgia foi convertida em toracotomia em 4 casos (12,9%), sendo apenas um por sangramento de ramo da artéria pulmonar. Os outros casos foram convertidos por espessamento e aderências dificultando a dissecação da cissura. Em nenhum caso houve necessidade de transfusão. A mediana do tempo de internação hospitalar foi de 4 dias (3 a 8 dias). **Conclusão:** A lobectomia por CTVA é um procedimento perfeitamente factível, uma vez que foi executada conforme planejada na maioria dos casos. Além disso, mostrou-se uma operação segura, com baixo índice de complicações, sem mortalidade e proporcionando aos pacientes um pequeno tempo de permanência hospitalar.

AO.014 RESSECÇÕES PULMONARES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; PATRÍCIA NERY KAMINSKI; ALBERTO BRÜNING GUIMARÃES; JOSÉ CARLOS FELICETTI
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

Introdução: As ressecções pulmonares em cirurgia torácica pediátrica possuem peculiaridades que as diferenciam das ressecções em pacientes adultos, principalmente pelas suas indicações, extensão das ressecções e manejo pós-operatório. **Objetivos:** Avaliar os resultados de pacientes que foram submetidos a ressecções pulmonares em serviço de cirurgia torácica pediátrica. **Método:** No período entre janeiro de 2005 a outubro de 2009 foram revisados os prontuários de 179 pacientes submetidos a ressecções pulmonares no Hospital da Criança Santo Antônio. Os pacientes foram avaliados quanto a: etiologia, características clínicas no pré-operatório, procedimento realizado, complicações pós-operatórias, tempo de permanência de dreno torácico e tempo de internação hospitalar. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 7,37 anos, sendo 53,8%

pacientes do sexo masculino. As principais patologias foram: bronquiectasias 43,5% (n=78), metástases pulmonares 18,4% (n=33) e malformações congênitas pulmonares 16,2% (n=29). O tipo de ressecção pulmonar mais utilizado foi a segmentectomia em 65,9%, seguida pela lobectomia média em 15% e lobectomia inferior esquerda 13,9%, pneumonectomia foi realizada em 8 pacientes (4,4%). Complicações pós-operatórias foram observadas em 19,5% dos pacientes, consistindo em: atelectasia (n=16), pneumotórax (n=11), fuga aérea prolongada (n=4), enfisema subcutâneo (n=4), empiema (n=4) e quilotórax (n=1). Desses pacientes, cinco apresentaram associação de mais de uma complicação. O tempo de médio de permanência com dreno de tórax foi de 2,88 dias (DP=±2,2) e de internação 12 dias. Houve 1 óbito pós-operatório relacionado à pneumonia viral fulminante em paciente com malformação adenomatoide cística com 1 mês de vida. Foi registrado outro óbito, após 30 dias do procedimento por septicemia, em paciente que fora submetido à broncoplastia e lobectomia. **Conclusão:** As ressecções pulmonares realizadas em pacientes pediátricos são procedimentos seguros, com pequena morbidade e mortalidade no período pós-operatório imediato. A preservação do máximo possível de parênquima pulmonar deve ser o tipo de ressecção de escolha naqueles pacientes com doença localizada e bem delimitada.

AO.015 ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA E LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL SISTEMÁTICA NO CÂNCER DE PULMÃO ESTÁGIO I

DARCY RIBEIRO PINTO FILHO; ALEXANDRE AVINO; SUZAN BRANDÃO
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Introdução: A ablação por radiofrequência (ARF) consiste na destruição tumoral pelo calor (>60°C) emitido por uma fonte geradora de energia, introduzida na lesão por meio de eletrodos. Pacientes portadores de tumores pulmonares primários ou metastáticos, candidatos à ressecção, mas sem condições clínicas que suportem o procedimento, são mais vezes elencados para receberem a ARF. A ablação pura e simples da lesão, no entanto, não permite o tratamento oncológico completo, na medida em que prescinde da avaliação histológica dos linfonodos, tornando a proposta questionável. **Objetivo:** Analisar os efeitos e a viabilidade terapêutica da ARF com linfadenectomia mediastinal em pacientes portadores de câncer de pulmão estágio I, clinicamente incapacitados para se submeterem à ressecção pulmonar formal. **Método:** Seis pacientes portadores de carcinoma brônquico estágio I, clinicamente impossibilitados de serem ressecados, foram submetidos à ARF com o sistema Valleylab R tecnologia "cool-tip" e linfadenectomia mediastinal sistemática, pela toracotomia aberta com preservação muscular ou videocirurgia. O diâmetro máximo da lesão, para inclusão no estudo, foi de 5 cm. Nas lesões menores que 2 cm, localizadas na cortical do pulmão, a opção foi a ressecção em cunha com ablação das margens. A utilização de agulha tripla ou única foi definida pelo diâmetro maior ou menor que 3 cm, respectivamente. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 73,6 anos (63-85) e o tamanho das lesões variou de 1,3 a 5 cm. Quatro pacientes foram selecionados por baixa reserva funcional (VEF1 previsto no pós-operatório inferior a 30%) e dois pacientes por risco cardiológico proibitivo. A ARF da lesão foi realizada em quatro casos e dois pacientes submetidos à ressecção em cunha e ablação das margens. O tempo médio de

acompanhamento foi de 9,5 meses sem nenhum óbito. Não se observou complicações intra-operatórias e um paciente desenvolveu pneumotórax atribuído ao procedimento no 30º dia de pós-operatório. Dois pacientes foram estagiados como IIIA pela identificação de metástases linfáticas mediastinais intracapsulares na análise anatomopatológica pós-operatória. Nesse período de seguimento, dois pacientes apresentaram crescimento da lesão, dois casos de lesões estáveis e dois casos (ressecção em cunha + ARF das margens) sem sinais de recidiva. **Conclusão:** A ARF com linfadenectomia se mostrou um método terapêutico seguro e permitiu um adequado tratamento oncológico ao abordar a lesão e sua drenagem linfática. Uma promissora indicação do método pode estar relacionada à ARF das margens das ressecções em cunha para controle da recidiva local. Mesmo sendo um estudo com poucos casos, é possível sugerir a ARF e linfadenectomia como uma opção terapêutica para o câncer de pulmão estágio I, em pacientes com incapacidade clínica de submeterem-se à ressecção formal.

AO.016 IMPACTO DA VIDEOMEDIASTINOSCOPIA NO ESTADIAMENTO MEDIASTINAL DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO

RODRIGO O. SABBION; RICARDO M. TERRA; MAURO F. L. TAMAGNO; PEDRO HENRIQUE X. NABUCO DE ARAÚJO; LETÍCIA L. LAURICELLA; RICARDO BEYRUTI, FÁBIO B. JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A videomediastinoscopia é um procedimento bem estabelecido para o estadiamento mediastinal do câncer de pulmão que pode gerar, inclusive, mudança de condutas. **Objetivos:** Avaliar o impacto da videomediastinoscopia no estadiamento mediastinal de pacientes com câncer de pulmão de tratamento potencialmente cirúrgico. **Método:** Avaliação retrospectiva dos prontuários dos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão não pequenas células potencialmente cirúrgicos tratados entre maio de 2009 e maio de 2010. Foram excluídos pacientes com metástases ou doença mediastinal com invasão extracapsular óbvia. As tomografias pré-operatórias foram avaliadas por 2 observadores independentes e o mediastino classificado como suspeito para acometimento linfonodal (doença N2 ou N3) ou não, recebendo a denominação de mediastino clinicamente positivo ou negativo, respectivamente. O mediastino foi considerado positivo quando detectados linfonodos > 1 cm em seu menor diâmetro em qualquer uma das cadeias mediastinais. Todos os pacientes com mediastino clinicamente positivo foram submetidos à videomediastinoscopia com aparelho com espátulas articuladas e amostragem sistematizada compreendendo as cadeias paratraqueais e subcarinais. Os linfonodos biopsiados foram submetidos a exames histológicos e imuno-histoquímicos. Os pacientes com mediastino clinicamente negativo foram submetidos à lobectomia ou segmentectomia anatômica acompanhada de esvaziamento linfonodal radical do mediastino ipsilateral. **Resultado:** Foram incluídos 37 pacientes, 26 homens e 11 mulheres, com idade média de 68,5 anos (42 e 84 anos). Destes, 22 pacientes foram classificados como tendo o mediastino clinicamente

negativo. No primeiro grupo (mediastino clinicamente positivo), a mediastinoscopia afastou acometimento mediastinal em 7 pacientes (31,3%). Destes 7 casos, 5 foram operados e submetidos a esvaziamento mediastinal radical, sendo confirmada a ausência de doença linfonodal. Os outros 2 pacientes acabaram não sendo operados por falta de condições clínicas. No segundo grupo (mediastino clinicamente negativo), observou-se comprometimento de linfonodos mediastinais em 2 pacientes, ambos tinham lesões primárias maiores do que 3 cm. Um paciente evoluiu com empiema após pneumonectomia, tendo boa evolução após drenagem e antibioticoterapia. Não foram registradas outras complicações significativas ou mortalidade relacionadas aos procedimentos realizados. **Conclusões:** Essa série demonstrou que o estadiamento baseado somente em tomografia de tórax é falho e superestadia uma significativa parte dos pacientes. O subestadiamento pode ocorrer também em pacientes com tumores maiores que 3 cm. Sugere-se a realização de videomediastinoscopia em pacientes com lesões mediastinais suspeitas e naqueles com tumores maiores que 3 cm independentemente do status mediastinal, pois em ambos os casos o procedimento pode levar a mudança de conduta.

AO.017 MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO: EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR EM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO

RICARDO M. TERRA; MAURO F. L. TAMAGNO; JADER JOEL M. JUNQUEIRA; RICARDO BEYRUTI; FÁBIO B. JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O mesotelioma pleural maligno (MPM), apesar de raro, é a principal neoplasia maligna primária da pleura, ganhando destaque progressivo por conta da incidência crescente observada nas últimas décadas e da agressividade demonstrada pela escassa sobrevida (média de 6 a 8 meses), mesmo com tratamento adequado. **Objetivos:** Avaliar a experiência com o diagnóstico e a terapêutica do MPM acumulada durante 8 anos em um hospital público terciário. **Método:** Avaliação retrospectiva de prontuários de pacientes com diagnóstico de MPM entre dez/1999 e dez/2010. O diagnóstico definitivo foi estabelecido por estudos histológicos da pleura e o estadiamento fundamentou-se na avaliação clínica e imagenológica. Todos os pacientes foram submetidos à radiografia de tórax e à tomografia computadorizada (TC) de tórax para estadiamento locorregional. Pacientes com doença disseminada ou com condição clínica precária foram submetidos apenas à TC de crânio como exame adicional, enquanto pacientes com doença localizada em um hemitórax foram submetidos à TC de crânio e à TC por emissão de pósitrons - PET Scan (a partir de 2002). Todos os pacientes foram inicialmente considerados para tratamento multimodal (pleuropneumonectomia, associada à quimioterapia e radioterapia), sendo o estadiamento e os achados dos exames clínicos decisivos para a escolha terapêutica. O esquema quimioterápico utilizado incluiu: cisplatina e doxorubicina; e em casos mais recentes, o pemetrexede. A pleuropneumonectomia consistiu em ressecção do pulmão em conjunto com pleura parietal, pleura mediastinal, diafragma ipsilateral

e pericárdio ipsilateral. No pós-operatório foi mantida drenagem balanceada por no mínimo 48h. Resultados: Foram analisados 50 pacientes, sendo 39 homens, com idade média de 57 anos (entre 13 e 79 anos). Os espécimes de biópsia para exame histopatológico foram obtidos por meio de pleuroscopia em 25 pacientes (50%), agulha de Cope em 21 (42%) e biópsia pleural por minitoracotomia em 4 (8%). Os tipos histológicos foram: epitelioide em 37 pacientes (74%), sarcomatoide em 4 (8%), bifásico em 7 (14%) e desmoplásico em 2 (4%). As terapêuticas instituídas foram: multimodal (pleuropneumectomia associada à radioterapia e quimioterapia) em 20 pacientes (40%), quimioterapia e radioterapia em 7 (14%), radioterapia exclusiva em 4 (4,4 %) e quimioterapia exclusiva em 18 (36%). A sobrevida global média, a partir do diagnóstico, foi de 13,9 meses (variando entre 1 e 40 meses). Conclusões: O tratamento do MPM exige atendimento multidisciplinar integrado e infraestrutura hospitalar de alta complexidade, que permitam a realização de todas as etapas diagnósticas existentes, melhor estadiamento e tratamento dos doentes. Os dados obtidos em nosso trabalho demonstram que se trata de uma doença de grande agressividade e, com o recente aumento de sua incidência, faz-se necessário o desenvolvimento de um protocolo assistencial específico para a padronização do atendimento.

AO.018 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE TORACOTOMIA

KARINE APARECIDA ARRUDA; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA – FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Introdução: Procedimentos cirúrgicos como a toracotomia interferem na mecânica pulmonar e tendem a desenvolver alterações ventilatórias restritivas, com redução do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) e da Capacidade Vital Forçada (CVF). **Objetivo:** Avaliar em pacientes submetidos à toracotomia o comportamento do VEF1 e CVF no momento da alta hospitalar, tomando como base os valores obtidos no momento pré-operatório e os preditos para o pós-operatório (ppo). **Método:** Foram incluídos no estudo os pacientes submetidos à toracotomia para cirurgia não cardíaca que tiveram pouca ou nenhuma perda de tecido pulmonar funcionante. As avaliações foram realizadas no pré e no momento da alta hospitalar (PO). Os critérios de exclusão foram: pacientes com enfermidade aguda, hipertensão arterial severa, insuficiência cardíaca descompensada, infarto agudo do miocárdio em menos de 40 dias e doença pulmonar obstrutiva crônica descompensada. Os pacientes foram submetidos no Pré à anamnese, exames laboratoriais e físico, eletrocardiograma e espirometria. A espirometria foi realizada segundo critérios da American Thoracic Society e Diretrizes para Testes de Função Pulmonar (2002) utilizando o espirômetro Koko spirometer 606055®, com o paciente na postura sentada, com obturador nasal para evitar escape aéreo pelo nariz. Foram realizadas ao menos três provas reprodutivas de CVF, escolhendo-se aquela em que o VEF1 foi maior. Foram avaliados os valores de CVF em litros e em porcentagem do predito, e de VEF1 em litros e em porcentagem do predito. Foram também calculados os valores ppo segundo o número

de segmentos pulmonares funcionantes perdidos (CVF ppo e VEF1 ppo). No momento da alta foram repetidos todos os testes realizados no Pré com exceção do eletrocardiograma e todos os participantes responderam à escala visual analógica de dor (EVA). **Resultados:** Foram avaliados 24 pacientes, 7 do gênero feminino e 17 do gênero masculino, com idade média de 52,6±16,4 anos. O IMC variou de 18,8 a 35,8 kg/m² (MD±DP 24,8 kg/m²). A média de perda de segmentos pulmonares funcionantes foi 0,67. O tempo de internação no pós-operatório foi em média 6 dias. Os valores médios de EVA aumentaram de 0,08 no Pré para 3,00 no PO. A média ± desvio padrão dos valores de CVF obtidos na espirometria no Pré foi 3,18±0,72 L, sendo predito para o PO 3,07±0,7L, mas obtido somente 2,08±0,62 L. Houve uma queda média de 0,99 L no PO em relação aos valores ppo, correspondendo a uma piora, somente pela toracotomia, de 32,2% na CVF. A média ± desvio padrão dos valores de VEF1 no Pré foi de 2,31±0,6 L, sendo predito para o PO 2,23±0,66 L e obtido no PO 1,54±0,54 L, com queda média de 0,69 L, correspondendo a uma piora de 31% no VEF1 PO relativos aos valores ppo. **Conclusão:** Há piora importante do VEF1 e CVF no PO de toracotomia, mesmo utilizando como referência os valores preditos para o PO.

AO.019 UTILIZAÇÃO DO TUBO-T DE MONTGOMERY NO TRATAMENTO DA ESTENOSE TRAQUEAL BENIGNA

FILIFE MOREIRA DE ANDRADE; LUIZ FELIPPE JUDICE; ÂNGELO MESQUITA JUDICE; PEDRO ABRAHÃO PINHEIRO GUIMARÃES; PATRÍCIA ALVES, ANTÔNIO BENTO CARVALHO FILHO; OMAR MOTÉ ABOU MOURAD

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RJ

Introdução: O tratamento cirúrgico é a melhor conduta terapêutica curativa para a estenose traqueal benigna. Entretanto, as próteses de via aérea podem ser indicadas em casos de doenças associadas que contraindiquem, temporária ou definitivamente, o procedimento cirúrgico. As próteses podem também ser utilizadas como tratamento temporário até a cirurgia definitiva; tratamento das estenoses complexas ou, ainda, como tratamento complementar à cirurgia. Nesse caso, são inseridas no pré-operatório de estenoses envolvendo laringe ou cartilagem cricoide. **Método:** Estudo retrospectivo a partir de uma base de dados prospectiva em relação aos pacientes tratados com o Tubo-T de Montgomery. No período entre março de 1986 e novembro de 2010, 120 pacientes portadores de estenose traqueal benigna foram submetidos à utilização do Tubo-T de Montgomery. **Resultados:** Foram 86 pacientes do sexo masculino e 34 do feminino, com um total de 274 inserções do Tubo-T. Dentre os 120 pacientes, 56 (46,6%) apresentaram algum grau de complicação relacionado à prótese, mas em apenas 14 (11,7%) a complicação determinou a retirada do Tubo-T. Quando avaliamos o total de 274 inserções da prótese, observamos 66 (24,1%) complicações relacionadas ao Tubo-T, com apenas 20 (7,3%) próteses sendo retiradas por conta das complicações. Dentre as próteses que evoluíram com complicações, observamos granulomas em 54 (19,7%), edema de laringe em 12 (4,4%) e obstrução por secreção em 3 (1,1%). Em nossa série, a indicação do tubo em T de Montgomery foi: 1) medida temporária prévia à cirurgia: 1) 35 (29,1%) pacientes com um total de 82 (29,9%) inserções do tubo; 2) procedimento definitivo, nos pacientes

com contraindicações à cirurgia, em 18 (15%) pacientes, com 90 (32,8%) inserções da prótese; 3) procedimento curativo, apesar de não ter sido utilizado inicialmente com essa intenção, em 19 (15,8%) pacientes, com 38 (13,9%) inserções da prótese nesse grupo; 4) utilizado durante o procedimento cirúrgico em procedimentos envolvendo a laringe e/ou ressecção do arco anterior da cricoide em 48 (40%) pacientes, com 64 (23,3%) inserções da prótese nesse grupo. **Conclusão:** O Tubo-T de Montgomery representa uma opção útil em pacientes com estenose traqueal benigna complexa ou que apresentem comorbidades que contraindiquem a cirurgia, podendo ser utilizado como uma alternativa ou tratamento complementar à cirurgia. As complicações relacionadas à prótese geralmente apresentam pequena morbidade, raramente levando à retirada do tubo em T. Em uma pequena percentagem dos pacientes o Tubo-T pode ser curativo.

AO.020 LARINGOFISSURA COM INTERPOSIÇÃO DE ENXERTO DE CARTILAGEM COSTAL PARA TRATAMENTO DE ESTENOSES LARINGOTRAQUEAIS COMPLEXAS EM ADULTOS: RESULTADOS A LONGO PRAZO

BENOIT JACQUES BIBAS; FÁBIO BISCEGLI JATENE; PAULO MANOEL PÊGO-FERNANDES; RICARDO MINGARINI TERRA; TALES RUBENS DE NADAI

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A cirurgia denominada "laringofissura", com interposição de enxerto de cartilagem costal anterior e posterior (LS/ECC), é utilizada para tratar as estenoses laringotraqueais complexas (ELC), com bons resultados imediatos relatados na literatura. No entanto, os resultados a longo prazo ainda são pouco conhecidos. **Objetivo:** Avaliar os resultados a longo prazo no tratamento da ELC por LS/ECC. **Método:** Estudo retrospectivo observacional que incluiu todos os pacientes operados (LS/ECC) em nossa instituição a partir de janeiro de 2000 até julho de 2006. Os dados foram coletados até outubro de 2010. O principal desfecho analisado foi o sucesso na decanulação, classificado em 3 grupos: sucesso total, sucesso parcial (necessidade do uso de endoprótese ou tubo T) e o insucesso (necessidade de traqueostomia). **Resultados:** 29 pacientes (15 homens e 14 mulheres) com média de 36,1 anos de idade foram operados no período estudado. Não houve mortes e as complicações pós-operatórias foram: disfonia (41%), fístula traqueocutânea (27%), infecção de ferida operatória (10%), enfisema subcutâneo (7%), disfagia (3%) e sangramento (3%). Ao final da coleta de dados, a média do tempo de seguimento foi de 87,2 meses. O sucesso total na decanulação ocorreu em 65% do pacientes, sucesso parcial em 24% e insucesso em 3%. Houve perda do seguimento em 8% dos pacientes. **Conclusão:** Após um longo período de acompanhamento, a grande maioria dos pacientes estava falando e respirando pelas vias aéreas superiores (sucesso total ou parcial), sendo que mais da metade do total dos pacientes estudados não necessitava de nenhuma prótese para esse fim (sucesso total). Concluímos, assim, que a cirurgia avaliada (LS/ECC) teve resultados positivos sobre a evolução dos pacientes analisados.

AO.021 DIFICULDADES TÉCNICAS E COMPLICAÇÕES DA SIMPATECTOMIA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA. ANÁLISE DE 1.731 CASOS

ANDRADE, LOA, DE CAMPOS, JRM, KAUFFMAN, P, WOLOSKER, N, JATENE, FP

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN E HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Introdução: A simpatectomia torácica por videotoracosopia é um procedimento consagrado para tratamento definitivo da hiperidrose primária, realizado numa população de faixa etária jovem que tem grande expectativa com o resultado da cirurgia, cujas complicações não são bem aceitas. **Objetivos:** Analisar dificuldades técnicas e complicações da simpatectomia em 1.731 casos operados. **Método:** De outubro de 1995 a fevereiro de 2009 foram estudados 1.731 pacientes portadores de hiperidrose palmar, axilar ou craniofacial, submetidos à simpatectomia torácica bilateral por videotoracosopia. Todos os pacientes responderam questionário de qualidade de vida pré e pós-operatório. Estudamos as dificuldades técnicas e complicações dessa casuística. **Resultados:** A presença de aderências pleurais foi a mais comum e maior dificuldade técnica encontrada em 6,7% dos casos. Outra causa de dificuldade técnica foi a presença de lobo ázigo em 4 casos. Não houve nenhum óbito na nossa série. A complicação imediata mais comum foi a necessidade de drenagem torácica em 3,5% dos casos. A dor pós-operatória da simpatectomia por videotoracosopia parece ser mais comum que geralmente se reconhece. Na série estudada, 97,4% dos pacientes se queixaram de dor no pós-operatório imediato. Esse índice ainda continua alto no primeiro retorno (7º PO), com presença de dor em 78,2% dos pacientes. Mais do que uma complicação tardia, podemos considerar a sudorese compensatória como um efeito colateral da simpatectomia. Quase a totalidade dos pacientes (91,5% dos pacientes da série estudada) refere algum grau de sudorese compensatória no 30º PO. Apesar disso, apenas 2,5% dos pacientes ficaram arrependidos da cirurgia. Os resultados foram semelhantes aos descritos na literatura, exceto pelo maior índice de drenagens torácicas, que pode ser parcialmente explicado pelo alto índice de aderências encontrado nessa série de pacientes. **Conclusão:** A simpatectomia é uma cirurgia segura para o tratamento da hiperidrose primária, com bons resultados.

AO.022 SIMPATICOTOMIA TORÁCICA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PRIMÁRIA. ESTUDO DE 1.113 CASOS

JORGE MONTESSI; EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA; JOÃO PAULO VIEIRA; MARCUS DA MATTA ABREU; VÁGNER CAMPOS SILVA; JULIANA DIAS NASCIMENTO FERREIRA

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIO UFJF, MONTE SINAI, HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E ASCOMCER

Introdução: A hiperidrose primária é uma doença que afeta até 1% da população e, em sua forma grave, causa intenso desconforto aos pacientes, levando a prejuízo nas atividades sociais e laborativas. **Objetivo:** Comparar grau de satisfação dos pacientes simpaticotomizados e presença de sudorese reflexa, de acordo com diferentes níveis de ablação. **Método:** Estudo retrospectivo de 1.113 pacientes com hiperidrose primária, submetidos à simpaticotomia torácica no período

de janeiro de 2001 a dezembro de 2010. Grupo I (n = 162): termoablação do tronco simpático, tendo R2 como nível mais cranial da ressecção, independentemente de outros níveis seccionados caudalmente. Grupo II (n = 65): termoablação do tronco simpático, tendo R3 como nível mais alto. Grupo III (n = 886): termoablação do tronco simpático, tendo R4 como nível mais alto. **Resultados:** Pós-operatório ótimo no controle da hiperidrose palmar/axilar em, respectivamente, 94/82% dos pacientes do grupo I, 89/89% do grupo II e 88/96% do grupo III. Sudorese reflexa em 67% dos pacientes dos grupos I e II, caindo para 60% no grupo III por conta da termoablação a partir de R4. Ocorreu sudorese reflexa severa em 32% dos pacientes do grupo I, 9% do grupo II e 1% do grupo III. **Conclusão:** A simpaticotomia propiciou excelente grau de satisfação e baixo índice de complicações. Não houve diferença na incidência de sudorese reflexa com diferentes níveis seccionados; porém, a intensidade dessa complicação se mostrou menor quando optamos por níveis de bloqueio mais baixos, principalmente R4.

AO.023 AVALIAÇÃO OBJETIVA DOS PACIENTES COM HIPERIDROSE PALMO-PLANTAR SUBMETIDOS À SIMPATECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA: TERCEIRO VERSUS QUARTO GÂNGLIO TORÁCICO

AUGUSTO ISHY; CAMILA R. CHIAVONI; FÁBIO B. JATENE; JOSÉ RIBAS M. DE CAMPOS; MIGUEL L. TEDDE; NELSON WOLOSKER; PAULO KAUFFMAN

FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Atualmente, a simpatectomia torácica videoassistida tornou-se o tratamento de escolha para hiperidrose palmar. O principal efeito colateral após operação é a hiperidrose compensatória (HC), sendo considerada a maior causa de insatisfação pelos pacientes. **Objetivo:** Comparar os resultados obtidos com a simpatectomia torácica videotoracoscópica realizada em dois níveis ganglionares distintos (terceiro versus quarto gânglio torácico) no tratamento da hiperidrose palmo-plantar, por meio de um ensaio clínico randomizado e cego. **Método:** Foram selecionados 40 pacientes entre fevereiro de 2007 e maio de 2009. Os participantes foram aleatorizados em dois grupos de 20 pacientes (G3 e G4) e submetidos à operação com seguimento de 12 meses (1ª semana, 1º mês, 6º mês e 12º mês). Utilizamos um método objetivo para mensuração do suor, aferindo a "TEWL" (transepidermal water loss) pelo "VapoMeter", além da avaliação da qualidade de vida antes e após a operação. Também foram estudados: incidência e intensidade da HC. **Resultados:** Todos os pacientes apresentaram resolução da hiperidrose palmar após a operação, com diferença estatística em relação ao fator tempo, quando comparados os valores da "TEWL" palmar no pré-operatório com os seus respectivos valores na 1ª semana, 1º mês, 6º mês e 12º mês. O principal efeito colateral observado foi a hiperidrose compensatória, incidindo com maior frequência no grupo G3 após 12 meses de seguimento; apesar disso, não houve diferença estatística em relação à intensidade (gravidade) da HC nos grupos estudados. Verificou-se melhora da qualidade de vida desde a primeira avaliação do pós-operatório, sem diferença entre os grupos, que assim se manteve até o fim do estudo. As regiões mais acometidas pela HC foram dorso, tórax, abdome e coxas; no entanto, não houve diferença

estatística da "TEWL" mensurada nessas regiões após 12 meses de acompanhamento. **Conclusão:** Ambas as técnicas foram efetivas no tratamento da hiperidrose palmar, gerando redução objetiva da "TEWL" independente do gânglio operado. A simpatectomia no nível de G3 apresentou maior incidência de HC; apesar disso, a melhora da qualidade de vida foi similar em ambos os grupos, não existindo diferença significativa da "TEWL" quantificada no dorso, abdome, coxas e pés após 12 meses.

AO.024 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS NÓDULOS PULMONARES SOLITÁRIOS OPERADOS NA UNIFESP-EPM NO PERÍODO DE 2000 A 2009

CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; DANILO FÉLIX DAUD; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; LUÍS EDUARDO VILÇA LEÃO
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Introdução: Os nódulos pulmonares solitários são definidos como opacidades pulmonares mais ou menos esféricas com diâmetro menor que três centímetros. Geralmente têm contornos identificáveis, totalmente circundados por parênquima pulmonar e sem outras alterações radiológicas, como atelectasias ou aumento de linfonodos mediastinais. As etiologias variam desde diversas doenças benignas (infecções, inflamatórias, tumores benignos e outros) a vários tipos de neoplasias malignas, primárias ou metastáticas. Sua frequência estimada difere nos diversos estudos, principalmente pelas características da população estudada. **Objetivo:** A fim de aumentar o rendimento diagnóstico diante dos nódulos pulmonares solitários indeterminados em nosso meio, desenvolvemos um estudo para analisar os fatores de risco e determinar quais aumentam a probabilidade de malignidade em nossa população. **Método:** Desenhamos uma coorte retrospectiva que analisou 110 pacientes submetidos à ressecção cirúrgica dos nódulos no Hospital São Paulo, Unifesp/EPM, no período de 2000 a 2009. As características estudadas foram o sexo, idade, história de tabagismo, localização pulmonar do nódulo, seu diâmetro em milímetros e característica de suas bordas (espículas ou não). Também contemplamos o diagnóstico anatomopatológico, a tática cirúrgica empregada em cada caso e o estadiamento TNM naqueles nódulos neoplásicos primários pulmonares. **Resultados:** Idade, diâmetro e presença de espiculação se mostraram fatores de risco isolado estatisticamente significantes na nossa amostra. A idade média foi de $58,42 \pm 13,06$ anos, com a média de idade referente aos pacientes com NPS maligno de 59,7 anos contra 54,2 anos para os benignos ($p=0,006$). A média do diâmetro em milímetros das lesões malignas foi estatisticamente maior que a média das lesões benignas (19 mm contra 15,2 mm), com $p=0,009$. A presença de espiculação se mostrou fator de risco isolado com $p=0,001$. Houve predominância do diagnóstico de adenocarcinoma primário pulmonar diante das demais malignidades primárias encontradas, uma distribuição relativamente equitativa entre os diversos diagnósticos de metástases pulmonares analisadas e uma predominância das lesões inflamatórias/infeciosas no grupo das doenças benignas. Ainda vimos que a imensa maioria dos NPS malignos primários se mostraram em estágio inicial (T1N0M0 - EIA). **Conclusões:** Concluímos

que a idade, o diâmetro e a presença de espiculação das bordas foram os fatores que mais contribuíram para o aumento da probabilidade de malignidade dos NPS na nossa amostra.

AO.025 PUNÇÃO ASPIRATIVA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA ENDOBRÔNQUICA (EBUS-TBNA) NO ESTADIAMENTO LINFONODAL E DIAGNÓSTICO DE LESÕES MEDIASTINAIS: EXPERIÊNCIA INICIAL DO INCOR-HCFMUSP

MIGUEL L. TEDDE; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; RICARDO MINGARINI TERRA; HÉLIO MINAMOTO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; THIAGO MENDONÇA; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A ultrassonografia endobrônquica com punção aspirativa ecoguiada (EBUS-TBNA) é um método recente que vem sendo utilizado no diagnóstico de lesões e estadiamento linfonodal mediastinal em câncer de pulmão. Entretanto, o domínio da técnica passa por uma curva de aprendizado para a obtenção de resultados satisfatórios. **Objetivos:** Avaliar os resultados obtidos com EBUS-TBNA no diagnóstico e estadiamento de lesões mediastinais. **Método:** Foram submetidos ao procedimento pacientes portadores de tumores e adenopatias mediastinais, com suspeita ou diagnóstico de câncer de pulmão, com lesões demonstráveis à tomografia computadorizada. Os pacientes foram informados e assinaram termo de consentimento. Os procedimentos foram realizados com equipamento Olympus BF-UC180F, processadora de ultrassom Olympus EU-C60 ou Aloka alfa-5, sob anestesia geral e máscara laríngea. Foram realizadas 3 punções por lesão/linfonodo com 10-15 passagens da agulha por punção. O material coletado foi preparado em esfregaços em lâminas fixadas em álcool absoluto, e também conservado em formol para realização de cell block. Em casos suspeitos de doença infecciosa, parte do material também foi enviada para pesquisa e cultura de bactérias, fungos e BAAR. **Resultados:** Foram incluídos 34 pacientes (20 do sexo masculino; idade média=58anos), nos quais se realizaram 121 punções (média=3,5/paciente). O material obtido foi considerado adequado para diagnóstico em 21/34 (61,7%) pacientes e escasso ou inadequado em 13/34. Dentre os pacientes com material considerado adequado, a neoplasia maligna foi observada em 11/21 (52%). Destes, 8 foram realizados com objetivo diagnóstico e 3 para estadiamento de neoplasia pulmonar. Os resultados foram: adenocarcinoma brônquico (7), carcinoma de células pequenas (2), carcinoma escamoso (1) e adenocarcinoma de cólon (1). Dentre os dez pacientes cujo material revelou ausência de malignidade, 9 apresentavam tecido linfóide reacional (confirmados cirurgicamente em 3), e 1 revelava linfadenite crônica granulomatosa com necrose caseosa. Apenas um paciente apresentou sangramento endobrônquico moderado, resolvido com medidas locais. Não houve outras complicações nessa série. **Conclusão:** Nossa experiência preliminar confirma que o EBUS-TBNA é procedimento seguro e que o rendimento diagnóstico, ainda inferior ao da literatura, é compatível com a curva de aprendizado do método.

AO.026 RESSECÇÃO DE TUMORES DE MEDIASTINO EM CRIANÇAS. EXPERIÊNCIA RECENTE DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - ANÁLISE DE 29 CASOS

ALBERTO BRÜNING GUIMARÃES; TIAGO NOGUCHI MACHUCA; GILBERTO BUENO FISCHER; JOSÉ CARLOS FELICETTI; JOSÉ JESUS DE PEIXOTO CAMARGO; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, RS

Objetivo: Apresentar a experiência recente do serviço de cirurgia torácica pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio no manejo de pacientes pediátricos que foram diagnosticados e submetidos à ressecção de tumores de mediastino. **Métodos:** Foram analisados os dados clínicos de 29 pacientes que foram submetidos a ressecções de tumores de mediastino no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010. Foram coletadas informações referentes à localização, tipo de abordagem, diagnóstico etiológico, complicações pós-operatórias e acompanhamento a longo prazo. **Resultados:** Dezesete pacientes eram do sexo masculino (58%). Dezesesseis pacientes (55,1%) foram operados com menos de quatro anos de idade. Quanto à localização, treze (45%) tumores encontravam-se no mediastino posterior, oito (27%) no mediastino anterossuperior e oito (27%) no mediastino médio. O diagnóstico foi realizado na maioria das vezes pelo achado casual ao raio-x simples de tórax. Dos 29 casos, 11 pacientes apresentavam achado anatomopatológico de tumores de bainha nervosa, sete apresentavam cistos de duplicação entérica, quatro casos de teratoma, duas lesões tímicas (um timoma e um cisto tímico), dois cistos pleuropericárdicos, um hibernoma, um angioma cavernoso e um lipoblastoma. Dos 11 casos de tumores de bainha nervosa, encontramos oito benignos (5 ganglioneuromas e 3 neurofibromas) e três malignos (dois neuroblastomas em um ganglioneuroblastoma). O acompanhamento médio foi de 15 meses. Houve um óbito em paciente com neurofibroma plexiforme neonatal. **Conclusão:** Assim como descrito na literatura internacional, existe uma tendência na população pediátrica ao aparecimento de tumores de mediastino posterior e principalmente de origem neurogênica. Apesar da baixa idade para o procedimento cirúrgico, esse grupo de pacientes apresenta boa evolução pós-operatória.

Anais Tórax 2011

Pôsteres

PO.001 TIMECTOMIA AMPLIADA NO TRATAMENTO DA MIASTENIA GRAVIS

RAUL LOPES RUIZ JÚNIOR, FREDERICO HENRIQUE SOBRAL DE OLIVEIRA, LUÍS ANTONIO DE LIMA RESENDE

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HC DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP

Introdução: Vários autores mostraram os benefícios da timectomia para o tratamento da miastenia gravis (MG). São realizadas diversas variações da timectomia, dentre elas a transesternal ampliada (ressecção total ou máxima). A literatura sugere que, quanto mais extenso o procedimento de ressecção da glândula e tecidos do mediastino anterior, melhores os resultados e prognóstico. Frequentemente são encontrados focos extraglandulares de tecido tímico, que reforçam a ideia da necessidade de procedimento ampliado. **Objetivos:** Avaliar a resposta à timectomia em 78 portadores de MG, atendidos pelos Serviços de Neurologia e Cirurgia Torácica do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, no período de agosto de 1992 a setembro de 2010. **Método:** Os métodos diagnósticos utilizados foram: a radiografia simples e a tomografia computadorizada do tórax e eletroneuromiografia. Todos os pacientes foram submetidos à plasmaferese pré-operatória e à timectomia ampliada com esvaziamento de toda gordura do compartimento mediastinal anterior por esternotomia mediana. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Cinquenta e quatro pacientes (69%) eram do gênero feminino e 24 (31%) do masculino. A média de idade foi 30 anos. O tempo médio de evolução da doença foi de 22 meses. O acompanhamento ambulatorial pós-operatório foi em média 19 meses. Trinta e sete pacientes (47%) apresentaram MG leve e 41 (53%), severa. Seis pacientes (8%) não receberam medicamentos no pré ou no pós-operatório. Ocorreram 3 óbitos. A hiperplasia tímica foi o achado anatomopatológico mais frequente. Em 11 pacientes (14%), timo normal. Seis pacientes (8%) apresentaram tecido tímico extraglandular. Quanto à resposta à timectomia, houve melhora clínica em 71 pacientes (95%), sendo que em 31 deles (41%) houve remissão completa. **Conclusão:** A timectomia ampliada para tratamento da MG nesse grupo mostrou-se segura, eficiente, apresentou alta taxa de remissão completa e melhora clínica. Houve detecção de tecido tímico extraglandular em um paciente. Tão logo seja feito o diagnóstico, está indicada como terapêutica associada ou não à plasmaferese pré-operatória e à medicamentosa, independentemente da idade, patologia tímica e início dos sintomas.

PO.002 SUBSTITUIÇÃO TRAQUEAL COM ENXERTO AÓRTICO

CELMO MURILO NÁLIO MATIAS DE FARIA; FRANCISCO ASSIS CURY; HÉLIO MINAMOTO; HENRIQUE NIETMAN
FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP

Introdução: O tratamento das estenoses traqueais está relativamente estabelecido com as tecnologias atuais, que permitem o tratamento curativo e paliativo em situações de

acometimento máximo da metade longitudinal do órgão. As situações que requerem grandes ressecções encontram na literatura uma gama de possibilidades não consensuais e relatos de experiências limitadas, caracterizando assim uma situação sem terapêutica estabelecida. As principais buscas atuais estão entre a engenharia de tecidos, que procura criar uma traqueia artificialmente, uso de retalhos e enxertos ou o transplante. Nesse contexto, a substituição de traqueia por enxerto de aorta tem recebido destaque atualmente, como uma possibilidade promissora. Revisamos uma das principais experiências com essa técnica (Grupo Frances - Dr. Martionod) e concluímos que a substituição de traqueia por tecido aórtico é uma técnica promissora, que poderá estabelecer conduta num futuro próximo.

PO.003 CISTO BRONCOGÊNICO

CARLOS LEANDRO LOVATO, ALBERTO DOS SANTOS RIESGO, MARCIA FERNANDES GARCIA, DIOGO GASPARETTO, TIAGO WOBIDO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)

DESCRITORES: CISTO BRONCOGÊNICO; MEDIASTINO; INTRAPARENQUIMATOSO.

Introdução: São lesões relativamente raras, frequentemente únicas, sem predisposição por sexo e se apresentam em 84% dos pacientes nas primeiras 4 décadas de vida. Sintomas de dor torácica, disfagia, tosse e febre principalmente em crianças e sintomas de infecção respiratória recorrente e hemoptise ocorrem frequentemente. Representam 60% das massas mediastinais císticas e 5% de todas as massas do mediastino, com tamanhos relatados de 1,3 a 11 cm de diâmetro. **Objetivos:** Apresentar a experiência de um hospital universitário na abordagem diagnóstica e terapêutica do cisto broncoagênico em paciente feminina com sintomas respiratórios. **Método:** Revisão bibliográfica de um caso de cisto broncoagênico, intraparenquimatoso. **Resultados:** Paciente feminina, 22 anos, com queixa de tosse seca e sintomas gripais, dor torácica havia 2 meses. Raio-x de tórax evidenciou massa esférica junto ao mediastino posterior de 3,5 cm de diâmetro. TC de tórax com lesão junto ao mediastino com nível hidroaéreo. Realizada broncoscopia flexível, sem evidência de lesão ou compressão de árvore brônquica esquerda, lavado brônquico negativo. Submetida à toracotomia esquerda, identificando-se lesão intraparenquimatosa. Laudo histopatológico de cisto broncoagênico de 2,4 x 3,6 cm de diâmetro. Boa evolução no pós-operatório. **Discussão:** Descritos primeiramente no século 17, a apresentação dos cistos broncoagênicos é mediastinal em 85% dos casos, são relativamente raros, frequentemente únicos, formados por epitélio colunar pseudoestratificado ou epitélio cuboidal com parede. Causam sintomas respiratórios recorrentes, sinais compressivos com obstrução traqueobrônquica levando ao enfisema pulmonar. A apresentação ao RX de tórax é de uma massa bem delimitada, podendo conter nível hidroaéreo, comumente localizada no mediastino médio. TC de tórax mostra cisto de paredes finas contendo líquido. Ressecção

cirúrgica completa é o tratamento de escolha, podendo haver recorrência em situações de ressecção incompleta. Em casos de cistos mediastinais, há descrição de remoção cística via mediastinoscopia, há possibilidade de punção transtorácica guiada por tomografia ou ecografia. Para pacientes limitrofos, punções transbrônquica, transparietal ou transmediastinal podem ser utilizadas. Infecção, ruptura, sangramento, degeneração maligna e sinais compressivos são complicações relacionadas ao cisto. **Conclusão:** Cistos broncogênicos são raros; em 84% dos pacientes, são diagnosticados até a 4ª década de vida. Tratamento cirúrgico é indicado com resultados excelentes, com a remoção completa.

PO.004 FERIMENTO PENETRANTE DO MEDIASTINO EM PACIENTE ESTÁVEL. RELATO DA CONDUÇÃO DO CASO EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO

GUILHERME DALLE VEDOVE BARBOSA; CLÁUDIO MIRANDA LEAL.

SANTA CASA DE MOGI GUAÇU, SP

Introdução: É certo que os ferimentos por arma de fogo transfixantes do mediastino causam altíssima morbimortalidade. No entanto, pacientes que sofrem tais lesões e chegam vivos ao hospital representam um grande desafio à equipe médica, pois há um curto período de tempo disponível para o tratamento, quase nunca há uma segunda chance e existem lesões que, se negligenciadas ou não tratadas em tempo hábil, podem causar morbimortalidade. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente ferido por arma de fogo no mediastino hemodinamicamente estável ao chegar ao hospital. Caso conduzido num hospital secundário sem os recursos de cirurgia cardíaca. Raríssimo pela posição inusitada onde o projétil se alojou. Houve momentos de dúvida, optou-se por tratamento cirúrgico com erros e acertos, sendo propósito desta exposição discutir essas questões e revisar a literatura sobre o tema. **Método:** T.G.P., 18 anos, homem, vítima de FAF havia 6h. Orifício de entrada em região anterior do ombro esquerdo, sem orifício de saída. Consciente, corado, propedêutica cardíaca sem alterações, murmúrio pulmonar simétrico. RX e TC de tórax apontaram projétil alojado entre a veia cava superior e o tronco braquicefálico. Optado por cirurgia eletiva com incisão de Chamberlein à direita. Avaliada veia cava superior, arco aórtico e seus ramos. Retirado o projétil com pinça, não havia lesão vascular. **Resultados:** Extubado em sala, recuperação em quarto comum, alta hospitalar no P01. Seguimento havia 2,5 anos, sem intercorrências. **Discussão:** Os ferimentos penetrantes no tórax em paciente clinicamente estável e que atingiram a área de Gilles exigem avaliação complementar com TC de tórax para se determinar o trajeto do projétil e orientar os demais exames. Há lesões graves em pacientes com trauma mediastinal penetrante e clinicamente estáveis. A lesão vascular que gera discussão é a “lesão vascular mínima”. Tais lesões constituem-se em pequenas fistulas arteriovenosas, pseudoaneurismas menores que podem ser causadas por agressões físicas. O projétil pode causar uma queimadura na parede arterial, podendo evoluir para as complicações citadas. Quanto maior o tempo entre a formação da fistula e o seu tratamento, maior é o índice de complicações pelo risco de sangria maciça decorrente da hipertensão venosa que se instala no local da sua formação. A incisão cirúrgica realizada foi a mediastinotomia paraesternal direita. Houve boa exposição do projétil e dos vasos adjacentes. Entretanto, a nossa reflexão foi de que fomos

beneficiados pelo biotipo magro e longilíneo do paciente. Não a recomendamos para casos semelhantes, pois o acesso é restrito e há dificuldade de controle proximal e distal dos vasos para repará-los. **Conclusão:** Com o tratamento cirúrgico, pode se diagnosticar “in loco” eventual lesão vascular, evitar a formação de pseudoaneurismas e fistulas arteriovenosas pela presença do projétil ao lado de vasos com alto fluxo e pressão. A incisão de Chamberlein deve ser desconsiderada.

PO.005 EFETIVIDADE DE ANTIBIÓTICOS EM PACIENTES COM TRAUMA DE TÓRAX SUBMETIDOS À TORACOSTOMIA TUBULAR FECHADA: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

CLÁUDIO JOSÉ RUBIRA; PAULO EDUARDO DE OLIVEIRA CARVALHO;

ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA

– FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

DESCRIPTORIOS: TRAUMATISMOS TORÁCICOS; TORACOSTOMIA; EFETIVIDADE; AGENTES ANTIBACTERIANOS.

Introdução: Perto de um terço dos traumas de tórax necessita de hospitalização e a grande maioria desses pacientes é tratada com toracostomia tubular fechada. A principal morbidade associada a esse procedimento é o empiema pleural. Por conta dos possíveis índices de morbidade e mortalidade relacionados ao empiema pós-traumático e das implicações do uso irracional de antibióticos, acreditamos ser relevante a realização dessa revisão sistemática. **Objetivos:** Avaliar a efetividade da administração de antibiótico na redução de empiema em pacientes com toracostomia tubular pelo trauma. **Método:** Revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados, utilizando a metodologia Cochrane, por meio de busca eletrônica e manual. Foram incluídos pacientes com trauma de tórax isolado, submetidos à toracostomia tubular fechada, sem distinção de idade e sexo, incluídos nos estudos elegíveis, cuja intervenção foi a administração de antibióticos como tratamento preventivo comparado com placebo. **Resultados:** Foram incluídos sete estudos totalizando 879 pacientes com trauma torácico isolado, submetidos à toracostomia tubular fechada. A metanálise demonstrou efeito de tratamento superior dos antibióticos em relação ao placebo, tanto para o desfecho empiema, RR=0,25 (IC 95% 0,12 a 0,53), como para o desfecho pneumonia, RR= 0,43 (IC 95% 0,23 a 0,82). **Conclusão:** Antibióticos são efetivos para reduzir a frequência de empiema e pneumonia em pacientes com trauma de tórax isolado submetidos à toracostomia tubular fechada.

PO.006 TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA BENIGNA COM DISPOSITIVO PROJETADO PARA A CORREÇÃO DE DEFEITO DO SEPTO ATRIAL

ASCÉDIO RODRIGUES; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; MIGUEL LIA TEDDE; HÉLIO MINAMOTO; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; FÁBIO BISCEGLI JATENE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS – INCOR – FMUSP

Introdução: As fistulas traqueoesofágicas possuem uma etiologia multifatorial e apresentar uma incidência variável na literatura. Em geral, a morbidade relacionada e mortalidade são altas. Uma vez que tal fistula é diagnosticada, o fechamento cirúrgico está indicado. No entanto, o estado clínico dos pacientes afetados é geralmente desfavorável, o que impede extensas intervenções cirúrgicas. Além disso,

tentativas de fechamento endoscópico dessas fistulas raramente têm sucesso, especialmente quando a fistula é grande em diâmetro. **Método:** Relatamos o segundo dos dez casos de uma pesquisa experimental em desenvolvimento em nosso hospital, submetido ao fechamento endoscópico de 10 milímetros de fistula traqueoesofágica, por meio da inserção de uma prótese endovascular utilizada no fechamento de defeitos do septo interatrial. **Relato de Caso:** Paciente de 35 anos com diagnóstico de fistula traqueoesofágica havia 1 ano, secundária à intubação prolongada após sofrer acidente automobilístico. Apresentando tosse durante a ingestão alimentar e quando em decúbito lateral direito, emagrecimento, pneumonias de repetição. Traqueoscopia e esofagoscopia confirmaram presença de fistula traqueoesofágica em traqueia distal, a 3 cm da carina principal, com aproximadamente 12 mm de diâmetro, permitindo a passagem do broncoscópio para o esôfago com facilidade. Submetido à colocação de prótese via endoscópica tipo GORE HELEX de 15 mm, com vedação total da fistula. Os controles realizados após 1 semana e 30 dias mostraram boa vedação da fistula com melhora dos sintomas clínicos do paciente que está em acompanhamento ambulatorial. Endoscopicamente a prótese está sendo recoberta por tecido de granulação com aparente redução do diâmetro da fistula. O procedimento foi minimamente invasivo e os resultados iniciais foram positivos. Os resultados indicam que essa é uma técnica promissora para a resolução de fistula traqueoesofágica.

PO.007 ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS NAS FIBRAS ELÁSTICAS DA TRAQUEIA DE RATOS SUBMETIDOS À DESNUTRIÇÃO PROTEICA MATERNA NO PERÍODO DE LACTAÇÃO

FILIPPE MOREIRA DE ANDRADE; MÁRCIO ANTÔNIO BABINSKI; DANIEL CARVALHO RIBEIRO; LUIZ FELIPPE JUDICE; OMAR MOTÉ ABOU MOURAD UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RJ

Introdução: Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, a desnutrição atinge até 60% dos pacientes internados em um hospital terciário, contribuindo para uma maior morbi-mortalidade desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da desnutrição materna no período de aleitamento em relação às alterações histomorfométricas e densidade volumétrica das fibras do sistema elástico na traqueia da prole. **Método:** Foram utilizadas ratas Wistar, nulíparas, mantidas em biotério, de acordo com o manejo preconizado pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Animal da Universidade Federal Fluminense. Aos 120 dias de vida os animais foram acasalados na proporção de 2 fêmeas para 1 macho, recebendo ração comercial (23% de proteína) até o nascimento dos filhotes, quando, então, foram divididas em 2 grupos de estudo: Controle (grupo C): Acesso à água e dieta normal *ad libitum* (ração comercial com 23% de proteína). Restrição proteica (grupo RP): Acesso à água *ad libitum* e submetidos à dieta hipoproteica e normocalórica (8% de proteína). A dieta hipoproteica foi administrada às mães do grupo RP a partir do dia do nascimento dos filhotes. Ao final do período de lactação (21 dias após o nascimento) os filhotes foram desmamados e ambos os grupos receberam a ração controle com 23% de proteína *ad libitum*. Aos 45 dias de idade os animais foram submetidos à eutanásia, e a traqueia foi dissecada e excisada. As traqueias foram submetidas à preparação histológica de rotina e os

cortes corados pelo reagente Fucsina-Resorcina de Weigert após oxidação pela oxona. **Resultados:** Nosso estudo revelou: 1) Grupo C: Densidade Média das fibras elásticas de 2,457%, com Desvio Padrão de 0,99 (Intervalo de Confiança de 2,047-2,866); 2) Grupo RP: densidade de fibras elásticas média de 3,248%, com Desvio Padrão de 1,13 (Intervalo de Confiança de 2,782-3,714). Nossas análises foram para um $p < 0,02$; 3) As fibras elásticas estão dispostas em uma camada longitudinal logo abaixo da membrana basal, uma camada circular interna em contato com a cartilagem e uma circular externa, também em contato com a cartilagem. **Discussão:** Tais alterações são semelhantes às ocorridas no processo de envelhecimento, em que ocorre um aumento da concentração de elastina na traqueia do idoso, em relação à traqueia do adulto jovem. Entretanto, parece que a qualidade dessa elastina é comprometida com o envelhecimento. Estudos experimentais avaliando ressecção traqueal com enxerto de segmentos de aorta demonstraram que o processo de cicatrização e neoformação cartilaginosa ocorre a partir da matriz extracelular, principalmente a partir das regiões das fibras elásticas. **Conclusão:** A disposição das fibras elásticas na traqueia do rato é semelhante à do ser humano, sendo um bom modelo experimental para estudos das vias aéreas. Há um aumento na densidade volumétrica das fibras elásticas nos ratos submetidos à desnutrição no período de aleitamento.

PO.008 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR – RELATO DE CASO

CARLOS LEANDRO LOVATO, ALBERTO DOS SANTOS RIESGO, MARCIA FERNANDES GARCIA, DIOGO GASPARETTO, TIAGO WOBIDO, DIETER BRAHM, RICARDO SILVEIRA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

DESCRITORES: PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR; ALVÉOLO; INFILTRADO PULMONAR.

Introdução: Proteinose alveolar pulmonar é doença rara, descrita em 1958 por Rosem, caracterizada por acúmulo de material lipoproteico dentro do alvéolo. A prevalência de 3,7/1.000.000 de habitantes e idade média de 39 anos, com 72% dos pacientes sendo tabagistas. Incidência maior no sexo feminino, acima dos 30 anos. Leva a alterações nas trocas gasosas com consequente hipoxemia. Dispneia progressiva, dor torácica, cianose e hipocratismo digital são manifestações clínicas. Raio-x com infiltrado pulmonar difuso, com padrão nodular em região peri-hilar, tomografia de tórax mostra espessamento intralobular e septal. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo. **Objetivos:** Descrever a experiência de um hospital universitário, na abordagem diagnóstica e terapêutica de um paciente com proteinose alveolar pulmonar. **Método:** Revisão da literatura de um caso de proteinose alveolar pulmonar. **Resultados:** Sexo masculino, 34 anos, branco, trabalhador da construção civil, queixa de tosse seca havia 8 meses, dispneia aos esforços e emagrecimento. Nega história de tabagismo ou uso de medicamentos. Raio-x de tórax com infiltrado pulmonar bilateral. Broncoscopia com lavado brônquico e biópsia transbrônquica, TC de tórax mostrou espessamento de septo interlobular. Gasometria PH: 7,36 Pao2:83,7mmHg Paco2: 37,4 mmHg, BE: -3,6 Bicarbonato: 21,1 meq/l, Sato2: 95,4%. Submetido à biópsia pulmonar aberta, anestesia geral, tubo de duplo lúmen com ressecção de segmento de língua. Resultado anatomopatológico

foi proteinose alveolar pulmonar. **Discussão:** O principal distúrbio fisiológico ocorre por conta das alterações das trocas gasosas secundárias aos depósitos de material lipoproteico rico em proteínas do surfactante, no alvéolo pulmonar. Lavado broncoalveolar apresenta líquido de aspecto leitoso com sensibilidade diagnóstica e podendo chegar a 75%. Frequentemente são pacientes levemente hipoxêmicos e raramente se apresentam com hipoxemia severa, sendo pouco frequente a necessidade de ventilação mecânica. Diagnóstico diferencial se faz com carcinoma bronquioloalveolar, sarcoidose pulmonar, microlitíase alveolar. Tem sido tratada com sucesso desde 1963, pelo lavado pulmonar total, procedimento de eleição. Melhora clínica, fisiológica e radiológica com o lavado pulmonar total tem sido observados. **Conclusão:** Proteinose alveolar pulmonar é doença rara, acometendo mais frequentemente em mulheres acima dos 30 anos e tabagistas. Causado por depósito de lipídios e proteínas do surfactante no alvéolo pulmonar. Diagnóstico se faz pelo lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar, método de eleição. Tratamento feito com lavado pulmonar total tem razão de sobrevivência de cinco anos de 94,2%.

PO.009 EFETIVIDADE DA BRONCOSCOPIA DIAGNÓSTICA

CELSO MURILO NÁLIO MATIAS DE FARIA; DORALICE FRANCISCA DIAS; FRANCISCO ASSIS CURY; HENRIQUE NIETMANN; PATRÍCIA REGINA LOPES MOREIRA

FAMERP - FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP

Introdução: Fibrobroncoscopia é uma ferramenta diagnóstica e terapêutica com rápida progressão no desenvolvimento de técnicas e dispositivos que ampliam a área de abrangência e a competência em suas propostas. Na atividade diagnóstica os procedimentos básicos como inspeção, lavados e biópsias são realizados em grande escala e as respectivas sensibilidades e especificidades de cada método são conhecidas. Na avaliação (autocrítica) de um serviço de endoscopia a avaliação dos resultados é referência fundamental para a otimização dos recursos e refinamento das técnicas. **Objetivos:** Quantificar o volume de investigações diagnósticas de doenças traqueobroncopulmonares que obtiveram resultado satisfatório com esse procedimento. **Método:** Revisão de prontuário eletrônico com tabulação dos achados na inspeção bronoscópica e procedimentos endoscópicos realizados: lavado brônquico (LB), lavado broncoalveolar (LBA), biópsia brônquica (BB) e biópsia trambrônquica (BTB). Em seguida foram tabulados os resultados laboratoriais dos materiais colhidos (microbiológico, citopatológico e anatomopatológico). Todos achados que definiram conduta específica foram considerados como resultados positivos da broncoscopia. Foram excluídos do trabalho os prontuários que não possuíam todos os dados avaliados e as pesquisas de fungos com diagnóstico de cândida que não foram consideradas como diagnóstico satisfatório. **Resultados:** Foram realizados 98 fibrobroncoscopias eletivas no setor de endoscopia e em UTIs, no período de 5/2 a 20/8/2009. Incluímos 70 pacientes após desconsiderarmos os prontuários incompletos. Perfil dos pacientes: Idade média de 57 anos, variando de 15 a 89 anos. Sexo: 67% masculino. Cor: 82% brancos, 7% negros, 11% amarelos. Diagnóstico por inspeção: 8 estenoses traqueais; 1 fistula traqueoesofágica; 1 corpo estranho; 6 massas visíveis à broncoscopia. Destas,

5 obtiveram o diagnóstico anatomopatológico específico. Nos 54 pacientes sem diagnóstico específico à inspeção, foram realizados 42 LBA, 3 LB e 25 BTB, sendo obtidos os seguintes diagnósticos: Microbiológicos: Pesquisa de fungos 2 (cândida os dois). Dos 70 exames considerados, 38 tiveram diagnósticos específicos, 54% do total. **Conclusão:** A broncoscopia é um método de alta resolutividade na investigação geral de patologias traqueobroncopulmonares no serviço avaliado, justificando a sua utilização rotineira nos diagnósticos das patologias torácicas.

Cultura de fungos	3
Pesquisa de bactérias	10
Cultura de bactérias	1
Pesquisa de BAAR	0
Cultura de BAAR	2
Citopatológicos	
Neoplasias	3
Anatomopatológicos	
Neoplasias	4

PO.010 PRESERVAÇÃO DE ENXERTOS TRAQUEAIS PELA ADMINISTRAÇÃO TÓPICA DE SOLUÇÕES DE PRESERVAÇÃO: ESTUDO FUNCIONAL E MORFOLÓGICO SOBRE O EPITÉLIO RESPIRATÓRIO

ARTUR EUGÊNIO DE AZEVEDO-PEREIRA; JULIANA AKEMI SAKA; KARINA ANDRIGHETTI DE OLIVEIRA BRAGA; ROGÉRIO PAZETTI; MAURO CANZIAN; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE LABORATÓRIO DE PESQUISA EM CIRURGIA TORÁCICA (LIM-61). INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

Introdução: O transplante traqueal continua sendo um desafio. A traqueia age como um órgão de defesa do sistema respiratório por meio da depuração mucociliar. A depuração mucociliar depende da integridade funcional e morfológica do epitélio respiratório. Idealmente, a depuração mucociliar deve ser preservada em enxertos traqueais utilizados para transplante. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da administração tópica de soluções de preservação na manutenção da integridade funcional, histológica e ultraestrutural do epitélio respiratório. **Método:** Foram utilizados 217 segmentos traqueais extraídos de 109 ratos Wistar machos. Os segmentos foram submergidos em LPD-glicose (grupo 1), solução de histidina-triptofano-cetoglutarato (grupo 2) ou solução salina (grupo 3) e acondicionados a 4°C. Após 6h, 10h, 16h, ou 24h de isquemia fria, os segmentos foram analisados. Oito segmentos traqueais analisados logo após a extração (não submergidos em solução, nem submetidos à isquemia) formaram o grupo Controle (grupo C). A avaliação funcional foi realizada com auxílio de um microscópio de luz, pela medida da frequência de batimento ciliar (FBC) e da velocidade de transporte mucociliar (TM). A FBC foi medida pela sincronização de uma luz estroboscópica com o batimento ciliar observado. A TM foi quantificada pela observação do movimento de partículas de muco sobre o segmento traqueal. Após a análise funcional os segmentos foram corados com hematoxilina-eosina, azul de alciano (AB) e ácido periódico-Schiff (PAS) para avaliação da integridade epitelial e armazenamento intracelular de muco

à microscopia de luz. A integridade epitelial foi auferida por uma escala semiquantitativa. O armazenamento de muco intracelular foi quantificado por área de epitélio corada com AB e PAS auferida por um programa de computador. Alguns segmentos representando os quatro grupos foram analisados por microscopia eletrônica. Foi considerado significativo $p < 0,05$. **Resultados:** O grupo C apresentou melhores valores que os demais grupos na FBC ($p=0,02$) e TM ($p=0,0001$). Não houve diferença significativa entre os grupos 1 a 3 na FBC e TM ($p > 0,05$). Não houve diferença entre os grupos quanto à integridade epitelial ($p=0,42$) e armazenamento intracelular de muco ($p=0,72$). O grupo 3 apresentou diminuição na densidade ciliar e maior incidência de células em morte celular à microscopia eletrônica em comparação aos demais grupos. **Conclusão:** A administração tópica de soluções de preservação não contribuiu para a manutenção da integridade funcional e histológica do epitélio respiratório. Os parâmetros de integridade ultraestrutural foram piores no grupo 3, contudo esse achado não se correlacionou com os demais parâmetros estudados.

PO.011 LIPOSSARCOMA MIXOIDE DE MEDIASTINO – RELATO DE CASO

CARLOS LEANDRO LOVATO, AIRTON KWIATKOWSKI, ALBERTO DOS SANTOS RIESGO, MARCIA FERNANDES GARCIA, DENER GIRARDON, TIAGO WOBIDO, RICARDO SILVEIRA, DIETER BRAHM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA/UFSM, SANTA MARIA, RS, BRASIL

DESCRIPTORES: LIPOSSARCOMA MIXOIDE; METÁSTASE; VIA AÉREA.

Introdução: Lipossarcomas mediastinais são variantes incomuns de neoplasias do mediastino, representando 1% de todas as malignidades mediastinais e 9%, de todos os sarcomas primários do mediastino. Causam sintomas compressivos em estruturas mediastinais. São notáveis pela capacidade de dar metástases para sítios pouco comuns, como pleura, pericárdio, superfície diafragmática e parede torácica. Existem 4 subtipos histológicos: Bem diferenciados, mixoide, pleomórfico e células redondas. **Objetivos:** Descrever a experiência de um hospital universitário na abordagem diagnóstica e terapêutica de um lipossarcoma primário do mediastino, causando compressão de via aérea. **Método:** Revisão da literatura de um caso de lipossarcoma mediastinal. **Resultados:** Paciente masculino, 42 anos, procurou atendimento médico com queixa de fadiga, astenia, perda ponderal de cinco quilos em 2 meses, tosse seca com aumento de intensidade em decúbito dorsal e dor com irradiação para dorso. RX de tórax evidenciou massa mediastinal volumosa. TC de tórax que mostrou massa mediastinal, com densidade de tecido gorduroso, sinal compressivo de brônquio principal esquerdo. Submetido à mediastinostomia paraesternal direita. Laudo imunohistoquímico definiu massa como sendo lipossarcoma mixoide. Realizada esternotomia com ressecção completa de uma massa pseudoencapsulada que pesou 2,205 kg e 26 cm no maior diâmetro. Iniciou programa de tratamento com quimioterapia, permanecendo em bom estado geral até o 14º mês de pós-operatório, quando houve recidiva da doença, sendo incluído em novo esquema de quimioterapia. **Discussão:** Lipossarcoma mixoide é uma doença rara, representa entre 40–50% de todos lipossarcomas do mediastino. Tratamento com ressecção cirúrgica completa é a única abordagem com intenção curativa. Recorrência local ocorre em 50% dos pacientes, metástase à distância ocorre

em pequeno percentual desses pacientes. Quimioterapia tem valor limitado, há pouca experiência no uso de quimioterápicos, por conta da raridade da neoplasia. Radioterapia é reservada para tumores com invasão vascular e no alívio dos sintomas de compressão sobre veia cava superior. Razão de sobrevida é melhor em pacientes com tumores pseudoencapsulados, bem diferenciados e completamente ressecados. Fatores de melhor prognóstico são a histologia mixoide, baixo número de células redondas, ausência de necrose tumoral, baixo número de mitoses, tamanho menor de 5 cm de diâmetro, idade inferior 45 anos. **Conclusão:** Lipossarcoma mixoide do mediastino é doença rara, apresentando-se em homens e mulheres na mesma proporção, pico de incidência na quinta década de vida. São tumores que causam compressão de estruturas vitais, em que o tratamento cirúrgico se faz necessário e há necessidade de terapia adjuvante. Intervalo livre de doença é de 19 meses em 47,8% dos pacientes.

PO.012 TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER PULMONAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO PERÍODO DE 2005 A 2009: PROCEDIMENTOS, GASTOS FINANCEIROS E DISTRIBUIÇÃO POR REGIÃO GEOGRÁFICA

RAUL LOPES RUIZ JÚNIOR; TRAJANO SARDENBERG; IVETE DALBEN
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, SP

Introdução: A melhor assistência médica aos portadores de câncer pulmonar exige planejamento das ações de saúde baseadas em dados reais sobre a situação do Brasil. Existem poucas publicações sobre assistência médica pública no tratamento dessa afecção. O SUS é responsável por 80% dessa assistência. A AIH (Autorização de Internação Hospitalar) emitida a partir do laudo médico garante o acesso do usuário ao hospital prestador de serviços, bem como o pagamento dos serviços prestados durante a internação. A partir dela e que são reconhecidas as outras variáveis do estudo. **Objetivos:** Analisar quantidade, distribuição regional e gastos financeiros. **Método:** Coletadas informações do banco do Datasus (Ministério da Saúde) determinando: quantidade de procedimentos realizados por região geográfica e gastos financeiros entre 2005 e 2009. Os códigos SUS foram selecionados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM dos SUS (SIGTAP): lobectomia e pneumonectomia radicais, toracectomia com ressecção de estruturas intratorácicas, toracotomia exploradora, relacionados ao diagnóstico “neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões”, código 34 da Classificação Internacional de Doenças (CID). Estudamos as variáveis: quantidade de AIH, valor médio da AIH, valor total pago, dias de permanência e média de permanência. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Para os 4 procedimentos codificados, a quantidade de AIH foi maior no S e SE variando entre 77,2 e 84,5% do total. No N foi menor e variou de 1,3 a 3,7% do total. O valor médio da AIH aumentou em todas as regiões, sendo sempre menor no N do que no S. No período do estudo, o total dos recursos pagos foi de R\$ 20,5 milhões. Perto de R\$ 11 milhões foram pagos pelas lobectomias, R\$ 3,2 milhões pelas pneumonectomias e R\$ 4,8 milhões pelas toracotomias exploradoras. O valor total pago foi sempre maior no S e SE. O SE arrecadou 50% dos recursos. Juntos, S e SE arrecadaram mais de 80% dos recursos. Foi sempre menor no N que arrecadou menos de 2% do total. Os dias de permanência foram maiores no SE e menores no N. No SE variou entre 76 e 87% do total. A

média de permanência vem caindo em todas as regiões. Foi maior no N e menores no S e SE. **Conclusão:** O valor médio da AIH aumentou em todas as regiões. Cerca de um quarto dos recursos pagos para o tratamento cirúrgico do câncer pulmonar foi destinado às toracotomias exploradoras. A média de permanência caiu em todas as regiões.

PO.013 COMPARAÇÃO DE DIFERENTES PROTOCOLOS DE DESCELULARIZAÇÃO DE TRAQUEIAS DE COELHOS PARA PRODUÇÃO DE ARCABOUÇOS BIOLÓGICOS

RAUL LOPES RUIZ JÚNIOR; THAIANE CRISTINE EVARISTO; WONER MION, FLÁVIA CILENE ALVES; ANDREI MOROZ; SÉRGIO LUIS FELISBINO; ROSANA ROSSI-FERREIRA; ELENICE DEFFUNE

LABORATÓRIO DO HEMOCENTRO DO HC DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Introdução: A engenharia tecidual consiste na regeneração de órgãos, por meio do recrutamento de tecidos do paciente, dissociados em células que são cultivadas sobre arcabouços biológicos ou sintéticos, para serem reinseridos no paciente; sendo a única técnica para substituição tecidual que fornece promessa real nas injúrias traqueais. É possível construir uma neotraqueia com propriedades mecânicas que apresentam fisiologia normal, sem riscos de rejeição, utilizando um arcabouço biológico, fornecendo soluções funcionais em situações cirúrgicas complexas. A utilização de materiais naturais apresenta vantagens biológicas: preserva a composição, atividade biológica e integridade tecidual. **Objetivos:** Comparar diferentes protocolos para descclularização de traqueias e produção de arcabouços biológicos para utilização em técnicas de engenharia de tecidos. **Método:** Foram realizados 32 protocolos associando métodos físicos: agitação e pressão mecânica; e químicos: detergentes - Triton X-100 (não iônico) e SDS (iônico); e também uma única irradiação com LED (light emitting diode) em modo contínuo com comprimentos de ondas 475 nm e 630 nm +/- 10 nm com dose de 15 J/cm² totalizando 10 minutos de exposição. Os tratamentos variaram em relação ao tempo de exposição: 8h, 24h e 30h; e concentração dos detergentes: 2 e 3%. A pressão mecânica foi realizada a cada 1 hora nas primeiras 12 horas de tratamento; já a irradiação com LED foi realizada antes de iniciar os protocolos. Todos esses protocolos foram realizados sob agitação a 37°C. Após os tratamentos, foram realizados cortes histológicos para avaliação histomorfológica das traqueias. **Resultados:** Após a avaliação morfológica dos fragmentos, observamos que nenhum protocolo realizado foi capaz de descclularizar completamente as traqueias. Alguns núcleos celulares ainda se mantiveram preservados no interior da lacuna. Foi possível detectar que os tratamentos mais longos foram mais eficazes, não sendo viável realizar protocolos curtos para descclularizar a cartilagem. Quando comparamos as diferentes concentrações dos detergentes, observamos que não apresentaram diferença. A pressão mecânica não facilitou o desprendimento celular, apenas dissociou os tecidos adjacentes à traqueia. Foi possível detectar que o tecido cartilaginoso submetido à irradiação com o LED 630 nm teve um aumento na dimensão da cartilagem assumindo o oposto do objetivo dos protocolos de descclularização, pois observamos proliferação celular. Os anéis submetidos ao LED 475 nm apresentaram uma quantidade maior de lacunas sem células, porém observamos ainda várias células presentes. **Conclusão:** Serão necessários testes adicionais, aumentando o tempo e a intensidade de irradiação do

LED para atingir a descclularização ideal minimizando o potencial imunogênico.

PO.014 ESTUDO COMPARATIVO DE PULMÕES SUBMETIDOS À PERFUSÃO COM LPD ("LOW-POTASSIUM DEXTRAN") E HTK ("HISTIDINA-TRIPTOFANO-KETOGLUTARATO") APÓS PERÍODOS VARIADOS DE ISQUEMIA

ARISTIDES TADEU CORREIA; EDSON AZEVEDO SIMÕES; FÁBIO BISCEGLI JATENE; KARINA ANDRIGHETTI DE OLIVEIRA BRAGA; NATÁLIA NEPOMUCENO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; ROGÉRIO PAZETTI

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, LABORATÓRIO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL (LIM61), INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A preservação pulmonar desempenha papel fundamental nos transplantes, uma vez que a disfunção do enxerto permeenece sendo a maior causa de mortalidade, tendo a sua etiopatogenia na lesão de isquemia-reperusão. **Objetivos:** comparar o desempenho de pulmões de ratos após a reperusão, preservados com 3 soluções em 2 tempos de isquemia distintos. **Método:** Ratos machos Wistar foram anestesiados, heparinizados, traqueostomizados, ventilados, submetidos à esternotomia, canulação da artéria pulmonar e perfusão anterógrada com solução preservadora, sendo randomizados em 6 grupos (N=10 cada): grupo 1 (6h isquemia, LPD), grupo 2 (12h isquemia, LPD), grupo 3 (6h de isquemia, HTK), grupo 4 (12h isquemia, HTK), grupo 5 (6h isquemia, Salina), grupo 6 (12h isquemia, Salina). O bloco coração-pulmão foi extraído e preservado por 6 ou 12 horas sob hipotermia (4-8°C), perfundidos com sangue homólogo em um sistema de perfusão ex-vivo (IL2 lung perfusion system, Harvard Apparatus) durante 60 minutos. A cada 10 minutos obtiveram-se medidas da mecânica respiratória, peso pulmonar, pressão da artéria pulmonar (PAP) e capacidade de oxigenação (COP). Ao final do experimento, fragmentos do lobo médio foram removidos para histopatologia (congestão, hemorragia alveolar, intersticial, trombose aguda, focos pneumônicos, infiltrado eosinofílico, inflamatório e intersticial) e apoptose (método TUNEL). **Resultados:** Volume corrente, complacência, resistência, COP, PAP e peso pulmonar não diferiram entre os tempos de isquemia nos grupos 1, 3, 5, bem como nos animais dos grupos 2, 4 e 6. Entretanto, os valores do volume corrente foram superiores nos pulmões com isquemia de 6 horas nos grupos LPD, HTK e Salina (p=0,02, p=0,04 e p=0,001). A complacência pulmonar foi superior nos pulmões com isquemia de 6 horas no grupo LPD (p=0,008) e grupo Salina (p=0,006) se comparados aos pulmões com 12 horas de isquemia. A COP entre os pulmões com isquemia de 6 horas no grupo LPD e os com 12 horas de isquemia não demonstrou diferenças (p=0,07). No entanto, houve diferença nos pulmões com isquemia de 6 horas no grupo HTK e Salina quando comparados aos pulmões com 12 horas de isquemia (p=0,037, p=0,001). A resistência pulmonar foi superior nos pulmões com isquemia de 12 horas nos grupos com LPD, HTK e Salina (p=0, p=0,017 e p=0,006), quando comparados aos pulmões com 6 horas de isquemia. Ao longo do tempo de perfusão, foi observado um aumento gradual do peso de todos os pulmões, mormente naqueles submetidos a 12 horas de isquemia, apesar de não terem sido observadas diferenças entre os grupos LPD, HTK e Salina (p=0,278, p=0,243 e p=0,404). A histopatologia

demonstrou que a solução salina causou aumento do edema alveolar nos grupos avaliados após 12 horas de isquemia. Não houve diferença em relação à apoptose nos grupos estudados. **Conclusão:** Pulmões de ratos perfundidos com soluções LPD e HTK apresentaram um desempenho semelhante nesse modelo de perfusão ex-vivo.

PO.015 LOBECTOMIA TOTALMENTE VIDEOTORACOSCÓPICA: INTERNAÇÃO DE 24 HORAS

ALEXANDRE AVINO; DARCY RIBEIRO PINTO FILHO; SUZAN LÚCIA BRANDÃO BRANCHER
HOSPITAL VIRVI RAMOS

Introdução: Os autores relatam um caso de lobectomia superior esquerda para tratamento de neoplasia primária de pulmão realizada totalmente por videotoroscopia, sem toracotomia mínima acessória, com alta hospitalar dentro das 24 horas seguintes ao procedimento. **Relato de Caso:** Paciente feminina de 65 anos, grande fumante, foi encaminhada para avaliação de lesão pulmonar, portando radiograma de tórax e TC de tórax confirmando lesão de aproximadamente 1 cm, sem outros achados. O estadiamento pré-operatório não evidenciou doença à distância e a avaliação pré-operatória cardíaco-pulmonar considerou a paciente de baixo risco. Foi indicada ressecção em cunha videotoroscópica com exame de congelação trans-operatório. O diagnóstico foi de carcinoma, seguindo-se a lobectomia totalmente videotoroscópica com linfadenectomia, realizada por 4 acessos. O lobo foi removido por ampliação de uma das incisões para 5 cm. A paciente permaneceu com dreno por 20 horas, recebendo alta nas 24 horas após o procedimento. O diagnóstico definitivo foi adenocarcinoma, Estágio IA. A primeira revisão ocorreu aos nove dias de pós-operatório, encontrando-se a paciente sem queixas expressivas e em atividade física sem restrições. A lobectomia videotoroscópica é considerada ideal para o tratamento da neoplasia primária do pulmão em estágio inicial por agregar acuidade oncológica e trauma mínimo. A redução da morbidade pós-operatória oportuniza reduzir o período de hospitalização com segurança e redução de custos. **Conclusão:** Esse relato atenta para a possibilidade de tornar as ressecções pulmonares maiores eventos com perspectiva de curta hospitalização, preservando a segurança dos pacientes e reduzindo custos. É possível, portanto, que a médio ou curto prazos passemos a qualificar as ressecções maiores como procedimentos potencialmente ambulatoriais.

PO.016 DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE POR PROVA TERAPÊUTICA

ALEXANDRE MARCOS BARBOSA DELGADO; ANA LUÍSA SILVA CABRAL; CAROLINA LIMA DIAS DE CARVALHO; JULIANO SOUSA DE CARVALHO; JÚLIO CÉSAR MARTINS DA COSTA; RAQUEL FELIZARDO ROSA; RENATO CÉSAR GOLÇALVES
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

DESCRIÇÕES: TUBERCULOSE; PROVA TERAPÊUTICA; MELHORA CLÍNICA E RADIOLÓGICA.

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença causada por bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis*. O Brasil tem o maior número de casos em toda a América Latina. A suspeita clínica é a oportunidade para o diagnóstico precoce da TB pulmonar. **Objetivo:** Relato de caso de paciente sintomático respiratório com pesquisa de BAAR no escarro e cultura para TB negativas, que apresentou melhora clínica e radiológica após prova terapêutica. **Relato de Caso:** W.A.S.,

47anos, masculino, etilista pesado, tabagista (25 anos/maço). Apresentando febre vespertina, emagrecimento e tosse produtiva com evolução de 6 meses. Ao exame: REG, emagrecido, febril, PA: 110 x 70mmHg, 26irpm, 110bpm. AR: MV diminuído com crepitações em base esquerda. BAAR negativo em três amostras. Cultura para TB negativo. HIV não reagente. Ausência de leucocitose ao leucograma. Raios-x: de tórax opacidades nodulares bilaterais predominando em bases. TC de tórax: consolidações pulmonares bilaterais, algumas cavidades e linfadenomegalia mediastinal; presença de árvores em brotamento. Broncoscopia com biópsia transbrônquica: ausência de malignidade na amostra. Medicado com piperacilina + tazobactam por dez dias, mantendo sintomas. Iniciado tratamento de prova com rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol, evoluindo com significativa melhora clínica e radiológica. **Conclusão:** Deve-se fazer prova terapêutica em sintomáticos respiratórios com suspeita clínica de TB, em que a pesquisa de BAAR no escarro e cultura são negativas, principalmente quando esses pacientes não apresentam resposta a antibióticos de amplo espectro.

PO.017 CERVICOTORACOTOMIA ANTERIOR COM DESARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR PARA TRATAMENTO DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO DA VEIA CAVA SUPERIOR

GUILHERME DALLE VEDOVE BARBOSA; ELI PAULO COLOMBO FILHO; CLÁUDIO MIRANDA LEAL
SANTA CASA DE MOGI GUAÇU, SP

Introdução: Ao atender pacientes com ferimentos penetrantes no tórax, enfrentamos desafios, dúvidas e incertezas. Escolher a incisão cirúrgica é fundamental; toracotomias que não expõem o ferimento comprometem e inviabilizam o reparo necessário. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente ferido por arma de fogo na região cervical com projétil alojado no terço superior do hemitórax direito, hemodinamicamente instável. Operado emergencialmente, a via de acesso cirúrgico foi decisiva para o êxito do tratamento. Pretendemos discutir as medidas de tratamento dos traumas torácicos penetrantes, sugerir uma opção segura, rápida e eficaz de toracotomia para reparar lesões da veia cava superior e revisar a literatura. **Método:** A.R., 32 anos, homem, vítima de ferimento por arma de fogo havia poucos minutos. Orifício de entrada do projétil 2 cm acima da fúrcula esternal, paramediano direito, sem orifício de saída. Choque hipovolêmico grau IV, hipocorado, desidratado, taquipneico, MV abolido à direita. Drenagem torácica, saída de 900 mL de sangue, suporte respiratório e hemodinâmico. Mantiveram-se a instabilidade hemodinâmica e o débito contínuo pelo dreno torácico. Optou-se por cervicotomia anterior transversal estendida caudalmente na linha média sobre o manúbrio esternal e transversalmente à direita paralela ao 2º espaço intercostal, desarticulando a clavícula direita do esterno. Vista lesão tangencial na face anterolateral da veia cava superior que foi tamponada e suturada com fio de POLIPROPILENO 4.0. Drenada a cavidade pleural com dreno 38F, unido o esterno à clavícula com dois pontos de fios de aço nº 5. **Resultados:** Extubado em UTI no 2º dia pós-op. Sacado o dreno e alta hospitalar no 7º dia. **Discussão:** Os FAFs no tórax em pacientes instáveis exigem intervenção rápida e precisa. A via de acesso cirúrgico pode permitir ou inviabilizar o reparo das estruturas lesadas. Opções clássicas de toracotomia são a esternotomia total, parcial,

bitoracotomia transesternal (Clamshell), as abordagens unilaterais anteriores e posterolaterais. Nesse relato, havia um orifício de entrada do projétil na região cervical e RX com a bala alojada no terço superior do tórax direito. Era certo que as estruturas lesadas poderiam ser acessadas pela cervicotoracotomia anterior com desarticulação esternoclavicular direita. Abordagem rápida, se comparada à esternotomia, pois a única secção óssea necessária é feita com serra de Gigles na desarticulação esternoclavicular. A exposição da veia cava superior, artéria e veia subclávia e lobo superior direito do pulmão foi adequada. **Conclusões:** Cada ferimento penetrante torácico tem uma peculiaridade de acordo com a topografia em que o paciente é acometido. Nos ferimentos da veia cava superior, artéria e veia subclávia, a cervicotoracotomia com desarticulação esternoclavicular é uma incisão rápida, factível sem a necessidade de recursos sofisticados para osteotomia e com boa exposição para reparar as estruturas lesadas.

PO.018 SÍNDROME DE BOERHAAVE – RELATO DE CASO DE UM TRATAMENTO BEM-SUCEDIDO

GUILHERME DALLE VEDOVE BARBOSA; MARCELO MITSUO FUNAI; CLÁUDIO MIRANDA LEAL

SANTA CASA DE MOGI GUAÇU, SP

Introdução: Embora mencionada como ruptura esofágica espontânea, na síndrome de Boerhaave a lesão se dá por aumento da sua pressão intraluminal do esôfago. Rara e com alto índice de mortalidade, o diagnóstico e o tratamento adequados são decisivos para o sucesso terapêutico. **Objetivos:** Relatar e refletir sobre os erros e acertos de um tratamento bem-sucedido de paciente com ruptura esofágica espontânea. **Método:** I.A.C., branco, sexo masculino, 70 anos. Após ingerir grande volume de alimento, teve vômito, dor torácica esquerda, dispneia e taquicardia. Chegou ao PS com fâscias de dor, gemente, mal estado geral, taquidispneico, moderada desidratação, taquicárdico, PA 190/110. MV reduzido à esquerda, sem alterações à direita. E.C.G. descartou isquemia coronariana, RX de tórax com nível hidroaéreo e pneumotórax esquerdo. Drenagem pleural esquerda com saída de ar, 1.500 mL de suco gástrico e restos alimentares. Sob toracotomia posterolateral esquerda e IOT não seletiva, foi verificada lesão da pleura mediastinal e da face lateral do esôfago, terço distal. Secionado o ligamento pulmonar, afastado cranialmente o pulmão esquerdo, promovida ampla drenagem mediastinal. Suturado o esôfago em dois planos com fios de polipropilene 3,0 contínuo e algodão 3,0, pontos separados. Feito retalho de pleura parietal sobre a sutura esofágica, explorado o hiato diafragmático, lavada a cavidade pleural, dreno 38F. **Resultados:** Extubado no PO1 na UTI, NPP até o 12º dia; após REED, realimentou-se por VO. Débito purulento pelo dreno desde o PO3. Evoluiu para drenagem pleural aberta, com total recuperação clínica. Como sequela da doença e do seu tratamento, apresentou hérnia de hiato por deslizamento oligossintomática. **Discussão:** Descrita em 1724 por Boerhaave, a ruptura espontânea do esôfago pode não ser diagnosticada e tratada em tempo hábil, gerando alta mortalidade aos pacientes. É em 90% dos casos à esquerda, na face posterolateral do terço inferior do esôfago. Acomete mais homens do que mulheres, entre 40 e 60 anos, em 80% dos casos há comunicação com a cavidade pleural. A tríade clínica clássica sugestiva de ruptura esofágica se constitui em esforço ao vomitar, dor torácica e enfisema

subcutâneo. O RX de tórax mostra alterações em 90% dos casos, o esofagograma pode confirmar, mas a TC torácica com contraste é o padrão-ouro para o diagnóstico. O reparo cirúrgico com retalho vascularizado de pleura evitou fistula esofágica. A hérnia hiatal por deslizamento deveu-se à exploração por via torácica do hiato diafragmático. Sugerimos a reaproximação com pontos dos pilares diafragmáticos a fim de evitar tal complicação. **Conclusões:** O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico agressivo são as metas do tratamento. A história clínica é clássica e fundamental para a suspeição diagnóstica e o emprego de medidas terapêuticas eficazes.

PO.019 EDEMA E CIANOSE UNILATERAIS – UM CASO DE SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER

EDSON RICARDO BRAMBATE JÚNIOR; EVANDRO AGUIAR AZEVEDO; FRANCISCO MARTINS NETO; IGNACIO ENRIQUE FLEITAS ALCARÁZ; PAULO MARCELO GONDIM SALES; RAFAEL PONTES DE SIQUEIRA

HOSPITAL DE MESSEJANA – DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: A síndrome do desfiladeiro cervicotorácico (SDCT) é complexa e de etiologia variada, tendo diversas formas de apresentação clínica. É definida como o conjunto de sinais e sintomas oriundos da compressão do feixe vasculonervoso que atravessa o canal cervicotorácico (artéria e veia subclávias e plexo braquial) por qualquer estrutura do cingulo do membro superior. A SDCT é usualmente dividida em dois grupos: neurogênica (90% dos casos) e verdadeiramente vascular (10%). Dentre as vasculares, a venosa compõe 70-80% dos casos, podendo haver trombose da veia subclávia, sendo então chamada de trombose de esforço ou síndrome de Paget-Schroetter. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso como pano de fundo para discutir a SDCT. **Método:** Após anamnese e exame físico completos, os principais achados foram descritos e foi realizada busca no pubmed pelo unitermo “thoracic outlet syndrome”. **Discussão:** Paciente feminina, 21 anos, com quadro agudo de edema e cianose do membro superior direito. À anamnese, foi relatado uso crônico de anticoncepcionais orais. Negava sintomas neurológicos. Ao exame físico, todos os testes semiológicos para avaliação de possível SDCT foram negativos. Radiografia de tórax evidenciou ausência de costelas cervicais. Realizada então flebografia do membro superior direito, que revelou trombo em veia subclávia direita, com compressão desta entre a clavícula e o primeiro arco costal. Paciente foi submetida à avaliação hematológica para afastar doenças que possam cursar com hipercoagulabilidade, incluindo lúpus eritematoso sistêmico (LES) e síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF). Todos os testes laboratoriais foram negativos para tais entidades. Iniciou-se terapia fibrinolítica associada à implantação de dispositivo endovascular (stent), à qual se seguiu terapia anticoagulante com varfarina 5 mg/dia, sem melhora do quadro. Assim, optou-se pelo tratamento cirúrgico, realizado em conjunto pelas equipes de cirurgia torácica e traumatologia-ortopedia, consistindo em abordagem anterior do tórax com ressecção de segmento de clavícula e da primeira costela direita. No mesmo tempo cirúrgico foi reimplantado o segmento de clavícula ressecado. No pós-operatório, a paciente evoluiu sem complicações ou deformidades visíveis, com reversão completa do quadro. Desde a cirurgia, permanece sem terapia anticoagulante e assintomática. **Conclusões:** As causas de SDCT são

variadas, incluindo anomalias congênitas (costelas cervicais p. ex.), trauma, tumor de Pancoast, hérnia discal cervical e desbalanço entre músculos dorsais e cervicais, sendo mais comum em mulheres jovens. Sua sintomatologia e os achados do exame físico são bastante variáveis de acordo com etiologia, estrutura anatômica comprimida e grau de compressão. Manifestações puramente vasculares são menos frequentes. A maioria dos pacientes acometidos apresenta melhora significativa do quadro com tratamento conservador, ficando o tratamento cirúrgico indicado para casos selecionados.

PO.020 FIBRO-HISTIOCITOMA BENIGNO EM PAREDE COSTAL

GUILHERME DALLE VEDOVE BARBOSA; CLÁUDIO MIRANDA LEAL; FERNANDO TITO MOTA

SANTA CASA DE MOGI GUAÇU, SP

Introdução: Fibro-histiocitoma ou fibroxantoma é uma neoplasia benigna, com potencial de tornar-se maligna, com diagnóstico firmado por critérios clínicos, radiológicos e microscópicos. Trata-se de uma neoplasia formada por fibroblastos fusiformes em padrão estoriforme, com quantidade variável de células gigantes, podendo também conter células espumosas, inflamatórias e com depósito de hemossiderina. É um tumor raro, há apenas perto de 400 casos reportados na literatura, que acomete indivíduos entre 5 a 75 anos de idade, sendo 60% deles mais frequentes em maiores de 20 anos. Envolve ossos longos (tibia e fêmur - 40%), ossos pélvicos - 25%, podendo acometer qualquer osso (epífise ou diáfise) do organismo. **Objetivos:** O presente trabalho é um relato de caso de um paciente portador de fibro-histiocitoma benigno tratado cirurgicamente por toracectomia com boa evolução. Diante da raridade da prevalência do tumor, sobretudo no tórax, esse relato tem a finalidade instrutiva de pôr o fibro-histiocitoma benigno entre os diagnósticos diferenciais das lesões expansivas tumorais da parede torácica. **Método:** Relatamos o caso de E.R., homem, 51 anos, raça branca, que apresentava dor dorsal com ritmo inflamatório havia vários dias. Procurou atendimento médico onde foram solicitadas radiografia e tomografia de tórax, sendo então encaminhado ao cirurgião torácico para avaliação e tratamento. Após as avaliações pré-operatórias pertinentes ao caso, foi realizada oracectomia com ressecção "em bloco" de segmento do 6º arco costal esquerdo, feixe vasculonervoso, musculatura intercostal e pleura parietal adjacentes. Não havia invasão pulmonar. Procedimento realizado sob anestesia geral, intubação orotraqueal não seletiva, deixado dreno pleural nº 28 em selo d'água no pós-operatório. **Resultados:** Paciente extubado em sala, recuperação imediata no quarto, sacado dreno pleural no PO1, alta hospitalar no PO3, sem intercorrências. Análise anatomopatológica apontou fibro-histiocitoma benigno da costela, margens cirúrgicas livres. O paciente encontra-se há dois anos em seguimento pós-operatório, sem sinais de recidiva local ou sistêmica. **Conclusões:** Como diagnósticos diferenciais de lesões únicas tumorais da parede costal, podemos pensar no plasmocitoma, defeito fibroso cortical, displasia fibrosa, fibroma não ossificante e tumor de células gigantes. O fibro-histiocitoma benigno é uma condição raríssima, tratável cirurgicamente com bom prognóstico e deve ser sempre lembrado como mais uma opção diagnóstica para essas lesões.

PO.021 DIAGNÓSTICO DE SARCOMA DE ESTROMA ENDOMETRIAL DE BAIXO GRAU METASTÁTICO A PULMÃO POR PUNÇÃO GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

KÁTIA S. A. FROUFE

HOSPITAL FREI GALVÃO

Introdução: M.N.G.L., feminina, 77 anos, branca, do lar, apresentava queixa, havia 15 dias de processo gripal leve, com sintomas de coriza, astenia, cefaleia leve, sem demais sintomas. História de exposição a tabagismo domiciliar com 20 maços/ano, ressecção de leiomioma uterino havia 20 anos por hemorragia moderada. Sem demais alterações ao exame físico. Havia realizado telerradiografia de tórax em que se identificaram 8 lesões pulmonares, nodulares, radiopacas, difusas e regulares, bilaterais e tomografia de tórax apresentando manutenção de achado radiológico anterior. Investigação adicional com endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia de abdome e pelve, citologia de escarro, todas sem alterações, prova de função respiratória dentro da normalidade. Sem exames de imagem torácicos prévios disponíveis. **Objetivo:** Diagnóstico lesional com menor mortalidade e morbidade. **Método:** Punção percutânea de nódulo pulmonar por agulha tru-cut guiada por tomografia. **Resultados:** Sem intercorrências ao procedimento, com alta após 4 horas de observação sem pneumotórax, a tomografia de controle ou demais alterações à reavaliação de sete dias. Material analisado por histopatológico e imuno-histoquímica, com receptores positivos à vimentina, proteína estrogênica, proteína de progesterona, cd-10, citoqueratina AE1-AE3, resultou no diagnóstico de sarcoma de estroma de endométrio de baixo grau metastático em tecido pulmonar. Paciente segue em tratamento quimioterápico. **Conclusão:** Os sarcomas de estroma endometriais são neoplasias uterinas pouco comuns. Sarcomas uterinos em geral se apresentam com 4% das neoplasias uterinas e com alta agressividade, metástases à distância e prognóstico desfavorável. A ocorrência metastática pulmonar e bom estado geral após 20 anos é infrequente e a valorização de histerectomia por leiomiomatose no passado é relevante à propedêutica diagnóstica. A punção pulmonar percutânea guiada por tomografia se demonstra método seguro e eficaz, com baixos índices de complicações e tempo de internação hospitalar para fins diagnósticos.

PO.022 FECHAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS BRONCOPLEURAIS COM A UTILIZAÇÃO DO DISPOSITIVO OCCLUTECH-FÍGULA

PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; ASCÉDIO RODRIGUES; MIGUEL LIA TEDDE; HÉLIO MINAMOTO; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; CARLOS PEDRA; FÁBIO BISCEGLI JATENE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - INCOR - HCFMUSP

Introdução: As fistulas da árvore traqueobrônquica apresentam etiologia multifatorial, com incidência variável na literatura de 0,5 a 28% e mortalidade variando entre 16 e 72%. As fistulas diagnosticadas apresentam indicação formal de correção cirúrgica, porém a condição clínica dos pacientes muitas vezes é precária, não permitindo uma nova intervenção cirúrgica de grande porte. Assim, várias tentativas de fechamento endoscópico foram descritas, porém as técnicas apresentam resultados muito variáveis e se restringem a fistulas de no máximo 10 mm. Nesse cenário propusemos o fechamento endoscópico de fistulas

totais ou subtotais de coto brônquico com a utilização do dispositivo Occlutech-Fígula® (Germany Occlutech GmbH, Jena Germany) utilizado pela cardiologia intervencionista no fechamento de defeitos congênitos do septo cardíaco. Esse dispositivo consiste de uma malha única constituída de múltiplos fios de nitinol formando dois discos interligados por um colo, disponíveis em diversos tamanhos permitindo a correção de defeitos septais de até 40 mm, sendo que cada disco é liberado em uma cavidade atrial e o defeito é ocupado pelo colo da prótese. **Objetivo:** Descrever a técnica de utilização do dispositivo e relatar a experiência inicial dos casos realizados até o presente momento. **Método:** Após aprovação da Comissão de Ética da Instituição e assinatura do termo de consentimento; informado o paciente, é submetido à broncoscopia diagnóstica com localização e medida estimada da fistula através de cateter balonado, insuflado com volume conhecido de solução salina, repetida externamente com a medida feita por meio de paquímetro. A partir dessa medida, escolhemos o tamanho da prótese pelo colo dela que deverá ser entre 15 e 20% maior do que a medida estimada na broncoscopia. O paciente é submetido ao procedimento de colocação da prótese sob anestesia geral. Inicialmente a broncoscopia é realizada com a passagem do aparelho paralela à sonda de intubação com localização da fistula e cateterização dela com fio guia. Posteriormente, o exame é feito pela sonda de intubação com acompanhamento todo o procedimento até a liberação definitiva da prótese. Por meio do fio guia, efetuamos a descida da bainha até que ela ultrapasse a fistula permanecendo com a extremidade na cavidade pleural. Nesse momento efetuamos a descida da prótese com abertura do disco distal na cavidade pleural, tração do conjunto para acomodação do colo e posteriormente abertura do disco proximal na porção brônquica da fistula, seguida de liberação definitiva do dispositivo. **Resultados:** Foram aplicados 5 dispositivos em 4 pacientes com oclusão total das fistulas com diâmetros que variaram de 9 a 17 mm. **Conclusão:** Os resultados iniciais sugerem tratar-se de uma técnica endoscópica segura, surgindo como alternativa para as opções atuais de tratamento definitivo.

PO.023 EFEITO PRECOCE DA PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO PULMONAR

EDUARDO HARUO SAITO; FLÁVIO NERY
HUPE - UERJ

Introdução: As cirurgias de ressecção pulmonar se incluem no grupo das cirurgias que podem predispor o paciente a apresentar complicações pulmonares no pós-operatório. Complicações como o aumento na produção de secreções brônquicas, pneumonia e atelectasia estão quase sempre associadas à diminuição da função pulmonar nesse período. A ventilação por pressão positiva contínua nas vias aéreas vem sendo constantemente utilizada como terapêutica nesses pacientes tentando-se minimizar esses efeitos prejudiciais sobre a função pulmonar. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é quantificar os efeitos da ventilação com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) sobre a função pulmonar no pós-operatório de ressecção pulmonar. Foram selecionados 30 (trinta) pacientes da disciplina de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Pedro Ernesto. A seleção dos pacientes para o grupo controle e experimental foi feita de forma

randomizada. **Resultados:** Os pacientes foram submetidos na fase pré-operatória a uma avaliação da função pulmonar (pico de fluxo expiratório, força muscular respiratória, teste de caminhada de 6 minutos/TC6, gasometria arterial e espirometria). Após a realização do procedimento cirúrgico, foram submetidos a um protocolo de intervenção, como se segue: grupo experimental: 15 (quinze) pacientes submetidos à ventilação não invasiva, de forma intermitente, com um sistema CPAP (Acirflux-CPAP®, Criticalmed, Industries Inc, Brasil), iniciado no primeiro dia de pós-operatório (nas primeiras 24 horas após a extubação), 2 vezes ao dia, por um período de 30 minutos; grupo controle: 15 (quinze) pacientes submetidos a um programa de fisioterapia respiratória, orientado e supervisionado, iniciado no primeiro dia de pós-operatório (nas primeiras 24 horas após a extubação), com uma frequência de 2 vezes ao dia. A reavaliação na fase pós-operatória seguiu a mesma metodologia utilizada na fase pré-operatória. As reavaliações ocorreram em dois momentos: no primeiro dia de pós-operatório (PO-I), onde foram reavaliados o pico de fluxo expiratório, força muscular respiratória, gasometria arterial; prova de função pulmonar com 48 horas de pós-operatório. Ao sétimo dia de pós-operatório (PO-II), foram reavaliados novamente as variáveis do PO-I e o teste de caminhada de 6 minutos. Os resultados da espirometria, gasometria arterial, pico de fluxo expiratório e força muscular respiratória entre os grupos foram semelhantes, sem diferença significativa; porém, a variável TC6 foi estatisticamente significativa no grupo que realizou CPAP precoce, com $p=0,0001$. Não foi observada fuga aérea pelo dreno de tórax no grupo tratado com CPAP, demonstrando a segurança do método. **Conclusão:** Dessa forma, ambas as terapias foram eficazes, porém a CPAP precoce foi mais eficaz, sugerindo que se possa aplicar de forma precoce no pós-operatório de ressecção pulmonar benéficamente.

PO.024 ESTUDO COMPARATIVO DA FISIOPATOLOGIA DE PULMÕES SUBMETIDOS À PERFUSÃO COM LPD-GLICOSE E CELSIOR APÓS PERÍODOS VARIADOS DE ISQUEMIA: MODELO EXPERIMENTAL EX-VIVO EM RATOS

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; PAULO MANUEL PÊGO FERNANDES; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; ROGÉRIO PAZETTI; KARINA ANDRIGHETTI DE OLIVEIRA; NATÁLIA APARECIDA NEPOMUCENO; PAULA ROBERTA OLIVEIRA SOARES; FABIO BISCEGLI JATENE
INCOR - HCFMUSP

Introdução: A lesão de isquemia-reperfusão continua sendo considerada a maior causa de mortalidade relacionada ao transplante de pulmão e sua gravidade é influenciada por diversos fatores, dentre eles as técnicas de preservação pulmonar. **Método:** Sessenta pulmões de ratos após períodos de isquemia de 6 e 12 horas e preservados com LPD-glicose, Celsior ou solução fisiológica foram reperfundidos com sangue heterólogo em modelo experimental ex-vivo durante 60 minutos e os dados analisados. **Resultados:** A complacência pulmonar foi significativamente maior nos grupos submetidos à 6h de isquemia do que nos grupos preservados por 12h. A resistência pulmonar foi significativamente maior no grupo LPD do que no grupo Celsior. O volume corrente foi significativamente maior no grupo LPD submetido a 6 horas de isquemia do que no grupo preservado por 12 horas com a mesma solução. A mensuração da PaCO₂ arterial foi maior nos grupos

submetidos a 12 horas de isquemia do que naqueles submetidos a 6 horas. A capacidade relativa de oxigenação (CRO) e o ganho de peso pulmonar ao longo da reperfusão não foram estatisticamente significativos. A relação entre o peso úmido e o peso seco pulmonar foi maior no grupo LPD submetido a 12 horas de isquemia do que no grupo LPD preservado por 6 horas. A comparação dos valores de pressão de artéria pulmonar entre os grupos não demonstrou significância estatística. Discussão: Neste estudo, a CRO não revelou diferenças significativas na comparação entre as soluções e os tempos de isquemia, enquanto Wittwer et. al. observaram valores significativamente maiores no grupo Celsior. O ganho de peso pulmonar ao longo da reperfusão não foi estatisticamente significativo, independente da solução de preservação e do tempo de isquemia, sendo ele observado por Sommer et. al. em um tempo de reperfusão maior (7 horas) em porcos. Conclusão: Ambas as soluções promoveram semelhante CRO e ganho de peso ao longo da reperfusão. Entretanto, os pulmões preservados com LPD e submetidos a 12 horas de isquemia apresentaram maior relação peso úmido/peso seco.

PO.025 PLASMOCITOMA SOLITÁRIO PULMONAR – RELATO DE CASO

FABIO JOSÉ HADDAD; PEDRO HENRIQUE MENDES FIGUEIREDO; JEFFERSON LUIZ GROSS; MARCUS V. B. BARANAUSKAS; GARLES MILLER MATIAS VIEIRA; CLÓVIS ANTONIO LOPES PINTO

HOSPITAL A. C. CAMARGO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O plasmocitoma é uma massa solitária de células neoplásicas plasmocitárias habitualmente monoclonal. O sítio mais frequentemente acometido é a medula óssea, mas plasmocitomas extramedulares podem ocorrer em aproximadamente 3% dos casos. Esses podem surgir em quaisquer órgãos, mas os locais mais comuns são os tecidos subepiteliais das mucosas do trato aerodigestivo alto, principalmente os seios paranasais, faringe, cavidade nasal e mucosa oral. Até onde pesquisamos, havia perto de 30 casos de plasmocitoma primário do pulmão reportados na literatura e verificados por imunoistoquímica. **Objetivo:** Objetivamos descrever o caso de um paciente portador de plasmocitoma primário do pulmão diagnosticado e tratado em nosso serviço e mostrar sua evolução até o momento. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, de 53 anos, tabagista de 60 maços/ano, apresentou-se ao nosso serviço pelo achado incidental de nódulo pulmonar em base do pulmão esquerdo em exame de rotina. A tomografia computadorizada (TC) mostrou tratar-se de nódulo de 2,1 cm no maior diâmetro, subpleural, de contornos irregulares e espiculado em segmento basal posterior do lobo inferior esquerdo. Foi relatada ainda linfonodomegalia subcarinal com 2,0 cm no menor eixo. O PET-CT mostrou captação no nódulo pulmonar (SUV Max. = 7,52) e também em linfonodos hilares bilateralmente (SUV entre 2,99 e 3,39). Não houve captações mediastinais em outros sítios. A ressonância magnética do crânio foi normal. A punção biópsia do nódulo pulmonar guiada por TC e a imunoistoquímica revelaram uma neoplasia de células plasmáticas com restrição de cadeia Kappa. O paciente foi avaliado no serviço de Onco-hematologia do mesmo hospital, onde se concluiu o diagnóstico de plasmocitoma extraósseo pulmonar isolado secretor de IgG Kappa. Não foram detectadas quaisquer lesões ósseas. O paciente foi, então, submetido à ressecção do nódulo do lobo

inferior esquerdo com margens de segurança, por cirurgia videoassistida, além de linfadenectomia hilar ipsilateral. Os linfonodos não se apresentaram doentes e optou-se por seguimento clínico, laboratorial e de imagem do paciente. Apresenta-se ele atualmente sem evidências de doença em atividade oito meses após a cirurgia.

PO.026 FRATURA COSTAL COM HÉRNIAS INTERCOSTAL E DIAFRAGMÁTICA APÓS CRISE DE TOSSE

ANDRÉ GALANTE ALENCAR ARANHA; ARNALDO TERUYA; CAIO RIBEIRO AZEVEDO GOMES; DANILO SESMA COSTA; LUCAS ASPERTI; RUY DE BARROS JR.; THABBTA DE OLIVEIRA NACIFF SILVEIRA VIANNA
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO – FACULDADE DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA

Introdução: A hérnia intercostal transdiafragmática (HITD) é uma entidade clínica rara. Ocorre por esgarçamento ou ruptura da musculatura diafragmática e intercostal, com protrusão de vísceras abdominais por entre os arcos costais. Pode ser secundária a trauma ou ocorrer após crise de tosse com fratura costal. **Relato de Caso:** C.A.S., homem, 71 anos, fumante, com queixa de abaulamento em região de transição toraco-abdominal direita havia aproximadamente dois anos. Refere crise de tosse havia dois anos, seguida de dor muito forte, na região toraco-abdominal direita, que piorava com esforço e melhorava com o uso de analgésicos. Refere área de equimose em toda região lateral do abdômen após a dor e abaulamento progressivo da região. Ao exame físico: presença de abaulamento redutível no oitavo espaço intercostal, mais evidente com manobra de Valsalva. Distanciamento de 4 a 5 cm entre os arcos do espaço citado, com sinais de separação anterior em sua junção costal-condral. Exames: radiografia de tórax com sinais de fraturas em oitavo arco costal e alargamento do oitavo espaço. Ultrassonografia e tomografia evidenciavam herniação do fígado por meio do oitavo espaço intercostal. Entidade clínica rara, a HITD pode ter conteúdo abdominal pelo espaço decorrente da ruptura diafragmática e por um espaço intercostal. Em nosso caso, apenas o fígado herniava. A HITD ocorre mais frequentemente secundária a trauma aberto ou fechado. Há relatos de sua ocorrência após fratura costal por crise de tosse. Fatores predisponentes associados são: DPOC, osteoporose, asma, diabetes e tratamento com esteroides. Podem existir fraquezas na parede torácica: uma junto ao esterno, por conta da existência de falha nos músculos intercostais externos, e outra junto às vértebras, em função da existência de falha nos músculos intercostais internos. A escassez da musculatura intercostal, associada à sua lesão no momento da fratura dos arcos costais, leva à perda da integridade da caixa torácica. A fratura pode ocorrer em consequência de violenta crise de tosse que leva à contração repentina dos músculos da parede abdominal, levando ao esgarçamento da musculatura intercostal e também da inserção do diafragma no gradeado costal. Perdendo as forças que mantêm as costelas unidas (músculos intercostais e diafragma), as costelas se separam, criando um espaço propício ao aparecimento da hérnia. A pressão intratorácica negativa traz vísceras abdominais para o espaço formado pelo esgarçamento dos músculos intercostais e diafragma. O quadro clínico da HITD caracteriza-se por um tumor na transição toraco-abdominal, algum tempo após o trauma ou após a crise de tosse. O tumor apresenta crescimento progressivo, é redutível e aumenta com a manobra de Valsalva. Se houver fratura espontânea de costela, pode

haver dor, hematoma e sufusões hemorrágicas no local, logo após a crise de tosse. Radiografia simples de tórax, trânsito intestinal e tomografia de tórax confirmam o diagnóstico.

PO.027 AVALIAÇÃO DO ENSINO VIRTUAL COMO MÉTODO DE APRENDIZADO

CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA; LUIZ HIROTOSHI OTA; IUNIS SUZUKI; ADRIANA TELLES; MARCEL MARTINS SANDRINI; LUIZ EDUARDO VILAÇA LEAO

UNIFESP – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Introdução: A velocidade de aparecimento de informações decorrente do avanço tecnológico nas últimas décadas apresenta um formidável desafio para professores e alunos de como maximizar o aprendizado de forma agradável e envolvente. Dessa forma, o uso de novas mídias é um vasto caminho a ser explorado, principalmente a rede mundial de computadores com seu enorme alcance. **Objetivo:** Avaliar a aceitação dos alunos no uso da rede mundial de computadores no ensino dos fundamentos e conceitos da broncoscopia. **Método:** Separamos dezesseis alunos de graduação do quinto ano médico em dois grupos de oito. O grupo A usou um website com os fundamentos da broncoscopia baseado em fotos, vídeos e animações, o grupo B recebeu uma aula com os mesmos conteúdos (animações, vídeos e fotos) na forma de slides. Os dois grupos foram expostos ao material durante 90 minutos, ao fim da sessão responderam à seguinte pergunta: Que fatores facilitaram seu aprendizado e que fatores o dificultaram? **Resultados:** Ambos os grupos apontaram o conteúdo multimídia como pontos facilitadores do aprendizado (5 alunos no grupo A e 6 no grupo B). O grupo A ainda apontou como ponto forte a possibilidade de rever e interagir com as animações (5 alunos), por outro lado, o outro grupo ressaltou a habilidade e capacidade do professor como ponto forte da aula (5 alunos). Os pontos fracos apontados pelo grupo A foram a presença de muito texto (3 alunos) e dois alunos acharam cansativo ler na tela do computador. No grupo B as dificuldades apontadas foram: falta de conhecimento prévio do assunto, muita informação em pouco tempo, grande número de slides e distração pelo grupo - cada item foi mencionado duas vezes. **Conclusão:** Os recursos multimídia são um componente essencial no aprendizado tornando-o mais envolvente. A interação parece ser um ponto importante no processo de aprendizado, bem como a possibilidade de rever os pontos de dificuldade; contudo, não podemos subestimar o valor da figura do professor. Nossos dados apontam para a possibilidade de estabelecer um currículo híbrido, onde a web fornece a base do conhecimento por meio de um currículo virtual e o professor a sedimenta.

PO.028 SEQUESTRO PULMONAR BILATERAL – UM RELATO DE CASO

KARINA CUZIOI; DANIEL LOMBO BERNARDO; ALEXIS LUIS PEREIRA MASTRI; ABEL LUIZ FERREIRA NETO; RICARDO KALAF MUSSI; JOSÉ GERALDO DOS SANTOS; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO

HC – UNICAMP

Introdução: Sequestro pulmonar é uma doença em que o parênquima pulmonar não tem comunicação direta com a árvore traqueo-brônquica e tem suprimento vascular anômalo, saindo direto da aorta torácica ou abdominal. Trata-se de doença rara, diagnosticada normalmente na infância. Os sequestros bilaterais são ainda mais incomuns.

Relato de Caso: Paciente K.T.Y., 18 anos, masculino, apresentou quadro de tosse, febre e queda do estado geral cerca de 8 meses antes de procurar o nosso serviço. Na época, residia e trabalhava no Japão. Procurou o serviço de saúde nesse país, onde permaneceu internado por 30 dias. Exames de imagem mostravam opacidade bilateral bibasal (maior à esquerda). Foi submetido à tomografia computadorizada do tórax que mostrou suprimento vascular anômalo para as lesões, vindos da artéria aorta torácica. Foi feita hipótese diagnóstica de sequestro pulmonar bilateral, mas o paciente optou por retornar ao Brasil para tratamento cirúrgico. Procurou nosso serviço em bom estado geral, queixando-se, apenas, de dispneia aos grandes esforços. Internado para o procedimento cirúrgico, apresentou exames pré-operatórios normais. Foi, então, submetido à toracotomia esquerda exploradora: observada massa extralobar em relação ao lobo inferior do pulmão esquerdo. Localizou-se um ramo arterial mais calibroso direto da artéria aorta torácica, cercado de diversos outros ramos de menor calibre, inclusive o que nutria o sequestro à direita. Esses foram sucessivamente ligados. Localizada veia calibrosa com drenagem direta para a veia pulmonar inferior esquerda. Notou-se que havia uma comunicação entre as áreas de sequestro à esquerda e à direita, não sendo possível retirar a lesão do lado direito pela toracotomia esquerda. Seccionada a peça, esta foi retirada e optou-se pelo fechamento da incisão e realização de toracotomia direita, que foi feita com sucesso e retirada completa da lesão. Curiosamente, desse lado a área de sequestro era intralobar. O paciente teve boa evolução clínica e está em seguimento ambulatorial. Anatomopatológico confirma a hipótese de sequestro pulmonar bilateral. **Conclusão:** O diagnóstico de sequestro pulmonar é incomum na fase adulta, ainda mais quando se trata de lesão bilateral. O tratamento dessa doença é sempre cirúrgico. Não são muitos os casos descritos de sequestro bilateral, ainda mais os que são discordantes. Todos os casos relatados são como o do paciente em questão: extralobar à esquerda e intralobar à direita.

PO.029 ADENOCARCINOMA FETAL DO PULMÃO – RELATO DE CASO

ANDRÉ GALANTE ALENCAR ARANHA; KARLA CALAÇA KABBACH PRIGENZI; LEDA VIEGAS DE CARVALHO; MARIANA YUMI MIYAOKA; RENATA DE ABREU IZIQUE; RICARDO DE PAULA SALOMÃO; VICTOR STEFANATO ALVAREZ; RUY DE BARROS JÚNIOR

FACULDADE DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA

Introdução: Tumores primários do pulmão que lembram o pulmão fetal são raros. Incluem-se nesse grupo o pneumoblastoma e o adenocarcinoma fetal. Os adenocarcinomas fetais são neoplasias malignas compostas por glândulas e túbulos que se assemelham a um pulmão fetal de 10 a 15 semanas de idade gestacional. Histologicamente, apesar da semelhança com o pneumoblastoma, o adenocarcinoma fetal não possui elementos sarcomatosos. Esses tumores são classificados em adenocarcinoma fetal bem diferenciados e pouco diferenciados. O subtipo bem diferenciado apresenta-se como grandes tumores periféricos acometendo indivíduos jovens, especialmente mulheres não fumantes. Em contraste, o adenocarcinoma fetal pouco diferenciado acomete indivíduos mais velhos, do sexo masculino, fumantes e associa-se a um prognóstico reservado sendo classificado como uma variedade de adenocarcinoma pulmonar. O prognóstico do adenocarcinoma fetal bem

diferenciado é favorável com taxa de mortalidade de 15% com excisão cirúrgica completa. **Relato de Caso:** A.C.S., 29 anos, feminina, natural e procedente de Cubatão, SP. Procurou o serviço médico com quadro de dispneia aos mínimos esforços havia três anos associada à dor torácica em região retroesternal, de forte intensidade, em pontada, que piorava com esforço físico e melhorava com o repouso, de ocorrência diária. Relata episódios de escarro hemoptico, emagrecimento de 23 kg e ausência de febre nesse período. A radiografia de tórax evidenciou massa tumoral em lobo superior de pulmão direito. A tomografia computadorizada de tórax mostrou massa de limites precisos em lobo superior de pulmão direito sem linfadenomegalia mediastinal. Foi realizada lobectomia superior do pulmão direito e estudo anatomopatológico. A macroscopia revelou tumor sólido, firme, esbranquiçado, periférico, de contornos bocelados medindo 6,0 x 5,5 cm. A microscopia mostrou neoplasia constituída por glândulas e túbulos bem formados com frequentes focos sólidos de aspecto morular, infiltrando tecido pulmonar. Realizado painel imuno-histoquímico que corroborou o diagnóstico de adenocarcinoma fetal bem diferenciado do pulmão. A paciente está livre de doença após cirurgia com seguimento clínico de seis meses. **Conclusão:** Os adenocarcinomas fetais bem diferenciados são raros e se assemelham ao pulmão fetal. O principal diagnóstico diferencial inclui o pneumoblastoma. Este último exibe aspecto bifásico com elementos sarcomatosos e estão associados a um prognóstico desfavorável. O adenocarcinoma fetal bem diferenciado, embora se constitua de tumores grandes ao diagnóstico, estão associados a bom prognóstico com baixa taxa de mortalidade. A ressecção cirúrgica completa é essencial para a sobrevivência a longo prazo. Tratamentos adjuvantes com radioterapia e quimioterapia não oferecem benefícios.

PO.030 CIRURGIA DE RESSECÇÃO PULMONAR EM DOENÇA NEOPLÁSICA E SUPURATIVA – ANÁLISE COMPARATIVA E RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE 706 PACIENTES

ALFREDO SÁVIO MONTEIRO NOGUEIRA; ANTERO GOMES NETO; CECÍLIA BIANCA SILVA MOURA; EDSON RICARDO BRAMBATE JÚNIOR; EVANDRO AGUIAR AZEVEDO; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; RAFAEL FERNANDES VIANA DE ARAÚJO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: O aprimoramento das técnicas cirúrgicas de ressecção pulmonar tem contribuído para a diminuição da mortalidade e morbidade, mas alguns fatores como faixa etária elevada, magnitude da ressecção realizada, doença pulmonar de base e grau de reserva pulmonar, entre outros, ainda contribuem para o aumento dessas complicações. **Objetivos:** Avaliar a incidência de mortalidade e complicações em pacientes portadores de doenças neoplásicas e supurativas submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar, assim como os fatores que contribuem para essas complicações. **Método:** Estudo retrospectivo de 706 pacientes submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar, no período de abril de 2004 a outubro de 2010. Incluíram-se no estudo somente 608 pacientes portadores de doenças neoplásicas (grupo I, n = 411) e supurativas (grupo II, n = 197). Os demais pacientes (98) portadores de doenças congênitas, intersticiais e bolhas foram excluídos. Foram

estudadas as variáveis: faixa etária, gênero, tipo de doença pulmonar, complicações e mortalidade. As diferenças entre os dois grupos foram avaliadas pelo teste-t e Qui-quadrado (χ^2). **Resultados:** No grupo I (61% masculino) foram realizadas 42 pneumonectomias (PNMN), 261 lobectomias (LOBEC) e 110 ressecções menores (RM). Houve 26,5% de complicações e 4,4% de mortalidade (11,9% em PNMN, 3,8% em LOBEC e 2,7% em RM). No grupo II (50,7% masculino), 38 PNMN, 117 LOBEC e 40 RM. Houve 26,3% de complicações e 2% de mortalidade (5,2% em PNMN e 1,7% em LOBEC). Não ocorreu óbito nos pacientes com doença supurativa que fizeram ressecções menores. A média de idade foi maior no grupo I que no grupo II ($58,2 \pm 14,8$ vs $38,8 \pm 15,01$ anos, $p < 0,0001$), mas não houve diferença ($p > 0,05$) entre os dois grupos em relação ao sexo, incidência de complicações e mortalidade. A análise univariada não identificou nenhuma das variáveis estudadas (idade, sexo, comorbidades, tipo de doença, tipo de ressecção) com preditora de maior morbidade e/ou mortalidade. **Conclusões:** As taxas de complicações e a mortalidade foram semelhantes nos dois grupos. Houve tendência a uma maior mortalidade cirúrgica no grupo das doenças neoplásicas em relação às supurativas, possivelmente pela maior quantidade de idosos naquele grupo. Não foram identificados preditores de morbimortalidade dentre os fatores estudados em nossa série.

PO.031 SIDEROSE PULMONAR

KÁTIA FROUFE

HOSPITAL FREI GALVÃO

Introdução: C.M.F., 39 anos, masculino, católico, pardo, natural de Cruzeiro, São Paulo, soldador havia 18 anos, refere cansaço aos médios esforços fazia 4 meses, sem demais queixas, sem alterações apreciáveis ao exame físico. Apresenta prova de função respiratória dentro dos padrões da normalidade e telerradiografia de tórax com infiltrado pulmonar bilateral, difuso micronodular, acometendo todos os lobos pulmonares. Solicitada tomografia de tórax com manutenção de padrão pulmonar e ausência de linfadenomegalias. **Objetivo:** Estabelecer diagnóstico de infiltrado pulmonar micronodular. **Método:** Realizado acesso por videotoroscopia à esquerda, sob 3 incisões de 10 mm e realizado biópsia de fragmento a partir de llingula e uso de grameador linear cortante. Ausência de fuga aérea ao aumento da pressão em vias aéreas. Incisão posterior ampliada para retirada de fragmento e dreno torácico posicionado superiormente por orifício mais anterior, com síntese de parede sob sucessivas ventilações manuais e máxima expansão pulmonar. Ausência de fuga aérea à manobra de Valsalva em sala de recuperação anestésica. **Resultado:** Paciente sem intercorrências após vinte e quatro horas do procedimento, em fisioterapia respiratória, poucas queixas algícas e aceitando dieta. Sem fuga aérea, a avaliação de dreno e RX de controle com expansão pulmonar bilateral. Retirado dreno de tórax e fornecido alta ao paciente, reavaliado aos sete dias com telerradiografia de tórax adequada e, aos quinze dias, retirados os pontos. Resultado histopatológico de siderose pulmonar positivo a coloração azul da Prússia e teste de ferritina positivo, sem fibrose. **Conclusão:** A siderose pulmonar é uma pneumoconiose causada pela inalação de poeiras e fumos contendo óxidos de ferro, inicialmente descrita por Doig e McLaughlin, em 1936.

Na literatura brasileira, poucas referências são encontradas quanto ao assunto, apesar de não ser patologia rara. Pode acometer trabalhadores expostos a atividades extrativas de minério de ferro (hematita, magnetita, limonita), produção de pigmentos naturais contendo óxidos de ferro em tintas e pisos, metalurgia de aço, ferro e ligas, solda a arco elétrico e oxietileno, polimento de metais com óxidos de ferro em cutelaria de aço e prata e outras atividades afins. O tempo de exposição para o aparecimento de lesões radiológicas varia amplamente, sendo geralmente aceito o período mínimo de cinco anos. Na siderose pura o prognóstico é geralmente favorável sendo possível a regressão das lesões após afastamento do trabalho. Desde sua descrição original, a siderose pulmonar vem sendo considerada uma pneumoconiose benigna, sem associação com sintomas respiratórios. Billings e Howard(6), em 1993, em revisão sobre o assunto, encontraram evidências do aumento da incidência de câncer de pulmão e de doenças obstrutivas das vias aéreas causadas diretamente pela exposição aos óxidos de ferro, potencializados pela exposição concomitante a outros agentes.

PO.032 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MIASTENIA GRAVIS POR VIDEOTORACOSCOPIA

EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA; FELIPE VIDIGAL; FREDERICO MONTEIRO DE OLIVEIRA; FREDERICO MOREIRA CARDOSO AYRES; JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; JULIANA DIAS NASCIMENTO FERREIRA; MARCUS DA MATTA ABREU

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS UFJF, ASCOMCER, HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E MONTE SINAI - JUIZ DE FORA, MG

Introdução: Tradicionalmente, a timectomia empregada para o tratamento da miastenia gravis é realizada por meio de esternotomia ou por via cervical. A técnica videotoracoscópica permite a ressecção de todo o tecido tímico, associado a uma menor agressão cirúrgica, levando a recuperação mais rápida. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é relatar a experiência inicial do nosso serviço no tratamento cirúrgico da miastenia gravis por videotoracoscopia. **Método:** Estudo retrospectivo dos prontuários dos pacientes submetidos à timectomia videotoracoscópica entre março de 2008 e julho de 2010. **Resultados:** Cinco pacientes do sexo feminino foram tratadas em nosso serviço nesse período. A média de idade foi de 27 anos. A via de acesso empregada foi sempre a videotoracoscopia com acesso pelo hemitórax direito com o paciente em decúbito lateral e o tórax inclinado em 45°. Realizamos sempre 3 portais cirúrgicos. O tempo operatório variou de 72 a 179 minutos. O tempo médio de internação no pós-operatório foi de 4 dias, com o dreno torácico retirado em média após 48 horas. Tivemos 2 casos de complicação pós-operatória, sendo um caso de lesão do nervo frênico, assintomático, e um caso, em paciente obesa, que apresentou volumoso seroma e deiscência da ferida operatória em um dos portais. Todas as pacientes se encontram em controle ambulatorial pós-operatório com remissão parcial ou total dos sintomas. **Conclusão:** Consideramos a timectomia videotoracoscópica uma abordagem segura e efetiva para o tratamento da miastenia gravis, que permite ressecção do timo e da gordura mediastinal com menor morbidade quando comparado com as técnicas cirúrgicas convencionais.

PO.033 RESSECÇÃO DE TUMORES MEDIASTINAIS POR VIDEOTORACOSCOPIA

EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA; FELIPE VIDIGAL; JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; JULIANA DIAS FERREIRA NASCIMENTO; LAYCE ALVES DA CRUZ TEIXEIRA; MARCUS DA MATTA ABREU; VÁGNER CAMPOS SILVA

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS UFJF, ASCOMCER, HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E MONTE SINAI - JUIZ DE FORA, MG

Introdução: Os tumores mediastinais por vezes se apresentam como desafios terapêuticos por conta das relações anatômicas com grandes vasos. Apesar de frequentemente apresentarem grandes dimensões, a abordagem minimamente invasiva é factível. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é relatar a experiência do nosso serviço com a ressecção de tumores mediastinais por videotoracoscopia. **Método:** Estudo retrospectivo dos prontuários dos pacientes tratados em nosso serviço entre março de 2008 e novembro de 2010. **Resultados:** Dezesesseis pacientes portadores de tumores do mediastino foram avaliados para tratamento cirúrgico em nosso serviço no período do estudo. Após análise por método de imagem (TC e/ou RNM), consideramos que 4 pacientes não seriam candidatos à abordagem por videotoracoscopia por conta de grandes dimensões das massas ou sua estreita relação com estruturas vasculares mediastinais (1 caso de invasão da veia cava superior). Dessa forma, 12 pacientes foram submetidos a ressecções videotoracoscópicas. Os tumores se encontravam no compartimento anterior em 6 pacientes, no médio em 3 pacientes e no posterior em outros 3. Em 4 casos, foi necessário ampliação de uma das incisões para permitir a retirada da peça cirúrgica, sendo que em 2 casos foi necessário inclusive o afastamento costal. Rotineiramente, utilizamos drenagem pleural no pós-operatório, sendo que o período de retirada do dreno variou entre 7 horas e 7 dias, com uma moda de 48 horas. Em 3 casos, operamos mulheres na 2ª e 3ª décadas de vida, e em todos os casos, o aspecto estético foi considerado como excelente no pós-operatório por elas. Tivemos 1 complicação de maior importância em paciente submetida à ressecção de timoma que permaneceu drenada por 7 dias pelo débito persistentemente elevado pelo dreno torácico. **Conclusão:** A ressecção de tumores mediastinais por videocirurgia deve ser empregada após cuidadosa avaliação da relação do tumor com as estruturas vasculares e suas grandes dimensões por vezes se tornam um desafio no manejo minimamente invasivo.

PO.034 LOBECTOMIA TOTALMENTE VIDEOTORACOSCÓPICA: ESTENDENDO A INDICAÇÃO

ALEXANDRE JOSÉ GONÇALVES AVINO; DARCY RIBEIRO PINTO FILHO; SUZAN LÚCIA BRANCHER BRANDÃO

HOSPITAL VIRVI RAMOS, CAXIAS DO SUL, RS

Introdução: Os autores relatam (em vídeo) um caso de lobectomia superior direita para tratamento de neoplasia primária de pulmão, realizada por videotoracoscopia, sem toracotomia mínima, em estágio IIB. Paciente feminina, 47 anos, fumante, foi avaliada por clínico geral por queixa de dor em ombro direito com radiograma e ecografia de ombro. O radiograma evidenciou massa em ápice do pulmão direito, sendo complementado por tomografia computadorizada de tórax. A TC evidenciou massa apical direita com 7,5 cm de diâmetro e sugeriu invasão da pleura

parietal. A investigação pré-operatória prosseguiu com TC de crânio, abdome e ressonância nuclear magnética do ombro direito. As TCs não evidenciaram doença à distância e a ressonância não sugeriu invasão da parede torácica. Por conta do comprometimento exclusivamente periférico, hilo e mediastino livres, optou-se por realizar a ressecção lobar por videotoroscopia e, conforme a avaliação transoperatória do comprometimento apical, complementar o procedimento por uma de duas abordagens: manter o procedimento por vídeo se o descolamento da lesão e da pleura parietal fosse possível ou, caso contrário, toracotomia por acesso próprio. Com o lobo aderido ao ápice da cavidade foi possível realizar a dissecação hilar, a linfadenectomia hilar e interlobar e as secções brônquica e cissural, finalizando o lobo totalmente livre do hilo e do pulmão remanescente. Após a realização da lobectomia foi possível descolar a lesão realizando pleurectomia apical. Finalmente, foi abordado o compartimento paratraqueal e realizada a linfadenectomia. O ápice da cavidade recebeu clips metálicos. O lobo foi removido pelo prolongamento de um dos acessos toracoscópicos seguindo o contorno submamário, com 5 cm de extensão. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências e a paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório. O estágio anatomopatológico foi IIB, T3N0M0 e a paciente foi encaminhada para tratamento adjuvante com quimioterapia associada à radioterapia. A lobectomia videotoroscópica é aceita como tratamento adequado e talvez preferencial para a neoplasia de pulmão em estágio inicial (I). Já para a doença localmente avançada, caracterizada por comprometimento hilar e intercissural, que seriam fatores dificultadores da dissecação, a videotoroscopia não encontra ainda respaldo na literatura. Entretanto, se a neoplasia não compromete as regiões hilar e cissural, permitindo a dissecação, não observamos razão para desconsiderá-la como forma de abordagem. **Conclusão:** No que tange à linfadenectomia mediastinal, se para amostragem ou sistemática, não há consenso sobre seu impacto em termos de sobrevida. É óbvio, entretanto, que o paciente submetido a uma linfadenectomia de qualquer uma das formas será mais precisamente estadiado. Para esse fim, a videotoroscopia se mostra adequada.

PO.035 HIPOGLICEMIA ESPONTÂNEA RECORRENTE – UM CASO DE SÍNDROME DE DOEGE-POTTER

EDSON RICARDO BRAMBATE JÚNIOR; EVANDRO AGUIAR AZEVEDO; FRANCISCO MARTINS NETO; IGNACIO ENRIQUE FLEITAS ALCARÁZ; PAULO MARCELO GONDIM SALES; RAFAEL PONTES DE SIQUEIRA
HOSPITAL DE MESSEJANA – DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: Tumores fibrosos benignos de pleura (não associados à exposição a asbestos) têm origem na pleura visceral, são relativamente raros e não apresentam predileção por sexo com maior incidência entre a 5ª e 8ª décadas da vida. Geralmente são assintomáticos e medem menos que 10 cm de diâmetro, consistindo em achados acidentais à radiografia de tórax. Entretanto, hipoglicemia foi descrita em apenas 4% dos casos e é quase sempre associada a tumores maiores que 10 cm de diâmetro, consistindo na síndrome de Doege-Potter. Com raras exceções, tumores pediculados são completamente curáveis pela exérese cirúrgica sem que haja indicação de terapia adjuvante. **Objetivo:** Discutir a respeito dos tumores pleurais, usando um relato de caso como pano de fundo. **Método:** Após anamnese e exame físico completos,

os principais achados foram descritos e foi realizada uma busca no pubmed pelo unitermo “benign fibrous tumor of the pleura”. **Discussão:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, sem histórico de diabetes mellitus ou uso de hipoglicemiantes orais ou insulinas, procurou atendimento com quadro de hipoglicemias de repetição. Não apresentava quaisquer queixas respiratórias. À radiografia de tórax, evidenciou-se grande massa torácica em hemitórax direito, confirmada posteriormente por tomografia computadorizada. Foi então solicitada broncofibroscopia, que visualizou compressão extrínseca de brônquio intermediário do lobo inferior e lobo médio. A paciente foi indicada a seguir tratamento cirúrgico com toracotomia exploradora, durante a qual se observou uma massa tumoral gigante pediculada em hemitórax direito, consistindo de um tumor fibroso benigno de pleura, posteriormente confirmado pela histopatologia. O tumor teve seu pedículo ligado e foi completamente ressecado. No pós-operatório a paciente evoluiu sem intercorrências e com reversão completa do quadro de hipoglicemia. Permanece assintomática até hoje. **Conclusão:** O referido caso consiste em uma manifestação incomum da doença, haja vista que a paciente relatava ausência de sintomas respiratórios (tosse, dispneia ou dor torácica são os sintomas mais comuns e estão presentes em 30 a 40% dos casos) e abriu o quadro com hipoglicemias de repetição, sinal esse presente em apenas 4% dos casos, estando geralmente associado a grandes massas tumorais produtoras de peptídeos com ação insulín-like.

PO.036 RUPTURA DE ANEURISMA DE RASMUSSEN – RELATO DE CASO

GUILHERME CANÇADO REZENDE; BRUNO FERREIRA LUITGARDS; ANDRÉ LUÍS DE AQUINO CARVALHO; NUNO FEVEREIRO FERREIRA DE LIMA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, DF

Introdução: Apesar de descrito há décadas, hoje em dia a ruptura do aneurisma de Rasmussen é uma complicação rara da tuberculose pulmonar. Sua principal manifestação clínica é a hemoptise de grande monta e sua incidência não é bem determinada. Forma-se a partir da erosão das paredes da artéria pulmonar em pacientes com cavitações decorrentes da progressão da doença. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de paciente com aneurisma de Rasmussen roto, apresentando hemoptise maciça na sala de cirurgia. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 26 anos, com história de tuberculose pulmonar havia um ano, sem tratamento, procurou atendimento médico apresentando quadro de tosse produtiva e episódios semanais de hemoptise de grande monta fazia dois meses, associada à febre vespertina, calafrios, hiporexia e dispneia em repouso. Foi iniciado tratamento com esquema RIPE e internado para avaliação do quadro. A TC de tórax revelou quadro pulmonar típico de tuberculose miliar, com cavitações bilaterais, sendo a maior em lobo superior esquerdo, onde se notou formação de aneurisma em ramo lobar superior da artéria pulmonar esquerda. Durante a internação, apresentou quadro de empiema à esquerda, tratado com toracocentese. Apesar do tratamento, o paciente persistiu com hemoptise, sendo necessárias várias transfusões, totalizando 1.500 mL de concentrado de hemácias e 1.600 mL de plasma fresco para estabilização hemodinâmica. Após um mês de internação, o paciente foi encaminhado para nossa Instituição para avaliação, sendo indicado o tratamento cirúrgico. Durante a tentativa de intubação

seletiva na mesa de cirurgia, apresentou hemoptise maciça e breve parada cardiorrespiratória com resposta às manobras de reanimação. Após intubação seletiva do brônquio fonte direito, com tubo simples, foi submetido à lobectomia superior esquerda e decorticação pulmonar, sem outras intercorrências. O estudo histopatológico da peça cirúrgica mostrou a presença de grande cavitação e tuberculose pulmonar. O paciente evoluiu bem, com melhora da dispneia e remissão da hemoptise, retornando ao hospital de origem no sétimo dia pós-operatório. **Conclusão:** Em pacientes com hemoptise de grande monta e tuberculose pulmonar ativa, o aneurisma de Rasmussen deve ser suspeitado. A imagem por tomografia computadorizada com contraste é adequada para a detecção do sítio de sangramento nesses casos. O tratamento cirúrgico com ressecção do lobo comprometido é uma opção naqueles pacientes com sangramento persistente. O ponto crítico da condução desses pacientes é a intubação seletiva, com o objetivo de isolar o pulmão ipsilateral ao sangramento. Nesse caso específico, ao posicionarmos o tubo seletivo, houve uma inundação da árvore brônquica bilateralmente pelo sangramento ativo. Conseguimos aspirar e posicionar um tubo simples no brônquio fonte direito, o que permitiu proceder à operação sem outros problemas.

PO.037 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DO TIMOMA – RELATO DE CASO

GUILHERME CANÇADO REZENDE; BRUNO FERREIRA LUITGARDS; ANDRÉ LUÍS DE AQUINO CARVALHO; NUNO FEVEREIRO FERREIRA DE LIMA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, DF

Introdução: O timoma é um importante diagnóstico diferencial a ser considerado em pacientes com massa mediastinal. É o tumor mais frequente do mediastino anterior, compreendendo aproximadamente 20 a 30% das massas mediastinais em adultos. Geralmente se apresentam como tumores sólidos, mas em até um terço dos casos pode se constituir de componentes necróticos, hemorrágicos ou císticos. Acometem geralmente indivíduos na 5ª e 6ª décadas de vida, sendo relativamente raros em pacientes abaixo de 40 anos de idade. Apesar de muitas vezes serem diagnosticados em radiografias de tórax de rotina, os pacientes com timoma podem apresentar quadro clínico inespecífico, sendo descritos sintomas como tosse, dispneia, dor torácica, perda de peso e queda do estado geral. O tumor, por sua vez, pode ter características peculiares em sua apresentação clínica, sugerindo até um processo inflamatório agudo associado, como no caso a seguir. **Relato de Caso:** Paciente de 36 anos, sexo feminino, procurou atendimento médico com quadro de dor torácica anterior à direita havia seis meses, irradiada para dorso, com início recente de febre associada. Foi iniciada investigação diagnóstica com suspeita de pneumonia, sendo solicitados exames complementares. Exames de imagem mostraram massa em mediastino anterior de 6,5 cm, estendendo-se para a direita, com derrame pleural ipsilateral. Foi submetida à biópsia transtorácica guiada por tomografia sem diagnóstico conclusivo. Exames de marcadores tumorais sem alterações. Apresentou no acompanhamento pré-operatório redução considerável da lesão mediastinal e resolução espontânea do derrame pleural, com desaparecimento da febre. Foi submetida à videotoroscopia, não sendo observado derrame pleural ou implantes intratorácicos, procedendo-se então a timectomia videoassistida sem intercorrências. Exame histopatológico demonstrou tratar-se de timoma com extensas áreas de

necrose (97%), confirmado com estudo imuno-histoquímico. A paciente recebeu alta no primeiro dia pós-operatório, com acompanhamento ambulatorial periódico. **Conclusão:** O interesse desse caso de timoma em uma paciente jovem é o fato de se apresentar inicialmente como uma lesão volumosa, associada a um derrame pleural considerável, febre e, após dois meses de acompanhamento, evoluir com resolução espontânea do derrame e redução do tamanho do tumor. O exame histopatológico não encontrou tumor cístico ou sinais de hemorragia, demonstrando proliferação de linfócitos e células epiteliais em meio à extensa área de necrose. Tal fato pode ser atribuído a um processo inflamatório agudo intenso no local, que não correspondeu à progressão da doença ou à hemorragia intratumoral. O caso apresentado chama a atenção para uma apresentação atípica de tumor tímico.

PO.038 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA ESTRANGULADA

GERALDO ANTÔNIO DE MEDEIROS; GUSTAVO FERREIRA ARARUNA; JUAREZ CARLOS RITTER; RIVALDO FERNANDES FILHO; TALITA PÍCANÇO ARAÚJO; VANESSA MICHEL REIS; ARYELA BERGAMIN
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE FCM-CG E HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, PB

Introdução: A ruptura traumática do diafragma (RTD) é uma condição incomum, resultante de impacto sobre o tronco, aumento da pressão intra-abdominal e consequente lesão frênica. Ocorre em 5% dos pacientes com trauma tóraco-abdominal grave. Hemiação de vísceras abdominais para o tórax em 45 a 60% dos casos. O trauma fechado responde por 75% das lesões; 25% resultam de trauma penetrante. A maioria das lesões não é diagnosticada prontamente, uma vez que seus sinais e sintomas, inclusive radiológicos, não são específicos, sendo frequentemente atribuídos a outras lesões mais comuns. Assim, a RTD pode não ser reconhecida e tratada imediatamente, resultando, após um período latente, em hemiação progressiva de estruturas abdominais para o tórax, o que pode determinar estrangulamento visceral, com morbidade elevada. **Objetivo:** Descrever o relato de um caso de estrangulamento de vísceras abdominais na cavidade torácica atendido no serviço. **Método:** E.L., 35 anos, masculino, com antecedente traumático de acidente automobilístico havia 7 meses. Admitido em setembro de 2008 no serviço com história de obstrução intestinal, tendo sido submetido à laparotomia e lise de aderências ao nível do ceco. Evoluiu com quadro séptico e piora progressiva da distensão abdominal. No 10º DPO, apresentou dispneia intensa e a radiografia demonstrou hidropneumotórax hipertensivo à direita. Submetido à drenagem pleural direita, com melhora imediata do padrão respiratório, porém a drenagem evidenciou a saída de ar, pus e fezes. A análise das radiografias anteriores mostrou a presença de hérnia diafragmática à esquerda despercebida pela equipe da emergência, o que sugeriu o diagnóstico de hérnia diafragmática estrangulada. Submetido à toracotomia esquerda, colorrafia, frenorráfia, decorticação pulmonar, além de laparotomia, colostomia em alça proximal. Evoluiu satisfatoriamente, tendo recebido alta hospitalar no 20º DPO. No seguimento de 2 meses, por conta da empiema pleural fase III, foi tratado adequadamente com retalho pleurocutâneo. **Conclusão:** As hérnias diafragmáticas traumáticas são raras e possuem uma sintomatologia pobre, sendo assim de difícil diagnóstico. Quando este

é realizado tardiamente, a morbidade é elevada, não só pela maior complexidade do tratamento cirúrgico, mas também pela intensa resposta inflamatória gerada pelo encarceramento e estrangulamento de estruturas herniadas na cavidade pleural. A anamnese cuidadosa poderá facilitar o diagnóstico, diminuindo os riscos do tratamento retardado. A radiografia do tórax e a seriografia esofagogastroduodenal são os exames complementares de eleição. O tratamento cirúrgico urgente por via abdominal é o de eleição, enquanto a toracotomia deverá ser preferida nos casos de diagnóstico tardio ou estrangulamento.

PO.039 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO ASSOCIADO À RUPTURA DE NÓDULO PULMONAR REUMATOIDE – RELATO DE CASO

JULIANA DIAS NASCIMENTO FERREIRA; MARCUS DA MATTA ABREU; JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; EDMÍLTON PEREIRA DE ALMEIDA; VÁGNER CAMPOS SILVA; LAYCE ALVES DA CRUZ TEIXEIRA; FREDERICO MOREIRA CARDOSO AYRES

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS UFJF, ASCOMCER, HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E MONTE SINAI - JUIZ DE FORA, MG

Introdução: O pneumotórax espontâneo secundário à doença pulmonar nodular reumatoide é uma complicação rara da artrite reumatoide (AR). Os nódulos pulmonares podem ser detectados por radiografia de tórax em apenas 1% dos pacientes com AR e por tomografia computadorizada (TC) em 22%. A maior parte dos nódulos tem localização subpleural e são assintomáticos. Existem poucas descrições dessa complicação na literatura. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de uma paciente com diagnóstico de pneumotórax espontâneo secundário associado à ruptura de nódulo pulmonar reumatoide. **Método:** Revisão da literatura crítica e avaliação da paciente após 7 meses de pós-operatório. **Relato de Caso:** Paciente de 51 anos, feminina, portadora de AR havia 20 anos. Transferida para nosso serviço com quadro de pneumotórax espontâneo à direita. Havia sido submetida à drenagem pleural na cidade de origem fazia 13 dias, com ausência de expansão pulmonar. Durante avaliação para tratamento cirúrgico, TC de tórax evidenciou diversos nódulos pulmonares subpleurais bilaterais. Videotoroscopia mostrou área de necrose do parênquima pulmonar na face diafragmática do lobo inferior direito, com aderência firme junto ao diafragma. Realizou-se rafia dessa região e cobertura com retalho pleural, além de biópsia de nódulo pulmonar no segmento 6. O diagnóstico anatomopatológico confirmou tratar-se de nódulo pulmonar reumatoide. No 10º dia de pós-operatório, a paciente apresentava quadro de recidiva do pneumotórax à direita, sendo então submetida à nova drenagem pleural fechada. Após 48 horas, apresentava-se ainda com quadro de inexpandção pulmonar, sendo indicada re-intervenção cirúrgica, a qual evidenciou cicatrização completa do foco de necrose pulmonar que originou o episódio inicial, porém extensa necrose de parênquima pulmonar na região de realização da biópsia do nódulo. Realizado desbridamento e síntese. Nas primeiras 72 horas a paciente evoluiu de forma satisfatória, porém após esse período obteve aumento importante da fuga aérea e colapso pulmonar parcial. Instituído programa de fisioterapia intensivo, com ventilação pulmonar não invasiva e colocação do dreno pleural em aspiração contínua, porém sem reversão do quadro. Após 12 dias, instalou-se quadro de empiema pleural. No 26º dia de pós-operatório

da re-intervenção torácica, com o quadro clínico estável, realizou-se pleurostomia à Eloesser, com controle adequado do quadro infeccioso e alta hospitalar após 3 dias. A paciente encontra-se no 7º mês de pós-operatório, bem clinicamente. **Conclusão:** O pneumotórax é complicação rara relacionado à artrite reumatoide e seu tratamento é complexo por conta das características próprias do processo inflamatório relacionado à doença de base e à imunossupressão causada pelo tratamento.

PO.040 HEMOPTISE POR MICETOMA EM PULMÃO ÚNICO PÓS-PNEUMONECTOMIA

GERALDO ANTÔNIO DE MEDEIROS; GUSTAVO FERREIRA ARARUNA; JUAREZ CARLOS RITTER; RIVALDO FERNANDES FILHO; TALITA PICAÑO ARAÚJO; VANESSA MICHEL REIS; ARYELA BERGAMIN

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE FCM-CG, HOSPITAL PEDRO I - CAMPINA GRANDE, PB

Introdução: O micetoma responde por 65% dos casos de aspergilose pulmonar. Trata-se de um novelo de hifas, fibrina, células inflamatórias e material necrótico preenchendo uma cavidade pulmonar residual tendo a tuberculose como sua principal etiologia. Radiologicamente aparece como uma massa que deixa uma meia-lua aérea entre ela e a parede da cavidade, mudando de posição com o decúbito. Os sintomas principais são tosse produtiva mucopurulenta hemorrágica e hemoptise. O sangramento é atribuído à erosão das paredes da cavidade pelo atrito da massa e/ou à ação de endotoxinas do fungo, causando lesão dos aneurismas de Rasmussen, oriundos da circulação brônquica. O melhor tratamento é o cirúrgico com baixo risco e cura em longo prazo para os casos simples. A embolização das artérias brônquicas é uma boa alternativa para a estabilização clínica e o controle da hemoptise. Nos casos mais complexos, com extensas sequelas e reserva funcional proibitiva à cirurgia, a cavernostomia seguida de mioplastia é uma alternativa viável. **Objetivo:** Descrever o relato de um caso de micetoma em pulmão único pós-pneumonectomia por tuberculose, atendido no serviço. **Método:** M.J.S., 43 anos, feminina, realizou tratamento para tuberculose na década de 80, tendo evoluído com bronquiectasias e pulmão esquerdo destruído. Foi submetida à pneumonectomia esquerda em 1987. Anos mais tarde, em abril de 2007, procurou nosso serviço com queixa de hemoptise de repetição e imagem radiológica sugestiva de micetoma no lobo superior direito. Sua reserva funcional não permitia nenhuma ressecção pulmonar maior e, apesar do tratamento clínico, persistia com hemoptise. Foi submetida à toracotomia axilar direita para realização de cavernostomia, porém não havia sínfise pleural adequada ao procedimento, o que nos levou a optar pela realização de uma cavernotomia, seguida de exérese do micetoma, eletrocoagulação das paredes da caverna, broncorrafia de brônquios que se abriam para a cavidade e obliteração da caverna pela sutura intracavitária e pneumorrafia. A paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. Seguimento de 2 anos, mostra completa obliteração da cavidade e ausência de hemoptise durante o período de observação. **Conclusão:** Os autores concluem que o melhor tratamento para o micetoma é a ressecção cirúrgica da área acometida. Para pacientes com baixa reserva funcional, porém, a cavernostomia é o método de eleição para esses casos; entretanto, exige a presença de uma sínfise pleural prévia na área do micetoma. A técnica utilizada nesse caso poderá ser uma alternativa para os

casos em que essa pleurodese não esteja presente durante o procedimento inicial.

PO.041 ESTENOSE TRAQUEAL BENIGNA: EXPERIÊNCIA EM 175 TRAQUEOPLASTIAS CONSECUTIVAS

ANTÔNIO BENTO DE CARVALHO FILHO; FILIPE ANDRADE; LUIZ FELIPPE JÚDICE; LUIZ MAURÍCIO RAMOS; MARCELLE LESSA; OMAR MOTÉ MOURAD; PEDRO ABRAHÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. SETOR DE CIRURGIA TORÁCICA, RJ

Introdução: A estenose laringotraqueal é doença de manuseio difícil e tem múltiplas etiologias, no entanto a mais comum é aquela secundária à intubação e/ou traqueostomia. No período entre março de 1974 e dezembro de 2010, 449 pacientes portadores de lesões da via aérea principal foram prospectivamente inseridos no banco de dados de traqueia do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Antônio Pedro. Desses pacientes, 367 (81,7%) eram portadores de lesões obstrutivas de etiologia benigna. **Método:** Este é um estudo retrospectivo sobre os 175 pacientes que naquele período foram submetidos à traqueoplastia por estenose de traqueia de etiologia benigna. Foram analisados os prontuários de 130 pacientes do sexo masculino e 45 do sexo feminino, com idade média de 29,54 anos. Observamos estenoses acometendo traqueia em seu terço proximal (45,9%), laringe (18,6%), traqueia no seu terço médio (13,9%) e no seu terço distal (1,2%), além de formas associadas (22,7%). Quanto à etiologia, as estenoses foram secundárias à intubação prolongada, principalmente após politrauma (61,7%), a acidente vascular encefálico e outras doenças neurológicas (10,8%), a infarto agudo do miocárdio (4,2%) e intoxicação exógena (3,6%). O acesso cirúrgico preferencial foi a cervicotomia (85,8%) e a cirurgia mais realizada foi a ressecção traqueal (70,1%) seguida da ressecção laringotraqueal (20,7%) e cirurgias de alargamento laringotraqueal (9,2%). **Resultados:** A incidência global de complicações foi de 20,8%. A incidência de reestenoses sintomáticas ou endoscopicamente significativas foi de 4,7%, porém nenhum desses pacientes necessitou de reoperação. A incidência de infecção foi de 5,8% e a ocorrência de algum grau de deiscência foi de 1,9%. Não se observou nenhum caso de mortalidade pré ou pós-operatória. **Conclusões:** A análise dos dados apresentados demonstra que, em nossa experiência, a cirurgia de traqueoplastia para estenoses laringotraqueais de natureza benigna é um procedimento seguro com baixo índice de complicações, excelente resultado funcional e mortalidade pré e pós-operatória de 0%.

PO.042 LACERAÇÃO TRAQUEO-ESOFÁGICA SECUNDÁRIA A TRAUMA CERVICAL CONTUSO

JULIANA DIAS NASCIMENTO FERREIRA; MARCUS DA MATTA ABREU; JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; EDMÍLTON PEREIRA DE ALMEIDA; VÁGNER CAMPOS SILVA; ROBERTO MARCELLUS DE BARROS SENA; FREDERICO MONTEIRO DE OLIVEIRA

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS UFJF, ASCOMCER, HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E MONTE SINAI - JUIZ DE FORA, MG

Introdução: A laceração traqueal e esofágica combinadas associa-se mais comumente ao trauma cervical penetrante, sendo raros os relatos de sua ocorrência no trauma contuso. Trata-se de condição ameaçadora à vida e seu diagnóstico rápido e tratamento eficaz resultam não só em diminuição

da mortalidade, mas também são importantes na prevenção de sequelas. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de um paciente com diagnóstico de laceração traqueo-esofágica secundária a trauma cervical contuso. **Método:** Revisão da literatura crítica e avaliação da paciente após 7 meses de pós-operatório. **Relato de Caso:** Paciente de 21 anos, masculino, vítima de trauma automobilístico com motocicleta, deparando-se subitamente com uma corda, provocando um mecanismo de trauma conhecido como "clothesline". Deu entrada no pronto atendimento do nosso serviço após 2 horas de evolução, com rebaixamento do nível de consciência, respiração agônica, enfisema subcutâneo e escoriação cervical; à palpação cervical não se notava a traqueia. O paciente foi imediatamente submetido à incisão em colar na sala de urgência que evidenciou a separação completa da traqueia e esôfago com maceração dos bordos. Após canulação da traqueia distal, foi levado ao centro cirúrgico onde foi submetido à rafia primária da traqueia e esôfago com interposição de musculatura infra-hioide e drenagem cervical e traqueostomia de proteção. Evoluiu com paresia das cordas vocais no pós-operatório, sendo decanulado após 21 dias, período no qual adquiriu mecanismos protetores das vias aéreas. A anastomose esofágica evoluiu sem complicações. O paciente encontra-se no 10º mês de pós-operatório, alimentando-se por via oral, respirando sem cânula e com disfonia respondendo progressivamente ao tratamento fonoaudiológico, tendo retornado às suas atividades sociais e laborativas. **Conclusão:** A intervenção precoce no trauma traqueo-esofágico permite medidas de reconstrução primária com alto grau de resolutividade em função da pequena contaminação local, abreviando o tempo de tratamento e oferecendo uma opção que possibilita ao paciente um retorno precoce às atividades sociais e laborativas com mínima seqüela.

PO.043 COMPLICAÇÕES BRONCO-PULMONARES DAS ENDOPRÓTESES AÓRTICAS

ANDRÉ LUCIANO B. PEREIRA; FELIPE BRAGA; FELIPE MURAD; GUILHERME SARAIVA HADDAD; HENRIQUE MURAD; MÁRIO CELSO M. REIS; RUI HADDAD; TADEU DINIZ FERREIRA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO - RIO DE JANEIRO, RJ - CURSOS DE CIRURGIA TORÁCICA E DE CIRURGIA CARDÍACA E FM - UFRJ - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Introdução: O uso de endopróteses está cada vez mais se consolidando no tratamento de doenças vasculares. O seu uso indiscriminado, no início da experiência, gerou complicações que podem ser de difícil resolução. Entre essas se situa a fistula bronco-aórtica, com infecção crônica da área da endoprótese e de diagnóstico e tratamento, na maioria das vezes, muito complicados. Usualmente essas fistulas bronco-vasculares não sangram por conta da presença e proteção dadas pela endoprótese. **Método:** Os autores apresentam dois casos dessa complicação em pacientes portadores de aneurismas de aorta de etiologias diferentes e tratados de formas diferentes. **Relato de Caso:** Caso 1 - paciente feminina, 74 anos, com aneurisma aterosclerótico de aorta descendente tratado com endoprótese de aorta, apresentou recidiva do aneurisma e foi tratada com inserção de uma segunda endoprótese, de comprimento maior, com sucesso. Alguns anos após, apresentou quadro asmatiforme e foi avaliada com TC de tórax, sendo vista presença de ar em volta da endoprótese. Foi feita broncofibroscopia (BFC) que revelou fistula bronco-aórtica no brônquio do lobo inferior direito,

com saída de secreção purulenta pelo local. Foi tratada com antibióticos e operada com lobectomia inferior esquerda e epiploplastia do coto brônquico e do aneurisma, que foi envolvido com o grande epiplon. A evolução pós-operatória foi sem intercorrências e a paciente já está com 3 anos e meio de PO, assintomática. Caso 2 – paciente masculino, de 54 anos, visto em 2010. Foi operado pela primeira vez de coarctação de aorta em 1989 com anastomose término-terminal, tendo o istmo hipoplásico. Em 1997, apresentou recidiva da coarctação sendo reoperado com ponte entre a aorta ascendente e aorta abdominal por via anterior. Em 2008, apresentou AVE isquêmica, com boa recuperação. Em 2009, foi admitido com hemoptise por aneurisma de aorta na área da coarctação sendo tratado com colocação de duas endopróteses em aorta descendente em posição alta e enxerto carotídeo subclávio esquerdo, sem complicações, reduzindo o tamanho do aneurisma de 9,5 para 5,5 cm de diâmetro. Um ano mais tarde apresentou quadro de infecção do enxerto por fistula aorto-brônquica no brônquio fonte esquerdo, com traqueomalácia importante vista na BFC e uma cintigrafia pulmonar mostrou apenas 5% de ventilação e perfusão no pulmão esquerdo. O paciente já havia feito duas cirurgias de grande porte no abdome, o que nos desencorajou de usar epiplon nessa cirurgia. Foi feita pneumonectomia esquerda e mioplastia com serrátil anterior interposto entre o coto brônquico e o orifício da aorta (com infecção local nítida) e mioplastia com grande dorsal no restante da cavidade pleural esquerda, por conta da infecção do enxerto. A cavidade pleural encontrava-se reduzida pelo aneurisma, por cardiomegalia e pela traqueomalácia que limitava a expansão pulmonar.

PO.044 TRATAMENTO CLÍNICO VERSUS TRATAMENTO CIRÚRGICO NO TÓRAX INSTÁVEL: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

OLIVEIRA, FHS; CARVALHO, PEO; CATANEO, DC; ENAMI, HL; CATANEO, AJM

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Introdução: O traumatismo torácico é responsável por 25% das mortes de pacientes politraumatizados em serviços de emergência. Nos Estados Unidos, 20 a 25% das mortes por trauma são atribuídos à lesão torácica. Além disso, 12% dos pacientes com trauma isolado do tórax não sobrevivem. Perda da continuidade óssea entre um segmento do tórax do restante da caixa torácica caracteriza tórax instável. O tórax instável é caracterizado pela fratura em pelo menos dois pontos de várias costelas consecutivas, levando a respiração paradoxal, que por muito tempo foi considerada a responsável pela alta taxa de mortalidade por trauma torácico grave. No entanto, a contusão pulmonar, ao invés da respiração paradoxal, é a mais provável que seja a principal causa de insuficiência respiratória. Tórax instável não conduz à hipóxia, mas a sua associação com a dor e a contusão pulmonar pode fazê-lo. A partir disso, vários métodos de tratamento foram propostos para a estabilização da caixa torácica. Com o avanço das técnicas de analgesia e ventilação mecânica, morbidade e mortalidade por tórax instável diminuiu, mas vários estudos têm demonstrado que a fixação cirúrgica de fraturas costais tem vantagens em comparação com fixação pneumática. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo avaliar e comparar a efetividade do tratamento cirúrgico das fraturas de costelas no trauma torácico fechado com tórax instável em relação ao tratamento clínico, por uma revisão

sistemática e metanálise. **Método:** Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, orientados pela metodologia da Cochrane, por meio de busca eletrônica (Medline, Lilacs, Embase e Biblioteca da Cochrane). Foram incluídos pacientes com trauma torácico fechado com tórax instável sem distinção de sexo ou idade, incluídos em estudos elegíveis, cujas intervenções foram cirurgia aberta de fixação das fraturas de costelas comparando com os tratamentos clínicos diversos. **Resultados:** Dos 7 trabalhos encontrados pela estratégia de busca, foram selecionados dois trabalhos com as características desejadas (ensaios clínicos randomizados). Trinta e oito pacientes (49,3%) submetidos à cirurgia aberta e 39 (50,7%) submetidos a tratamento clínico. Quando avaliados isoladamente, os trabalhos já são a favor da intervenção cirúrgica, pois diminuem o número de complicações e tempo de cuidados intensivos. Realizando a metanálise, a avaliação estatística dos pacientes nos dois trabalhos é favorável à fixação cirúrgica do tórax instável. **Conclusão:** Apesar do número reduzido de trabalhos clínicos randomizados e do número pequeno de pacientes avaliados, a revisão sistemática com metanálise é uma ferramenta segura para tomada de decisão, a qual favorece a intervenção cirúrgica em pacientes com trauma torácico e tórax instável.

PO.045 PREVALÊNCIA DA HIPERIDROSE NA CIDADE DE BOTUCATU

ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; LUANA CARANDINA; LÍDIA RAQUEL DE CARVALHO; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA – FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Introdução: As publicações médicas referem uma estimativa de que a hiperidrose afete 0,6 a 1,0% da população, porém essa afirmativa não tem bases científicas para comprovação. Recentemente nos Estados Unidos foi realizada uma grande amostragem que demonstrou uma prevalência de 2,8%. Aqui no Brasil não temos nenhum estudo a respeito da prevalência de hiperidrose. **Objetivo:** Estabelecer a prevalência da hiperidrose no município de Botucatu. **Método:** Foi realizado um inquérito populacional para identificar os casos de hiperidrose em indivíduos maiores de 5 anos, moradores na zona urbana de Botucatu, localizados por intermédio de amostragem sistemática de conglomerados. Foi calculado um número amostral de 4.033 participantes. Como segundo dados demográficos do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em cada domicílio vivem pouco mais de 3 pessoas, foram pesquisadas 1.344 casas. Foram considerados 200 setores censitários urbanos de Botucatu, excluídos 15 setores rurais e 20 setores distritais. A seguir, foram sorteadas quadras de cada setor para obter 1.350 domicílios e sete entrevistadores previamente treinados foram responsáveis em aplicar um questionário que avaliou a presença de sudorese excessiva. Após análise dos questionários, os indivíduos que referiram hiperidrose foram entrevistados por um médico para confirmação ou não do diagnóstico. **Resultados:** Foram visitados 1.351 domicílios, totalizando 4.113 moradores, sendo 2.150 (52,3%) do sexo feminino. A idade variou de 5 a 97 anos (média \pm DP= 38,3 \pm 21,2). Oitenta e cinco indivíduos (2,07%) queixavam-se de suor excessivo, sendo 51 (60%) do sexo feminino, com idade variando de 5 a 72 anos (média \pm DP= 33,9 \pm 17,3). O efeito psicossocial mais frequente por conta da sudorese foi o constrangimento e

o fator predisponente mais frequente foi o nervosismo. Dos 85 indivíduos, somente 51 (60%) concordaram em receber a visita médica para a confirmação do diagnóstico. Dos 51 entrevistados e examinados, 23 (45%) apresentavam hiperidrose primária, 15 (29,4%) hiperidrose secundária à obesidade, menopausa ou tireopatia e 13 (25,5%) suavam normalmente. Dos indivíduos com hiperidrose secundária, 87% eram mulheres, a maioria acima dos 50 anos e dos indivíduos normais que acreditavam ter hiperidrose, 77% eram homens. Dos indivíduos com hiperidrose primária, 83% eram do sexo feminino. As localizações mais frequentes de suor foram mãos (74%), pés (61%) e axilas (30%). O tempo médio de aparecimento de sintomas foi de $11,5 \pm 9,6$ anos e o pico da faixa etária no início das queixas foi dos 5 aos 10 anos. Sete indivíduos (30%) referiam história familiar de hiperidrose e somente 6 indivíduos (26,1%) já haviam procurado ajuda profissional de um médico. Conclusão: Apesar das queixas de suor excessivo ser maior que 2%, a estimativa da hiperidrose primária na cidade de Botucatu é de 0,93% (45% de 2,07%), com predomínio no sexo feminino.

PO.046 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE TORACOTOMIA

KARINE APARECIDA ARRUDA; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA

Introdução: O procedimento mais comum para avaliação da força dos músculos respiratórios é a mensuração da pressão inspiratória (Plmáx) e da pressão expiratória (PEmáx) máximas, que são aferidas por meio da manovacuometria. A função muscular respiratória anormal no período pré-operatório das toracotomias eletivas está associada à maior incidência de complicações respiratórias no pós-operatório. Os procedimentos cirúrgicos podem afetar a musculatura respiratória por uma série de mecanismos fisiopatológicos, incluindo alterações na mecânica toracoabdominal, reflexos e perda da integridade muscular. **Objetivo:** Avaliar em pacientes submetidos à toracotomia se existe queda da força muscular respiratória no momento da alta hospitalar, tomando como base os valores obtidos no momento pré-operatório. **Método:** Foram incluídos no estudo os pacientes submetidos à toracotomia para cirurgia não cardíaca que tiveram pouca ou nenhuma perda de tecido pulmonar funcionante. As avaliações foram realizadas no pré-operatório (Pré) e no momento da alta hospitalar (PO). Os critérios de exclusão foram: pacientes com enfermidade aguda, hipertensão arterial severa, insuficiência cardíaca descompensada, infarto agudo do miocárdio em menos de 40 dias e doença pulmonar obstrutiva crônica descompensada. Os pacientes foram submetidos, no Pré, à anamnese, exame físico e laboratorial, eletrocardiograma, espirometria, testes de esforço e manovacuometria. A Plmáx e a PEmáx foram obtidas de acordo com as normas da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, com a utilização de um manovacuômetro com capacidade de variação de -200 a +200 cmH₂O. A PI foi realizada a partir do volume residual e a PE da capacidade pulmonar total. Os valores previstos foram calculados segundo Neder

et. al. No momento da alta hospitalar foram repetidos os exames e testes do Pré, com exceção do eletrocardiograma, e todos responderam à escala visual analógica de dor (EVA). **Resultados:** Foram avaliados 23 pacientes, sendo 16 do gênero masculino, com idade média de $52,3 \pm 16,4$ anos. O IMC variou de 18,8 a 35,7 kg/m² (MD=24,7 kg/m²). A média de perda de segmentos pulmonares funcionantes foi 0,65. O tempo de internação no PO foi em média 6 dias. Os valores médios de EVA aumentaram de 0,08 no Pré para 3,0 no PO. Os valores obtidos de Plmáx no Pré variaram de 35 a 140cmH₂O (MD±DP=85,8±28,17cmH₂O) e no PO de 35 a 120cmH₂O (MD=70,7±28,9cmH₂O), com uma queda de 17,6% na força muscular inspiratória. Considerando os valores de Plmáx preditos, houve uma queda da média de 83,4% no Pré para 69,4% no PO. Com relação aos valores de PEmáx, houve uma variação de 65 a 200cmH₂O (MD±DP 110,9±40,1cmH₂O) no Pré e de 30 a 110cmH₂O (MD±DP 73,9±25,9cmH₂O) no PO, obtendo-se uma queda de 33% nos valores de pressões expiratórias. Os valores preditos, no Pré, correspondiam à média de 100,8% e no PO houve queda para 67,7%. **Conclusão:** No PO de toracotomia há piora importante na força muscular, sendo mais acentuada a expiratória.

PO.047 AVALIAÇÃO DO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE TORACOTOMIA

KARINE APARECIDA ARRUDA; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA

Introdução: O teste de caminhada de 6 minutos (TC6) é um exercício muito utilizado em pneumopatas, mas pouco utilizado em pacientes cirúrgicos. Fatores relacionados ao procedimento cirúrgico, como as grandes incisões, podem contribuir para a queda do desempenho durante o teste de exercício cardiopulmonar no pós-operatório. **Objetivo:** Avaliar em pacientes submetidos à toracotomia se existe queda no TC6 no momento da alta hospitalar, tomando como base os valores obtidos no momento pré-operatório. **Método:** Foram incluídos pacientes submetidos à toracotomia para cirurgia não cardíaca que tiveram pouca ou nenhuma perda de tecido pulmonar funcionante. As avaliações foram realizadas no pré-operatório (Pré) e no momento da alta hospitalar (PO). Os critérios de exclusão foram: pacientes com enfermidade aguda, hipertensão arterial severa, insuficiência cardíaca descompensada, infarto agudo do miocárdio em menos de 40 dias e doença pulmonar obstrutiva crônica descompensada. Os candidatos não deveriam apresentar alterações músculo-esqueléticas ou vasculares, que dificultassem a deambulação, e o pulso de repouso deveria estar menor que 120bpm. Os pacientes foram submetidos, no pré-operatório, à anamnese, exames físicos e laboratoriais, eletrocardiograma, espirometria e TC6. O teste foi realizado segundo as normas da American Thoracic Society. Anteriormente e ao final do teste foram avaliadas a frequência de pulso (p), frequência respiratória (f), saturação de oxigênio (SpO₂) e escala de Borg (respiratória e de MMII). No momento da alta foram repetidos os exames e testes do Pré, com exceção do eletrocardiograma. E

todos responderam à escala visual analógica de dor (EVA). **Resultados:** Foram avaliados 20 pacientes, 5 do gênero feminino e 15 masculinos, com idade de $53,3 \pm 17,3$ anos. O peso variou de 53 a 107 kg ($MD \pm DP = 71 \pm 14,5$ kg), a altura de 154 a 180 cm ($MD \pm DP = 166,6 \pm 7,3$ cm), com IMC médio de 25,5 kg/m². A média de perda de segmentos pulmonares funcionantes foi 0,7. Os dias de internação no pós-operatório foram em média 6 dias. Os valores médios de EVA aumentaram de 0,1 no Pré para 2,8 no PO. A média \pm desvio padrão dos valores obtidos no TC6 do Pré foi de $541,4 \pm 84,5$ m e no PO de $378,9 \pm 101,7$ m, com queda média de 162,5m correspondendo a uma piora de 30% na performance. Mesmo caminhando uma menor distância, a queda da saturação foi 37% maior após o TC6 no PO, e a escala de Borg respiratória também mostrou que a dificuldade para realizar essa caminhada também foi maior. **Conclusão:** No PO de toracotomia há piora importante na performance do TC6, mesmo quando a perda de segmentos pulmonares funcionantes é nula ou quase nula.

PO.048 EFETIVIDADE DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA PERFURAÇÃO ESOFÁGICA – REVISÃO SISTEMÁTICA

DANIELE CRISTINA CATANEO; CLÁUDIA NISHIDA HASIMOTO; RAFAEL THOMAZI; LUIZ GUSTAVO LIMA DE OLIVEIRA; PAULO EDUARDO OLIVEIRA CARVALHO; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP – DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA

Introdução: Perfuração esofágica é uma enfermidade relativamente incomum, porém com alto grau de dificuldade no diagnóstico e ainda controversa no tratamento. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo avaliar a efetividade do tratamento reparador para correção da perfuração esofágica em relação ao tratamento conservador. **Método:** Revisão de ensaios clínicos aleatorizados ou, na falta desses, de estudos com níveis de evidência inferiores. **Resultados:** Como não foram encontrados ensaios clínicos aleatorizados, foram analisados 35 artigos de série de casos retrospectivos que preenchiam os critérios de inclusão, somando no total 1.753 pacientes. As principais etiologias das perfurações esofágicas foram iatrogênicas em 60,3% dos casos, espontânea em 15,1%, traumática em 11,5% e corpo estranho em 6,4%. A localização mais frequente foi a torácica (62,5%), seguida pela cervical (24,1%) e abdominal (13,3%). O método de diagnóstico mais comum foi a associação de exame de imagem com a apresentação clínica (88,9%). Dor (60,3%), febre (35,3%), dispneia (26,3%) e derrame pleural (11,6%) foram os sinais e sintomas mais relatados. O tratamento conservador foi empregado em 31% dos casos e o reparador em 66%, em 3% dos casos nenhum tratamento foi realizado. A mortalidade foi de 11% nas perfurações iatrogênicas, 31% nas espontâneas, 20% nas traumáticas e 5% nos corpos estranhos. Em relação à localização, a perfuração cervical teve mortalidade de 7%, a torácica de 26% e a abdominal de 25%. Entre os pacientes que receberam tratamento conservador, 19% morreram e entre os que receberam tratamento reparador, 20% morreram. Quando o diagnóstico foi feito em menos de 24 horas da perfuração a mortalidade foi de 18% e quando feito depois de 24 horas foi de 41%. **Conclusões:** Não existe diferença na mortalidade entre os

dois tipos de tratamentos, conservador ou reparador. A mortalidade dobra no diagnóstico tardio. O prognóstico na localização cervical é quatro vezes melhor. A mortalidade é maior nas perfurações espontâneas e cáusticas; menor nas iatrogênicas e por corpo estranho.

PO.049 CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO DE COSTELA – RELATO DE 4 CASOS OPERADOS

AMORIM, E; VEIGA FILHO, A
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA, MA

Introdução: O cisto ósseo aneurismático é uma lesão pouco frequente que compromete menos de 1,3% de todos os tumores ósseos. Não é uma neoplasia verdadeira, porém se comporta como tal. Predomina em crianças e adultos jovens, acometendo principalmente as extremidades de ossos longos ou coluna vertebral, e seu tratamento não se encontra totalmente estabelecido. Corresponde a cerca de 3% de todos os cistos aqueles que acometem as costelas. **Relato de Casos:** Relatamos 4 casos de pacientes do sexo feminino, idade variando de 12 a 52 anos, admitidas no setor de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra, da Universidade Federal do Maranhão (HUPD-UFMA), com queixa de dor torácica, associada a aumento de volume em um período que variou de 1 a 2 anos. Todas as doentes realizaram radiografia simples do tórax e tomografia computadorizada, e foi evidenciado, em todas, lesão do arco costal, de aspecto cístico, com sinais de lise óssea. Após exames pré-operatórios, foram submetidas a uma toracotomia posterolateral sob anestesia geral, tendo sido encontradas e ressecadas massas císticas com margem de segurança. Após o procedimento, evidenciou-se drenagem fechada em selo d'água com dreno torácico 32F. O dreno permaneceu por 48 horas do período pós-operatório e entre o quarto e sexto dias receberam alta hospitalar para seguimento ambulatorial. Todas as peças foram enviadas para exame histopatológico, cujos resultados foram: cisto ósseo aneurismático. **Discussão:** O cisto ósseo aneurismático é uma lesão que acomete principalmente a metáfise de ossos longos e região posterior das vértebras, com predominância no sexo feminino e abaixo dos 20 anos de idade 1. A literatura mostra que apenas 3% dos cistos ósseos aneurismáticos acometem as costelas 2. Ainda há controvérsias em relação à sua etiologia, se realmente é uma lesão distinta ou alteração fisiopatológica de neoplasia preexistente 15. Pois poderia traduzir alteração arteriovenosa de uma lesão primária como o tumor de células gigantes, o osteoblastoma, o condroblastoma epifísario e até mesmo o osteossarcoma. Apresenta comportamento de lesão maligna, tendo em vista sua rápida expansão e agressividade local 2 4. **Conclusão:** As manifestações clínicas dependem do osso acometido, mas em geral há aumento de volume local associado a edema, hipersensibilidade à palpação e dor local com semanas ou mesmo meses de evolução. Radiologicamente mostram-se como lesão lítica, radiolúcida, excêntrica, expansiva e com destruição ou diminuição da espessura cortical 2. O diagnóstico baseia-se na correlação de dados clínicos, radiológicos e histológico da peça cirúrgica e os tratamentos mais utilizados são a ressecção cirúrgica, embolização com polivinil-álcool, preenchimento do cisto com cianoacrilato ou amputação 3. No caso exposto, a opção de tratamento

escolhida foi a ressecção da costela acometida, com margem de segurança.

PO.050 TAMPONAMENTO CARDÍACO TARDIO – RELATO DE CASO

ANDRÉ GALANTE ALENCAR ARANHA; ARNALDO TERUYA; RUY DE BARROS JR.; THABBTA DE OLIVEIRA NACIFF SILVEIRA VIANNA

HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO – FACULDADE DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSIADA

Introdução: Mortalidade por ferimentos cardíacos pode ocorrer em até 80% dos casos, dependendo do mecanismo de trauma e presença de tamponamento. Apesar dos avanços tecnológicos das últimas décadas, essa mortalidade não mudou. O tamponamento tardio é citado como raro, podendo ocorrer em traumas cardíacos penetrantes ou contusos. **Relato de Caso:** I.D., homem, 23 anos, natural e procedente de São Vicente. **QD:** falta de ar havia uma semana. **HPMA:** refere cansaço fácil com piora progressiva havia uma semana. Nas últimas 24h, muita dispneia aos pequenos esforços, procurando assistência médica. **AP:** refere ferimento por arma branca em tórax havia aproximadamente dois meses e meio. Após discussão familiar, tentou suicídio com autoagressão. Apunhalou-se várias vezes, com uma faca grande de cozinha, na porção anterior do hemitórax esquerdo, até que sentiu a faca aprofundar-se, cessando a autoagressão. Encaminhado à assistência emergencial, ficou internado por uma semana com dreno torácico à esquerda. **EFG:** REG, acianótico, azebril, dispneico +/4+, descorado +/4+, anictérico, hidratado, **EFE:** CV: BR hipofonéticas +/4+ sem SA, PA 12 x 8cmHg, FC 90bpm **RESP:** Expansibilidade torácica preservada com FTV e MV reduzidos bilateralmente 1/3 inferior e médio. **Abdome:** NDN. **Membros:** NDN. **Exames laboratoriais.** Hb 10,5. Ht 30 Leucócitos 11.000 sem desvio. Sódio, potássio, ureia, creatinina e coagulograma normais. **Radiografia de tórax** com velamento de dois terços inferiores do hemitórax esquerdo, grande aumento de área cardíaca. **Tomografia de tórax** com derrame pleural bilateral pequeno a moderado, septado à esquerda com volumoso derrame pericárdico. **Ecocardiograma** indisponível. **Conduta:** acesso venoso central e calibroso seguido de pericardiocentese com cateter tipo “intracath”, multiperfurado, drenando aproximadamente 1.500 ml líquido hemorrágico escuro incoagulável. Anestesia geral com toracotomia anterolateral esquerda. Identificado hemotórax coagulado pequeno, grande formação cística para cardíaca à esquerda. Esta se rompe durante sua dissecação, com saída de grande quantidade de líquido hemorrágico escuro. Identificado orifício na porção medial da estrutura cística junto ao mediastino, comunicando-se com a cavidade pericárdica. Abertura pericárdica identificando resíduos de fibrina, líquido residual hemorrágico, sem sangramentos ativos. Desbridamento e lavagem das cavidades pleural e pericárdica e drenagem da pleura com manutenção de janela pericardiopleural. Paciente evoluiu satisfatoriamente com alta após sete dias e controle radiográfico em 30 dias normal. **Conclusão:** Como o tamponamento se desenvolve semanas após o trauma, pode ser difícil relacionar a situação clínica com o incidente, retardando o diagnóstico e o tratamento, inclusive com exames de radiografia, ecocardiograma e medida de pressão venosa central normais em um primeiro atendimento. O diagnóstico pode ser prejudicado em casos de lesões múltiplas ou hipovolemia.

PO.051 LOBECTOMIA VIDEOASSISTIDA – EXPERIÊNCIA INICIAL

JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA; MARCUS DA MATTA ABREU; ELIAS DE OLIVEIRA MORAES; GUILHERME DE ABREU RODRIGUES; AIMEE CABRAL RAMALHETE; RAFAEL RODRIGUES SILVA

ASCOMCER

Introdução: Atualmente, a lobectomia pulmonar videoassistida vem ganhando popularidade entre os cirurgiões torácicos em todo o mundo. Diversos estudos demonstraram sua eficácia como método para o tratamento das neoplasias malignas, levando a resultados comparáveis aos da cirurgia convencional e a procura por procedimentos menos invasivos, com menor morbidade se torna imperativa. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é relatar a experiência inicial do nosso serviço com a realização de lobectomias pulmonares videoassistidas. **Método:** Descrição de 4 cirurgias realizadas em nosso serviço no ano de 2010. **Resultados:** Iniciamos o nosso programa de lobectomias videoassistidas pela realização de cursos de cirurgia experimental realizadas por membros da equipe, associados a visitas de serviços internacionais para a observação de cirurgias ao vivo, associadas à extensa revisão da literatura sobre questões técnicas relacionadas ao procedimento. Realizamos 4 procedimentos, sendo 3 lobectomias inferiores esquerdas e 1 lobectomia superior direita. Achamos conveniente empregar a técnica realizada e descrita por Flores R, do Serviço de Cirurgia Torácica do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, de Nova Iorque. As cirurgias foram realizadas por meio de 3 portais, sendo 1 de 4 cm, utilitário, por onde se realizou a maioria das disseções; não utilizamos afastamento costal. Todos os pacientes foram submetidos à drenagem pleural com dreno único, 28F. Não tivemos complicações de maior importância no pós-operatório e os pacientes permaneceram com dreno entre 2 e 4 dias, com alta hospitalar entre 3 e 7 dias. Durante essa experiência inicial, foi necessária a conversão em 2 outros casos onde a toracosopia foi a via inicial de abordagem, sendo um caso por aderência pleuro-pulmonar e 1 caso por sangramento proveniente do parênquima pulmonar e que impossibilitou a dissecação segura dos elementos hilares. **Conclusão:** Os procedimentos cirúrgicos torácicos de grande porte como as lobectomias são factíveis por técnicas minimamente invasivas. Para o sucesso do método, ele deve ser realizado por equipes com grande experiência na técnica aberta; o início da curva de aprendizado deve ser feita por meio de treinamento assistido; o material a ser utilizado deve ser adequado e cada equipe deve escolher a abordagem técnica que torne o ato factível dentro de sua experiência.

PO.052 A UTILIZAÇÃO DE ENDOPRÓTESES PARA O TRATAMENTO DA ESTENOSE TRAQUEAL BENIGNA

JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA; MARCUS DA MATTA ABREU; ELIAS DE OLIVEIRA MORAES

HOSPITAL MONTE SINAI

Introdução: O tratamento da estenose traqueal relacionada à ventilação mecânica por vezes é complexo e tem a cirurgia como sua principal modalidade. As próteses são utilizadas como paliativos até que o processo inflamatório esteja controlado permitindo cirurgia com melhores resultados ou, como procedimento definitivo, em pacientes de alto risco

cirúrgico ou cujas estenoses não sejam passíveis de ressecção e anastomose. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é relatar a experiência do nosso serviço com a utilização de endopróteses para o tratamento das estenoses traqueais benignas. **Método:** Estudo retrospectivo dos prontuários dos pacientes tratados em nosso serviço entre março de 2008 e novembro de 2010. **Resultados:** Sete pacientes portadores de estenose traqueal benigna relacionada à ventilação mecânica foram tratados em nosso serviço pela utilização de endoprótese de silicone Stening®. Todos os pacientes foram avaliados por broncofibroscopia e tomografia computadorizada do tórax. A escolha do tamanho da prótese foi feita com auxílio dos dados obtidos por exames complementares. Todos os pacientes foram submetidos à dilatação traqueal com broncoscópio rígido previamente à colocação das próteses. Para a inserção das próteses, realizamos laringoscopia com laringoscópio convencional e a introduzimos acoplada na extremidade distal do broncoscópio. Pinças de biópsia foram utilizadas para o posicionamento das próteses. Encontramos dificuldade técnica em 3 casos, exigindo a repetição do procedimento por mais de uma vez até que se atingisse o objetivo. Tivemos 2 complicações, a saber: um paciente permaneceu sintomático por conta da malácie distal à prótese, sendo encaminhado para colocação de prótese bifurcada em Y e outro paciente apresentou tosse de difícil controle e encontra-se em avaliação para retirada da prótese. Todos os pacientes dessa série são portadores de comorbidades que impossibilitam o tratamento cirúrgico definitivo ou são portadores de lesões inabordáveis cirurgicamente e estão sendo mantidos por tempo prolongado com as próteses, assintomáticos do ponto de vista respiratório. **Conclusão:** A utilização das endopróteses de silicone para o tratamento da estenose benigna das vias aéreas é um procedimento eficaz no alívio dos sintomas, de fácil realização e com um baixo índice de complicações. Em comparação com a prótese de Montgomery, apresenta a vantagem de melhor efeito cosmético.

PO.053 A VIDEOTORACOSCOPIA PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS TORÁCICAS – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO

JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA; MARCUS DA MATTA ABREU; GUILHERME DE ABREU RODRIGUES; AIMÉE CABRAL RAMALHETE; RAFAEL RODRIGUES SILVA; ELIAS DE OLIVEIRA MORAES
ASCOMCER

Introdução: Atualmente, os procedimentos cirúrgicos torácicos minimamente invasivos ganham cada vez mais popularidade entre os cirurgiões, por conta dos seus inegáveis benefícios relacionados a um melhor efeito cosmético, menor tempo de internação hospitalar, menores custos e a menor incidência de complicações relacionadas à incisão cirúrgica. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é relatar a experiência do nosso serviço com a utilização da videotoracoscopia para o diagnóstico e tratamento das doenças torácicas. **Método:** Estudo retrospectivo dos prontuários dos pacientes tratados em nosso serviço entre janeiro de 2008 e novembro de 2010. **Resultados:** Durante o período de avaliação, realizamos 9 esofagectomias, 12 ressecções de tumores do mediastino, 5 timectomias para o tratamento de miastenia gravis, 3 lobectomias pulmonares, 6 ressecções de bolhas, 46 ressecções pulmonares em

cunha, incluindo biópsias em pneumopatias intersticiais difusas e ressecções de nódulos pulmonares com o intuito diagnóstico, além de 5 metastasectomias pulmonares, além de procedimentos diagnósticos e curativos sobre a cavidade pleural. Utilizamos na totalidade dos casos 1 único dreno pleural 28F. Os resultados, quando comparados com séries históricas, mostram uma recuperação funcional precoce e maior índice de satisfação por parte dos pacientes. Os casos onde foi necessária conversão para cirurgia convencional estiveram principalmente relacionados a nódulos profundos no parênquima pulmonar, indetectáveis por videocirurgia (4 casos) ou por sangramento (1 caso). Tivemos 2 casos de empiema pleural e 4 pacientes com fuga aérea prolongada. **Conclusão:** A utilização da videotoracoscopia para o diagnóstico e tratamento das doenças torácicas é um método seguro e eficaz. A abordagem minimamente invasiva promove uma melhor recuperação funcional e uma inegável vantagem cosmética, podendo estar relacionada inclusive a menor tempo de internação hospitalar, retorno precoce às atividades laborativas e um melhor grau de satisfação por parte dos pacientes.

PO.054 DEBRIDAMENTO PLEURAL VIDEOASSISTIDO NO EMPIEMA EM FASE DE ORGANIZAÇÃO

DARCY RIBEIRO PINTO FILHO; ALEXANDRE AVINO; SUZAN BRANCHER BRANDÃO

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, RS

Introdução: A clássica correlação entre fase evolutiva e opção terapêutica no empiema pleural: fase aguda (I) = drenagem fechada; fase de transição (II) = pleuroscopia; fase de organização (III) = toracotomia com descorticação ou pleurostomia com ressecção costal vem sofrendo frequentes contestações na literatura. Fundamentalmente, sobre a decisão terapêutica entre presumível fase II nos exames de imagem e a constatação trans-operatória da fase III. **Objetivo:** Avaliar os efeitos terapêuticos do debridamento pleural videoassistido (DPVA) no empiema em fase de organização e sua eficácia em evitar a conversão para os métodos tradicionais de tratamento. **Método:** Setenta e nove pacientes portadores de empiema pleural, fase II presumível (tomografia e/ou ecografia de tórax), foram submetidos ao DPVA entre set/2007 e set/2010. Dezenove destes apresentaram sinais trans-operatórios de organização do empiema com espessamento pleural visceral e não expansibilidade pulmonar às manobras de ventilação seletiva com pressão positiva. Mesmo assim foram mantidos com drenagem fechada sem conversão para toracotomia e descorticação ou pleurostomia com ressecção costal. O seguimento proposto foi o seguinte: a ausência de drenagem purulenta e reexpansão pulmonar com ocupação da cavidade foram os critérios para remoção dos drenos. Nos pacientes com drenagem purulenta persistente por mais de dez dias, constatada a aderência pleuro-pulmonar, indicou-se a chamada “pleurostomia tubular” - amputação e fixação do dreno posterior junto à sua inserção na cavidade pleural – e alta hospitalar. Nos casos de drenagem tubular a remoção do dreno se fez após a constatação radiológica da obliteração do espaço pleural e ausência de secreção purulenta. O seguimento mínimo foi de sessenta dias. Espirometria foi realizada nos pacientes que apresentavam condições clínicas para tanto. Comorbidades associadas foram elencadas. **Resultados:** A pneumonia foi o fator etiológico em todos os casos e a média de idade da

amostra foi de 45 anos (8 meses - 73 anos) com um tempo entre o início dos sintomas e a intervenção de 22 dias (15-60 dias). O período médio de internação foi de 11 dias. 42% dos casos (n=8) obtiveram resolução do empiema com apenas um DPVA; dois pacientes submetidos a um segundo DPVA e 37% (n=7) necessitaram conversão para drenagem tubular e dois pacientes (10,5%) pleurostomia com ressecção costal. Seis pacientes submetidos à espirometria pós-operatória com restrição mínima em apenas 2 casos. Comorbidades graves (Sida, TBC, diabetes, alcoolismo e neoplasia) estavam presentes em 84% dos casos (n=16). Dois óbitos não relacionados ao procedimento. **Conclusão:** O DPVA, na fase de organização do empiema, como método isolado ou associado à opção da drenagem tubular, mostrou-se uma opção terapêutica capaz de evitar, na subtotalidade dos casos estudados, a toracotomia com descorticação pulmonar ou mesmo a pleuroscopia convencional.

PO.055 FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA APÓS INTUBAÇÃO "PROLONGADA". É POSSÍVEL EVITARMOS?

GERALDO MESSIAS SANTOS SILVA; PEDRO LUÍS REIS CROTTI; MARCELO BORGES DE ARAÚJO; RENATA VAUCHER DE OLIVEIRA; RAFAEL VILÁ MOURA; SAMUEL LEONARDO DE OLIVEIRA SANTOS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Introdução: Sabe-se que a pressão no balonete da cânula traqueal é fator primordial no desenvolvimento das lesões traqueais nos pacientes que necessitam IOT. As lesões mais frequentes, por esse mecanismo de ação, são as estenoses subglóticas e traqueais. Associada ou não à estenose traqueal ou subglótica, as fistulas traqueoesofágicas são complicações graves, que podem levar o paciente a evoluir para o óbito. São comumente encontradas por causas iatrogênicas ou traumáticas e, menos frequentemente, infecciosas. A incidência de fistulas traqueais, em nosso meio, é alta, contrariando dados da literatura que indicam a FTE como complicação rara da traqueostomia. As causas são tanto mecânicas como biológicas e, na maioria dos casos, a fistula é atribuída à necrose traqueal por cânula inadequada ou excesso de pressão no cuff, com grave dano à parede. O cuff representa o principal fator mecânico e a SNG pode estar relacionada ao aumento da incidência de FTE, por promover erosão na parede comum entre a traqueia e esôfago. A morbidade é diretamente relacionada à duração da intubação. A FTE deve ser suspeitada num paciente traqueostomizado que apresentar: secreção copiosa; tosse, principalmente após ingestão alimentar; vômitos e aspiração ou alimentos visualizados na área da traqueostomia; ar ao redor do cuff visualizado à radiografia; distensão abdominal e, em alguns casos, infecção pulmonar recorrente. O diagnóstico definitivo é firmado com a visualização direta do trajeto fistuloso através de: esofagoscopia e/ou traqueoscopia; visualização radiológica por método de imagem; cirurgia ou ainda autópsia. A cirurgia é indicada tão logo as condições do paciente permitam. O reparo cirúrgico normalmente é possível por meio de incisão cervical; entretanto, uma extensão torácica pode ser necessária. Mais comumente, a lesão traqueal é maior e pode exigir um patch de musculatura cervical, em comparação com a esofagiana, que requer reparo simples e fácil. **Objetivo:** Descrever

os principais mecanismos etiopatogênicos das fistulas esofagotraqueais, as complicações da lesão e os principais tratamentos cirúrgicos. Orientar os profissionais da área da saúde quanto aos mecanismos de formação da fistula com o intuito de reduzir sua incidência nos pacientes que necessitem de IOT prolongada. **Resultados:** São descritos casos clínicos de pacientes com fistula traqueoesofágica, os cuidados pré-operatórios fundamentais, os diferentes momentos para indicações cirúrgicas, os cuidados para evitarmos a formação da lesão e o acompanhamento pós-operatório dos pacientes. **Conclusão:** Fistulas traqueoesofágicas com complicações graves decorrentes da IOT prolongada e da associação dessas lesões com procedimentos e materiais utilizados para o tratamento dos pacientes que necessitem IOT. O não reconhecimento da lesão, a demora no diagnóstico e o tratamento cirúrgico complexo e não desprovido de complicações definitivas são fatores que podem causar sequelas definitivas nos pacientes.

PO.056 CORPOS ESTRANHOS EM VIA AÉREA. ABORDAGEM BRONCOSCÓPICA OU TORACOTOMIA?

GERALDO MESSIAS SANTOS SILVA; PEDRO LUÍS REIS CROTTI; MARCELO BORGES DE ARAÚJO; AMANDA CARVALHO FONSECA; ROBERTO SEGUNDO BUENO BORGES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - LABORATÓRIO SÃO NICOLAU, CUIABÁ, MT

Introdução: O tratamento do corpo estranho nas vias aéreas desenvolveu-se consideravelmente a partir do advento da broncoscopia rígida e da flexível. Em 1854, Manuel Garcia foi o primeiro a ver a laringe in vivo, por meio de adaptação de um espelho odontológico. Em 1897, Gustav Killian realizou a primeira broncoscopia para remoção de corpo estranho brônquico, usando o esofagoscópio de Mikulicz-Rosenheim de 25 centímetros. Em 1907, Chevalier Jackson escreveu um livro divulgando instrumentos e técnicas para a remoção de corpos estranhos das vias aéreas e digestivas. **Objetivo:** Relatar casos de aspiração de corpos estranhos para as vias aéreas, em pacientes adultos e pediátricos. **Resultados:** O índice de mortalidade por aspiração de corpos estranhos hoje varia entre 0,9 e 1,8%. A aspiração de corpos estranhos é mais frequente em crianças na faixa etária dos seis meses aos cinco anos de idade. A não identificação ou o retardo no diagnóstico da aspiração do corpo estranho pode levar a complicações pulmonares como atelectasias, infecções pulmonares, bronquiectasias, abscessos pulmonares, empiemas, com elevadas taxas de morbi-mortalidade. Os achados clínicos variam conforme a localização final do corpo estranho dentro da árvore traqueobrônquica. O primeiro sinal geralmente é o do "engasgo", podendo ou não ser acompanhado de dispnéia intensa súbita (e às vezes passageira), seguida de sibilos, roncos, tosse persistente, falta de ar, dor torácica, estridor, cornagem, esforço inspiratório e tiragem intercostal. Três tipos básicos de obstrução: parcial com mecanismo valvular; parcial com mecanismo valvular completo; e com obstrução completa causando atelectasia do segmento acometido. Os corpos estranhos orgânicos frequentemente não são visíveis à radiografia e nesses casos identificam-se sinais indiretos de sua presença: hiperinsuflação pulmonar segmentar,

atelectasia, infecções e supurações pulmonares etc. O corpo estranho aspirado, que tem diâmetro menor que a traqueia, tem predileção por alojar-se no brônquio fonte direito, dadas as características anatômicas deste (mais verticalizado, com diâmetro maior e mais curto) em relação ao brônquio fonte esquerdo (mais horizontalizado e com diâmetro menor). Não são, porém, incomuns corpos estranhos aspirados para o BFE, os brônquios segmentares no pulmão esquerdo. A remoção dos corpos estranhos se faz preferencialmente pela utilização da broncoscopia rígida, podendo esta ser associada à radioscopia e a videobroncoscopia. Raramente há necessidade de intervenções cirúrgicas, como traqueostomias ou toracotomias, porém o broncoscopista deve poder contar com a participação do cirurgião torácico, quando há necessidade de remoção de corpos estranhos complexos das vias aéreas. **Conclusão:** A broncoscopia rígida, associada à broncoscopia flexível e a radioscopia, evita, na grande maioria das vezes, a necessidade de intervenção cirúrgica para remoção de corpos estranhos das vias aéreas de indivíduos adultos e de crianças.

PO.057 HÉRNIA PULMONAR INTERCOSTAL E RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA. USO DE PRÓTESES E ÓRTESES

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS SILVA; MARCELO BORGES DE ARAÚJO; CARLOS JOSÉ DE SOUZA JÚNIOR; REGINA NISHITANI; MAÍSA SANTOS VALDERRAMAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Introdução: Desde o primeiro caso conhecido de ressecção da parede torácica, no século 18, a melhoria da técnica cirúrgica e de anestesia, cuidados intensivos, antibioticoterapia, bem como o desenvolvimento e refinamento da técnica, permitiu a reconstrução da parede torácica após a realização de ressecções extensas com aceitável morbidade e mortalidade. A reconstrução da parede torácica tem indicação em inúmeras situações: ressecção de grandes massas tumorais, não metastáticas ou primárias da parede torácica, que estão associadas com significativa morbidade, com insuficiência respiratória. Outras indicações: tumores de mama contíguos ou câncer de pulmão, necrose por radiação, defeitos congênitos, trauma ou processos infecciosos de osteomielite em esternotomia mediana ou feridas por toracotomia lateral. Nessas situações, a ressecção torna-se mutiladora e a reconstrução com a utilização de material heterólogo é necessária. Em situações mais raras, a reconstrução da parede torácica é necessária para o tratamento de patologias benignas. As hérnias pulmonares intercostais de grandes volumes, que não possam ser corrigidas pela aproximação dos arcos costais, necessitam da interposição de próteses e órteses para sua correção. Em diversos relatos na literatura, defende-se que o uso seletivo de próteses e órteses reduza as complicações respiratórias. **Objetivo:** Descrever os principais métodos de reconstrução da parede torácica para as patologias benignas e malignas que acometam o arcabouço torácico. **Resultados:** Os autores descrevem dois casos clínicos em que houve necessidade de reconstrução da parede torácica, abordando diferentes táticas e técnicas para reconstrução do tórax e os materiais utilizados. Para a reconstrução

da parede torácica após a ressecção de grande neoplasia, descreve-se a técnica de sutura primária e utilização de tela de polipropileno utilizada para a reconstrução do diafragma, da parede torácica e abdominal. O uso de uma prótese rígida utilizando um PPM-metilmetacrilato ("sanduíche") tem sido amplamente adotado. Essa técnica proporciona rígida reparação que pode ser adaptada a qualquer tamanho, forma ou contorno da parede torácica. O metilmetacrilato é uma opção atrativa para reconstruções do suporte esquelético da parede torácica após ressecções extensas, por apresentar baixo custo e proporcionar bons e duradouros resultados estéticos e funcionais, além de estabilidade à reconstrução, evitando a movimentação descoordenada do tórax durante a respiração. Para a reconstrução da parede torácica, onde se detectou a presença de volumosa hérnia pulmonar intercostal, é descrita a técnica de aproximação primária e, por conta da recidiva da hérnia intercostal, os autores relatam a utilização de prótese de metilmetacrilato e tela de polipropileno com bom resultado final.

PO.058 USO DA VÁLVULA DE HEIMELICH NA DRENAGEM TORÁCICA

GERALDO MESSIAS SANTOS SILVA; PEDRO LUÍS REIS CROTTI; MARCELO BORGES DE ARAÚJO; KARINA DE ALMEIDA VIEIRA; LORENZA ROSA SILVÉRIO DA SILVA; MAÍSA BODEVAN

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER - HOSPITAL SÃO MATEUS - CUIABÁ, MT

Introdução: O pneumotórax caracteriza-se pela presença de ar no espaço pleural. É classificado como espontâneo ou traumático. O pneumotórax espontâneo acomete dez em cem mil habitantes por ano. Incide mais em homens (4-6 para 1 em relação às mulheres) altos e magros na faixa de 20 a 40 anos de idade; mais frequente à direita e antecedente familiares ocorrem em perto de 11% dos pacientes. Existe um aumento de incidência entre fumantes. Tem como etiologia a rotura de pequenas bolhas subpleurais (blebs) preexistentes, mais comumente localizadas nos ápices dos lobos superiores ou nos segmentos apicais dos lobos inferiores. Também pode ser secundário à doença pulmonar de base como DPOC, asma, fibroses intersticiais, tuberculose, aids (cerca de 6% dos pacientes com pneumonia por *P. carinii* apresentam pneumotoras na sua evolução). O traumático resulta de ferimento pleural por trauma penetrante como PAF ou arma branca ou trauma contuso como os que resultam em fraturas costais, além dos iatrogênicos como nas punções com intracath. Uma vez indicada a drenagem torácica no pneumotórax, o aparato convencional exige internação hospitalar, muitas vezes prolongada, particularmente naqueles casos que evoluem com fistula bronco-pleural. **Objetivo:** Uma alternativa ao sistema tradicional de drenagem tubular fechada é o emprego da válvula de Heimlich (tem fluxo unidirecional), idealizada por Henry Heimlich em 1968, que, conectada ao dreno pleural, livra o paciente desse sistema, permitindo maior liberdade de locomoção, permitindo seu acompanhamento ambulatorial na maioria dos casos. **Conclusão:** A utilização da válvula de Heimlich em nosso serviço tem apresentado como maior vantagem a possibilidade de acompanhamento ambulatorial dos pacientes sem complicações e com bons resultados finais.

PO.059 SIMPECTOMIA TORÁCICA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE EM PACIENTE COM LOBO DA VEIA ÁZIGOS – RELATO DE DOIS CASOS

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS SILVA; MARCELO BORGES DE ARAÚJO; ADALBERTO ATSUSHI HAMAGUCHI PORTO; ALEXANDRE TREVISAN; PAULO SILVA REIS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – HOSPITAL SÃO MATEUS, CUIABÁ, MT

Introdução: A simpectomia torácica é utilizada para o tratamento dos distúrbios vasculo-nervosos dos membros superiores e inferiores. A hiperidrose palmo-plantar-axilar tem sido tratada cirurgicamente por meio da simpaticotomia torácica, dos segmentos T2 a T6. Algumas condições clínicas têm sido relatadas com contraindicações absolutas e relativas para a realização do procedimento. Aderências pleuropulmonares, status pós-cirúrgico torácico, incapacidade de ventilação monopulmonar, lobo da veia ázigos, traumatismos torácicos, entre outros, são os principais fatores que podem contraindicar o procedimento. **Objetivo:** Os autores apresentam imagens cirúrgicas de pacientes com lobo de veia ázigos, submetido à simpaticotomia torácica bilateral, para tratamento de hiperidrose palmar, com acesso cirúrgico satisfatório e bom resultado pós-operatório. **Resultados:** São descritos e ilustrados dois procedimentos cirúrgicos videotoroscópicos para o tratamento da hiperidrose, em paciente com lobo da veia ázigos. Descrevem-se os aspectos anatómicos da formação do lobo pulmonar circundado pela veia ázigos, os aspectos anatómicos do sistema nervoso autônomo simpático intratorácico e a secção do feixe nervoso, principal tratamento para a hiperidrose, no momento. O lobo da veia ázigos não foi fator impeditivo para a realização da simpectomia. Não há necessidade de retirarmos o lobo da veia ázigos do local. Em situações nas quais o lobo é pequeno, ele sai espontaneamente do local onde está circundado pela pleural parietal. **Conclusão:** A simpectomia torácica é factível em pacientes com lobo da veia ázigos, desde que sejam tomados cuidados específicos, assim como o uso de material cirúrgico apropriado e que o procedimento seja feito por profissional especialista e habituado à anatomia torácica.

PO.060 TRAUMA DE TÓRAX E FRATURA DE ESTERNO. RECONHECIMENTO DAS PRINCIPAIS LESÕES E TRATAMENTO CIRÚRGICO

GERALDO MESSIAS SANTOS SILVA; PEDRO LUÍS REIS CROTTI; MARCELO BORGES DE ARAÚJO; CRISTHIANO CAMARGO PRADOS; GUSTAVO ALVES TOSTES; PAULA LORITE FRACASSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Introdução: O trauma de tórax é uma das principais causas de morte dos pacientes politraumatizados. Representa perto de 25% das mortes. A gravidade do trauma e sua letalidade são diretamente proporcionais à força que atua sobre a parede torácica e quanto dessa força é transmitida para os órgãos intratorácicos. A lesão do osso esterno não é frequente nos pacientes politraumatizados graves que sobrevivem aos momentos iniciais do trauma e do tratamento das lesões por ele provocadas. Reveste-se, porém, de importância o reconhecimento da lesão e suas potenciais complicações relacionadas ao trauma cardíaco e à contusão miocárdica

e pulmonar. **Resultados:** São abordados os aspectos clínicos e descritos as potenciais lesões intratorácicas que esses pacientes apresentavam, assim como a investigação de possíveis lesões por conta da intensidade do trauma. Paciente vítima de acidente automobilístico, com quarenta dias de evolução, foi submetido a tratamento cirúrgico, com reconstrução da fratura do esterno. Paciente vítima de queda de grande altura em barragem, trabalhador da construção civil que apresentava instabilidade da parede torácica pela fratura do esterno foi submetido à correção cirúrgica dois dias após o trauma. Dois casos de luxação manúbrio-esternal, corrigidos cirurgicamente, com boa evolução. **Objetivo:** Descrever casos clínicos de pacientes politraumatizados graves, que apresentavam fratura do esterno e contusão miocárdica e pulmonar. Enfatizar a investigação clínica pré-operatória, a estabilização clínica nas primeiras horas, a indicação do tratamento cirúrgico, as potenciais complicações do próprio trauma e do tratamento cirúrgico. **Conclusão:** O tratamento das fraturas e luxações do esterno deve ser feito o mais precocemente possível.

PO.061 MANEJO COM SUCESSO DE ÊMBOLO DE CIMENTO NA ARTÉRIA PULMONAR APÓS VERTEBROPLASTIA – RELATO DE CASO

ALBERTO PYDD; AIRTON SCHNEIDER; ROGÉRIO ABRAHÃO; MARCOS TANHAUSER; FERNANDO SIRENA; ANNA LEDESMA
ULBRA

Introdução: Paciente com mieloma múltiplo e fratura patológica de coluna vertebral foi submetido à vertebroplastia com cimento, pela técnica percutânea. Após a injeção, o cirurgião ortopédico notou extravasamento do cimento. Por um RX de tórax, evidenciou-se que um fragmento de 4 cm estava no ramo direito da artéria pulmonar. **Método:** O paciente continuava assintomático. Uma angiogramografia confirmou a embolia de cimento. Foi iniciada, de forma empírica, heparina e decidido, eletivamente, realizar abordagem cirúrgica, pelo tamanho do êmbolo. Na mesa cirúrgica, foi realizado um RX de tórax em decúbito dorsal que confirmou o êmbolo na artéria pulmonar direita. Por uma toracotomia direita, foi abordada a artéria e não se achou o êmbolo. Ainda em decúbito lateral, foi realizada uma radioscopia que demonstrou que o êmbolo migrara para a artéria pulmonar esquerda. Foi fechada a toracotomia e realizada uma esternotomia com CEC. A artéria pulmonar esquerda foi abordada por uma incisão longitudinal, com parada circulatória cerebral de 12 minutos a uma temperatura de 22°C. Nesse tempo, foi retirado o êmbolo e suturada a artéria. O paciente saiu bem da CEC e apresentou pós-operatório sem intercorrências, tendo alta no 7º DPO. **Discussão:** A incidência de embolia pós-vertebroplastia não é desprezível, mas uma embolia de 4 cm é extremamente rara. Há pouquíssimo na literatura sobre conduta, mas a experiência recomenda usar CEC e esternotomia, pelo risco de migração do êmbolo na troca de decúbito. Isso é explicado pela forma que o cimento endurece, sendo absolutamente sem aderência nos tecidos. **Conclusão:** A embolia de 4 cm de cimento pós-vertebroplastia é extremamente rara. Pela pouca aderência do êmbolo, recomenda-se a esternotomia para retirada do êmbolo. O uso da CEC fica a critério do cirurgião, sendo que um menor sangramento *versus* parada circulatória cerebral deve ser avaliado, caso a caso.

PO.062 AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES E DOS PARÂMETROS CLÍNICOS E ESPIROMÉTRICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL

ANDRÉ BIGOLIN; JULIANE LUZ; JOÃO GROSSI; AIRTON SCHNEIDER
ULBRA

Introdução: A broncoscopia flexível (BF) é um exame diagnóstico e de potencial terapêutico usado com frequência nos serviços de cirurgia torácica. O desconhecimento sobre o verdadeiro impacto na função pulmonar e as possíveis complicações ainda restringem sua aplicação a instituições de maior complexidade. **Objetivo:** Avaliar as alterações nos parâmetros clínicos e espirométricos após a realização de BF. **Método:** Estudo longitudinal prospectivo para o qual foram selecionados pacientes com indicação de BF em um hospital universitário. A avaliação dos pacientes se deteve na realização de oximetria de pulso e exame espirométrico antes e após a realização da BF. A espirometria foi realizada por profissional treinado e conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. A incidência de complicações também foi avaliada. **Resultados:** A amostra foi formada por 20 pacientes, sendo a maioria masculina (55%). A média de idade foi de 56,6 anos, 35% dos pacientes eram fumantes (média de 45,3 anos/maço), 10% asmáticos e 15% tinham DPOC. Houve redução estatisticamente significativa no VEF1, CVF e PEF de respectivamente 0,25 L, 0,44L e 0,85 L/Seg. O índice de Tiffenauud manteve o padrão, sem diferença significativa. Houve queda significativa também na SaO2. Não houve necessidade de suporte ventilatório ou intervenções, assim como complicações relativas ao procedimento. **Conclusão:** Houve uma significativa redução da função pulmonar e da saturação periférica após a realização da BF. Contudo, essas alterações não determinaram um impacto clínico significativo, devendo-se considerar as características dessa amostra.

PO.063 ESTUDO ANATÔMICO DO NERVO CIÁTICO DE RATOS SUBMETIDOS À COMPRESSÃO POR CLIP

TATIANA PEREIRA; ANI ARENDT; AIRTON SCHNEIDER
UFRGS

Introdução: A simpatectomia torácica videoassistida tornou-se o procedimento padrão para o tratamento de hiperidrose facial e de membros superiores. Os resultados são excelentes, independente das diferentes técnicas e níveis de ressecção. Entretanto, há a possibilidade de existir hiperidrose compensatória, que pode comprometer o resultado cirúrgico. A técnica de clipamento do nervo com a possibilidade de reversão tem sido utilizada, sem adequado estudo anatômico experimental. **Objetivo:** Estudar as alterações morfológicas de um nervo após clipamento e retirada do clip em diferentes períodos. **Método:** Foram estudados nervos ciáticos de ratos submetidos à clipagem com a mesma técnica utilizada na cirurgia. Os clips foram removidos em 2 e 4 semanas e os nervos estudados morfológicamente. **Resultados:** O grupo controle demonstrou degeneração completa do axônio. Os ratos dos grupos de 2 e 4 semanas apresentaram a mesma degeneração. **Conclusão:** Os estudos em ratos demonstraram que o clip provoca total degeneração do nervo, tanto com 2 ou 4 semanas, sendo que a retirada do clip não deve permitir o retorno imediato do fluxo axonal.

PO.064 PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA PARA DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO DE CARCINOMA PULMONAR EM DOENTES NÃO CIRÚRGICOS

ANDRÉ GALANTE ALENCAR ARANHA; ARNALDO TERUYA; RUY DE BARROS JR.; THABBTA DE OLIVEIRA NACIFF SILVEIRA VIANNA; LEDA VIEGAS DE CARVALHO

HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO - FACULDADE DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO LUSÍADA

Introdução: Doentes com neoplasia pulmonar inoperável por invasão de estruturas nobres, metástases ou contraindicação clínica necessitam confirmação histológica para conduta terapêutica. Muitas vezes a citologia de escarro e a broncoscopia podem ser inconclusivas. A confirmação de carcinoma de pequenas células e grandes células por meio de punção aspirativa e citopatologia oncológica vem auxiliando na prática clínica. Fácil execução, poucas complicações e custo reduzido são vantagens do método. **Objetivo:** Analisar eficiência no diagnóstico citopatológico da punção aspirativa com agulha fina em neoplasias pulmonares, em doentes não cirúrgicos. **Método:** De jan/2004 até novembro/2010 selecionamos 42 homens e 20 mulheres com nódulos ou massas pulmonares muito suspeitos para carcinoma pulmonar primário e algum tipo de contraindicação para tratamento cirúrgico. Realizamos punção aspirativa com agulha para anestesia raquidiana 27G 3,5. Guiamo-nos pelo tomógrafo na grande maioria dos casos. Em doentes com grandes massas e extenso contato dessas com a parede torácica, a propedêutica e o filme tomográfico nos orientou. Consideramos ideal a ponta da agulha identificada no interior da lesão em pelo menos duas coletas de material. Cada coleta aspirativa produziu de dois a três esfregaços em lâminas fixadas em álcool, 70% encaminhadas para análise citopatológica. **Resultados:** Cinquenta e oito pacientes tiveram como diagnóstico carcinoma de pulmão de células não pequenas (CPCNP). Quatro tiveram diagnóstico citológico inconclusivo sendo submetidos à nova punção com agulha de biópsia cortante. Dois deles com diagnóstico final de linfoma e um CPCNP, considerado como necrose na primeira punção. Um portava lesão inflamatória confirmada por biópsia cirúrgica e seguimento. Dez doentes tiveram pneumotórax (dois hipertensivos), sendo realizada drenagem em cinco casos. Não houve nenhum caso de hemotórax. A sensibilidade para do método foi de 98,3% e a especificidade de 100%. O valor preditivo positivo foi de 100% e o valor preditivo negativo 75%. A acurácia foi de 98,3%. **Conclusão:** Realizamos esses procedimentos, pois poucos radiologistas o realizam em nosso meio. Temem potenciais complicações cirúrgicas. O pneumotórax é a complicação mais comum. Vários fatores podem aumentar o risco dessa ocorrência: tamanho da agulha, número de punções, experiência do profissional, duração do procedimento, tamanho da lesão e distância da pleura, idade do paciente e presença de enfisema. Nossa incidência de pneumotórax é comparável à da literatura, 16%, e ocorreu nos indivíduos com enfisema e/ou lesões mais profundas no parênquima. Os dois casos que tiveram pneumotórax hipertensivos foram em lesões do lobo superior direito, com enfisema evidente na tomografia e lesões a mais de 2 cm da pleura. A presença de pneumotórax nas primeiras punções dificulta o método, porém repetimos o procedimento em um caso com dreno locado e pulmão expandido obtendo material adequado.

PO.065 TRATAMENTO DE HEMANGIOMAS DE VIAS AÉREAS COM PROPRANOLOL EM CRIANÇAS – RELATO DE 2 CASOS

MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; BENOIT JACQUES BIBAS; RICARDO LOPES OLIVEIRA; RICARDO MINGARINI TERRA; HÉLIO MINAMOTO; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Hemangioma é o tumor de partes moles mais comum da infância. Quando ocorre comprometimento de vias aéreas, os sintomas geralmente ocorrem nos primeiros 6 meses de vida e a mortalidade pode chegar a 50% nos casos não diagnosticados. O diagnóstico é realizado com base no quadro clínico, radiológico e aspecto endoscópico da lesão. A biópsia geralmente não é realizada pelo risco de sangramento. Atualmente, as opções terapêuticas com maior respaldo na literatura são os imunossuppressores, imunomoduladores e ressecção. No entanto, estudos recentes apontam o propranolol como uma terapia eficaz para essa condição. **Objetivos:** Relatar a experiência do Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, no tratamento do hemangioma mediastinal e subglótico em crianças com propranolol. **Método:** Análise retrospectiva e relato de 2 casos com diagnóstico de hemangioma de vias aéreas com acometimento traqueal e insuficiência respiratória. Em um caso, o tratamento foi feito exclusivamente com propranolol e, no outro, com propranolol e traqueostomia. **Resultados:** Caso 1: paciente de 8 meses de idade, com história de desconforto respiratório, estridor laringeo, regurgitação e perda ponderal sem sinais de insuficiência respiratória aguda. Diante do diagnóstico clínico-radiológico de hemangioma mediastinal com acometimento traqueal, optou-se como primeiro tratamento o uso de corticoterapia, sem resposta satisfatória. Posteriormente, foi submetida a tratamento com propranolol na dose de 2mg/kg/dia, apresentando melhora dos sintomas 48 horas após o início do tratamento e regressão de 80% da lesão evidenciada em laringoscopia realizada no seguimento após 3 meses. Caso 2: paciente de 4 meses de idade, com quadro de insuficiência respiratória aguda secundária à obstrução traqueal por hemangioma, necessitando de traqueostomia por obstrução quase total da luz traqueal. Foi submetida a tratamento subsequente com propranolol na dose de 2mg/kg/dia, apresentando boa evolução. Permanece em uso de traqueostomia, porém com redução nas dimensões da lesão inicial de aproximadamente 80%, após controle tomográfico realizado com 3 meses. Após 12 meses e 8 meses de seguimento, respectivamente, as 2 pacientes continuam em uso do propranolol, sem apresentarem efeitos adversos, progressão do hemangioma ou recidiva dos sintomas. **Conclusão:** As opções terapêuticas no manejo do hemangioma variam desde o tratamento cirúrgico com ressecção das lesões até a utilização de imunossuppressores e imunomoduladores. Foram relatados recentemente casos nos quais foi utilizado o propranolol como primeira opção de tratamento, demonstrando altas taxas de sucesso e raros efeitos colaterais. O uso do propranolol nos hemangiomas de vias aéreas é seguro, eficaz

e evita condutas mais agressivas, como a traqueostomia e ressecções traqueais e laringo-traqueais.

PO.066 METÁSTASE MEDIASTINAL DE CARCINOMA HEPATOCELULAR TIPO FIBROLAMELAR

MARCUS MONACO; BENOIT JACQUES BIBAS; RICARDO MINGARINI TERRA; ÂNGELO FERNANDEZ; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O carcinoma hepatocelular do tipo fibrolamelar (CHF) é uma variante incomum do carcinoma hepatocelular. Representa apenas 1-10% dos hepatocarcinomas, com taxas de ressecabilidade elevada e longa sobrevida em comparação às demais neoplasias malignas do fígado. Pacientes portadores de CHF são geralmente jovens, com predomínio no sexo feminino e ausência de associação com cirrose ou outras hepatopatias. Apresentação de metástase de CHF é descrita habitualmente em locais intra-abdominais, como tronco celiaco e estações linfonodais para-aórticas; sendo assim, a apresentação mediastinal é um fenômeno descrito em menos de 1% das metástases do tipo fibrolamelar. **Objetivos:** Descrever 1 caso raro de ressecção de metástase mediastinal de carcinoma hepatocelular tipo fibrolamelar por videotoroscopia. **Método:** Descrição de caso conduzido pela Disciplina de Cirurgia Torácica do Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo. **Relato do Caso:** Sexo feminino, 28 anos, admitida com queixa de abaulamento no hipocôndrio direito, perda de peso e diarreia havia 2 meses. Ao exame físico apresentava massa palpável a 4 cm do rebordo costal direito. A tomografia computadorizada revelou uma tumoração em lobo hepático direito e a complementação do estadiamento mostrou um nódulo em mediastino anterior de aproximadamente 3 cm de diâmetro no seu maior eixo. Indicada em primeiro tempo a hepatectomia direita, cujo diagnóstico anatomopatológico foi de carcinoma hepatocelular do tipo fibrolamelar. Após 3 meses, foi realizada videotoroscopia para ressecção da lesão mediastinal. No intra-operatório, o tumor era de consistência endurecida, recoberto por tecido adiposo mediastinal e aderido ao pericárdio. A lesão foi ressecada em sua totalidade, preservando o nervo frênico. O diagnóstico anatomopatológico foi de metástase mediastinal de carcinoma hepatocelular do tipo fibrolamelar. **Resultados:** Durante o seguimento ambulatorial após a operação (junho de 2010 a novembro de 2010), não houve evidência de recorrência no mediastino. Cinco meses, porém, após a primeira operação (hepatectomia), houve recidiva abdominal da doença. Atualmente, a paciente encontra-se em tratamento quimioterápico de resgate. **Conclusão:** O carcinoma hepatocelular tipo fibrolamelar é entidade rara e usualmente não metastatiza. Quando ocorrem metástases, geralmente se situam no abdome. A ocorrência de metástase mediastinal é rara. A sobrevida em 5 anos é de 50 a 75%, se houver ressecção completa do tumor primário, e recidivas são frequentes, sendo necessárias novas ressecções.

PO.067 OSTEOCONDROMATOSE MÚLTIPLA HEREDITÁRIA COM COMPROMETIMENTO MEDIASTINAL

MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; BENOIT JACQUES BIBAS; RODRIGO OLÍVIO SABBION; ÂNGELO FERNANDEZ; RICARDO MINGARINI TERRA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Osteocondromatose múltipla hereditária é uma desordem familiar rara, de transmissão autossômica dominante, caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplas exostoses e, frequentemente, alterações na cartilagem epifisária, às vezes resultando em dano do crescimento do osso longo. É mais comum em homens, entre a terceira e quinta décadas de vida. As articulações mais envolvidas são os joelhos, quadris e cotovelos, embora qualquer articulação possa ser comprometida. Por representar uma metaplasia, é necessário o acompanhamento clínico e radiológico pelo risco de evolução para neoplasia (condrossarcoma), embora isso seja incomum. **Objetivos:** Descrever um caso de osteocondromatose múltipla hereditária com comprometimento de mediastino posterior e invasão de canal vertebral, e revisar os dados pertinentes da literatura sobre o tema. **Método:** Paciente de 50 anos de idade com diagnóstico de osteocondromatose e antecedentes de ressecção do primeiro e segundo arcos costais por osteocondroma havia 3 anos. Evoluiu com dor no membro superior direito e nas costas. Realizadas tomografia computadorizada de tórax e ressonância nuclear magnética, que evidenciaram tumoração em mediastino posterior à direita, com invasão do canal medular. **Resultados:** Realizada toracotomia posterolateral direita e visualizada lesão que apresentava aderências frouxas com o parênquima pulmonar, mediastino e tinha íntimo contato com a veia cava superior e veia ázigos. Ressecou-se porção do 4º arco costal, juntamente com a lesão, que entrava no canal medular. O exame anatomopatológico mostrou tumor bocelado, de consistência pétreo, medindo 7 x 6,2 x 3,5 cm. Ao corte, mostrava periferia cartilaginosa e área central constituída por tecido ósseo. O diagnóstico definitivo foi de um osteocondroma de mediastino posterior. **Conclusão:** Quarenta por cento dos portadores de osteocondromatose podem apresentar envolvimento costal. Todavia, acometimento do mediastino posterior e invasão de canal medular são extremamente raros. Nos adultos, as fraturas das lesões propiciam a formação de fragmentos afilados ou a própria exostose em formato de espícula pode causar perfurações pulmonares, causando pneumotórax e hemotórax. Para controle dos sintomas e pelo risco de malignização, o tratamento dos osteocondromas é sempre cirúrgico.

PO.068 CAUSA RARA DE DOR TORÁCICA: SÍNDROME DE GORHAM

MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; BENOIT JACQUES BIBAS; RODRIGO OLÍVIO SABBION; ÂNGELO FERNANDEZ; RICARDO MINGARINI TERRA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Doença de Gorham, osteólise maciça, osteólise progressiva ou doença dos ossos fantasma são alguns dos nomes encontrados na literatura para caracterizar essa doença extremamente rara. A doença é caracterizada pela

destruição espontânea de um ou mais ossos, rápida e progressiva. Caracteriza-se por uma proliferação vascular anormal intraóssea, com conseqüente reabsorção óssea excessiva e substituição do tecido ósseo por tecido fibrovascular. Pode também atingir o tecido subjacente (conjuntivo, muscular e visceral). A forma monostótica é a mais frequente, mas pode também ser poliostótica, sendo os ossos mais atingidos os do crânio, face, coluna vertebral, escápula, costelas e pelve. **Objetivos:** Descrever um caso de síndrome de Gorham e revisar os dados pertinentes da literatura sobre o tema. **Método:** Paciente de 35 anos de idade, com antecedente de síndrome de Gorham (diagnosticado por ressecção de porção distal de 8º, 9º e 10º arcos costais direitos), foi encaminhada para nosso hospital para tratamento e seguimento da doença, apresentando à admissão intensa dor no hemitórax à esquerda, súbita, em pontada e a movimentação. Foram realizadas radiografia de tórax, que não demonstrou nenhuma alteração; tomografia computadorizada de tórax, que evidenciou pequena fratura do 7º arco costal, e cintilografia óssea, que revelou aumento da atividade osteoblástica na região frontal esquerda e fronto-parietal direita do crânio, 6º arco costal direito em seu segmento anterolateral e 7º arco costal esquerdo também no segmento anterolateral. **Resultados:** A paciente começou tratamento com ácido zoledrônico 4 mg EV e analgésicos opioides. Após início do tratamento, a paciente apresentou melhora dos sintomas e foram suspensos os analgésicos opioides por Aines. Por se manter estável clinicamente, foi descartada a possibilidade de realizar nova abordagem cirúrgica. **Conclusão:** A síndrome de Gorham é causa extremamente rara de dor torácica. Surge em qualquer idade, sem preferência por sexo ou raça. Em termos clínicos, permanece silenciosa até que ocorra fratura ou deformações articulares. A incapacidade funcional pode ser marcante. O grau de complicações varia de acordo com o local ósseo envolvido, sendo as complicações mais graves o quilotórax, derrame pleural/pericárdico (quando estão envolvidas as escápulas, costelas ou vértebras torácicas) ou lesão neurológica potencialmente grave, quando é atingido o crânio ou a coluna. O diagnóstico, suspeitado pela radiologia, é confirmado pela biópsia, que identifica reabsorção óssea local e proliferação vascular/fibrosa. A evolução é imprevisível. Não existe tratamento eficaz para controlar a doença ou prevenir recorrências. Vários tratamentos foram tentados, com resultados variáveis, entre os quais os bifosfonatos e a radioterapia. Quando surgem complicações torácicas ou neurológicas, a opção é cirúrgica.

PO.069 COMPRESSÃO TRAQUEAL POR ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA ANÔMALA: TRATAMENTO CIRÚRGICO

BARBARA TOMASI SASSI; BENOIT JACQUES BIBAS; MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; HÉLIO MINAMOTO; RICARDO MINGARINI TERRA; MARCELO BISCEGLI JATENE; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Anéis vasculares são anomalias congênitas incomuns, responsáveis por menos de 1% de todas as anomalias cardíacas congênitas. A artéria pulmonar esquerda anômala ou sling da artéria pulmonar ocorre quando o pulmão esquerdo em desenvolvimento absorve para o seu suprimento arterial os remanescentes do 6º arco

branquial direito por meio de capilares caudais em vez de cefálicos. Logo, a artéria pulmonar esquerda se origina da pulmonar direita fora do saco pericárdico, segue para o hilo pulmonar esquerdo entre a traqueia e o esôfago, envolvendo parcialmente a porção distal da traqueia. Em 50% dos casos, há associação com anomalias traqueobrônquicas e com outros defeitos cardíacos. A maioria dos pacientes com anéis vasculares manifesta sintomas nas primeiras semanas de vida, comumente estridor, dispnéia, crises de cianose e infecções respiratórias recorrentes. **Objetivos:** Descrever um caso de compressão traqueal por artéria pulmonar anômala e demonstrar a técnica cirúrgica empregada. **Método:** Paciente do sexo masculino, 3 anos e 11 meses, com histórico de estridor e infecções respiratórias de repetição. Apresentou massa abdominal em exame físico ao 1 ano de idade. Diagnosticado tumor de Wilms, recebeu quimioterapia por 4 semanas, seguida de indicação para ressecção tumoral. Após a indução anestésica, houve insucesso na intubação orotraqueal por conta da estenose traqueal. A investigação com TC revelou estenose traqueal distal com anel vascular do ramo esquerdo da artéria pulmonar. O paciente foi submetido à traqueostomia com colocação de Tubo-T de Montgomery e dilatações sucessivas, sem sucesso. Em 2009, foi realizada a ressecção do tumor. O paciente foi submetido à quimioterapia adjuvante e referido ao nosso hospital para correção da anomalia vascular. **Resultados:** Foi realizada traqueoscopia sob anestesia geral, que identificou estenose justacardinal e lesão pulsante acima da estenose. Por meio de esternotomia mediana, o paciente foi colocado em circulação extracorpórea, os ramos direito e esquerdo da artéria pulmonar foram dissecados e, após o pinçamento parcial da artéria pulmonar direita, realizada a divisão da artéria pulmonar esquerda com reimplante no tronco da artéria pulmonar. No 2º dia pós-operatório, foi realizada troca da cânula traqueal por prótese de Montgomery nº 8. O paciente manteve-se com o ramo lateral do tubo T fechado e prosseguiu em acompanhamento. **Conclusão:** A divisão cirúrgica de anel vascular está indicada em todos os pacientes sintomáticos. No pós-operatório imediato, poucos pacientes apresentam melhora do estridor, apesar do alívio da compressão traqueal. A obstrução, em geral relacionada ao edema de traqueia, pode demorar semanas ou meses para desaparecer. Em casos de comprometimento extenso ou grave deformidade traqueobrônquica, procedimentos adicionais para reconstrução da via aérea são necessários.

PO.070 OSTEOMIELITE DE ESTERNO POR TUBERCULOSE

BENOIT JACQUES BIBAS; MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; ÂNGELO FERNANDEZ; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A tuberculose óssea e articular ocorre em 1-3% dos pacientes infectados. Tuberculose primária do esterno ocorre em menos de 1% dos casos de tuberculose óssea. O fator de risco mais importante para essa condição é a esternotomia para cirurgia cardíaca. Outros fatores de risco incluem uso de drogas intravenosas, trauma torácico fechado, ressuscitação cardiopulmonar prévia, acesso venoso por via subclávia, diabetes mellitus, infecção por HIV, alcoolismo e vacinação para BCG. Menos de 40 casos foram relatados na literatura até hoje. **Objetivos:** Relato de caso e

revisão bibliográfica. **Método:** Paciente de 58 anos de idade, com passado de alcoolismo e tabagismo 30 anos/maço. Relatava abaulamento em porção proximal da clavícula direita e porção superior do manúbrio havia 6 meses. Negava febre, emagrecimento ou sudorese noturna. Ao exame físico, notava-se lesão eritematosa, que abaulava a articulação esterno-clavicular direita. Não havia secreção ou fistula. Tomografia computadorizada de tórax demonstrou lesão expansiva com componente lítico e coleções de perimeio na articulação esternoclavicular direita com componente extra-articular associado a erosões ósseas e esclerose marginal, com aspecto sugestivo de osteomielite. Tentada biópsia transtorácica da lesão esternal, porém revelou somente processo inflamatório. **Resultados:** Realizada incisão supraclavicular, estendendo-se para o manúbrio esternal. Realizado desbridamento da articulação esterno-clavicular e do manúbrio, e ressecção de toda a massa inflamatória. O diagnóstico final foi compatível com osteomielite por *Mycobacterium tuberculosis*. Foi iniciado esquema para tuberculose com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. **Conclusão:** Não há consenso na literatura sobre o melhor tratamento para a osteomielite tuberculosa. A drenagem precoce e desbridamento completo parecem acelerar a cicatrização e prevenir recorrências. No entanto, alguns autores preconizam tratamento clínico com drogas antituberculose, reservando a terapia cirúrgica para casos crônicos, com déficit motor ou falha de tratamento.

PO.071 LIPOMA GIGANTE DE MEDIASTINO

MARCUS MONACO; BENOIT JACQUES BIBAS; RICARDO MINGARINI TERRA; ÂNGELO FERNANDEZ; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Lipomas são frequentemente localizados no tecido celular subcutâneo, em distribuição topográfica variada. São geralmente de natureza benigna, mas podem apresentar degeneração maligna. Tumores como lipomas e timolipomas de mediastino são pouco descritos, com menos de 200 casos relatados no mundo. Representam 1,6-2,3% dos tumores primários de mediastino e são geralmente assintomáticos. Quando apresentam sintomas (dispnéia, arritmias e disfagia intermitente), são justificados pela compressão pulmonar, cardíaca, de vias aéreas e esôfago. **Objetivos:** Descrever um caso de lipoma gigante de mediastino e revisar os dados pertinentes da literatura sobre o tema. **Método:** Paciente do sexo masculino, 57 anos, encaminhado ao ambulatório de nossa instituição, pela imagem detectada em radiografia de tórax em exame de pré-operatório. Apresentava velamento nos 2/3 inferiores do pulmão esquerdo, porém era assintomático. Tomografia de tórax demonstrou grande massa de origem em mediastino anterior, que ocupava todo o hemitórax esquerdo. Foi submetido à toracotomia anterolateral esquerda. Foi encontrada grande massa de aspecto gorduroso, originando-se do mediastino anterior. A tumoração foi ressecada por completo, em bloco e pesava 2 kg. O diagnóstico anatomopatológico foi de lipoma de mediastino e, no seguimento pós-operatório, houve expansão completa do pulmão esquerdo. **Resultados:** O diagnóstico anatomopatológico foi de lipoma de mediastino e, no seguimento pós-operatório, houve expansão completa

do pulmão esquerdo. **Conclusão:** O lipoma mediastinal apresenta crescimento lento e evolução benigna. Deve ser feito diagnóstico diferencial com os lipossarcomas e seu tratamento consiste na ressecção completa do tecido adiposo maduro. A operação deve ser indicada, pois pode haver compressão de estruturas adjacentes e degeneração maligna.

PO.072 NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO: ANEURISMA DA ARTÉRIA PULMONAR

MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; BENOIT JACQUES BIBAS; FERNANDA SOBREIRO ALFINITO; HÉLIO MINAMOTO; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Aneurisma da artéria pulmonar é uma doença rara e tem sido associada a anomalias cardíacas, vasculares, hipertensão pulmonar, infecção e vasculite. A apresentação é geralmente inespecífica. Nos casos dos aneurismas idiopáticos, a causa é uma fraqueza da parede arterial por uma degeneração cística da camada média. **Objetivos:** Relato de caso e revisão bibliográfica. **Método:** Paciente de 63 anos de idade, sexo feminino, com antecedente de hipertensão arterial e tabagismo (40 anos/maço), foi encaminhada para nosso hospital por conta da presença de um nódulo pulmonar em radiografia de tórax de rotina. Negava febre, assim como qualquer tipo de sintoma respiratório ou alérgico. Foi realizada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou nódulo pulmonar de 2 x 1,6 cm, de bordas bem definidas no lobo médio do pulmão. **Resultados:** Pela suspeita de um câncer pulmonar, a paciente foi submetida à toracotomia direita. No intra-operatório, foi achado um nódulo de 2 cm, no segmento medial do lobo médio, de consistência mole, pulsátil e com frêmito à palpação, compatível com lesão vascular. Pelo achado e a localização da lesão, foi decidido realizar lobectomia pulmonar média. A paciente teve uma boa evolução, recebendo alta no 5º dia pós-operatório. **Conclusão:** Os aneurismas da artéria pulmonar são entidades raras e encontradas incidentalmente. Surgem em qualquer idade, com preferência pelo sexo feminino e em pacientes com antecedentes de infecção ou vasculite. Em termos clínicos, permanece silencioso até a ocorrência de sangramento ou aumento de suas dimensões. Os fatores mais importantes no diagnóstico são os antecedentes clínicos do paciente e um alto grau de suspeição. A evolução é imprevisível. Atualmente não existem protocolos para o tratamento dessa doença. Várias opções de tratamentos foram descritas, com resultados variáveis. Para lesões extensas, podemos utilizar as próteses vasculares e os procedimentos por hemodinâmica. Para lesões nodulares, a opção inicial é a ressecção pulmonar.

PO.073 VIDEOTORACECTOMIA – RELATO DE CASO

ALEXANDRE JOSÉ GONÇALVES AVINO; DARCY RIBEIRO PINTO FILHO; SUZAN LÚCIA BRANCHER BRANDÃO

HOSPITAL VIRVI RAMOS, CAXIAS DO SUL, RS

Objetivo: Os autores relatam um caso de toracectomia realizado por videotoroscopia. **Relato de Caso:** Paciente masculino de 61 anos foi diagnosticado como portador de mieloma múltiplo por meio de biópsia de lesão em arcos costais direitos por videotoroscopia. Desde então foi submetido a transplante de medula óssea, quimioterapia e

radioterapia sobre a lesão óssea por dor localizada. A despeito dos tratamentos o paciente permaneceu com dor localizada na lesão dos arcos costais que, recentemente, aumentou em intensidade. Passou a ser medicado com morfina oral sem resolução adequada do sintoma. Foi indicada ressecção da tumoração com intenção paliativa (controle da dor). Optou-se por iniciar o procedimento por videotoroscopia e, por essa via, foi possível remover o plastrão tumoral que incluiu um arco costal, pleura parietal, musculatura intercostal e tecido celular subcutâneo da parede. Para a secção das porções ósseas anterior e posterior à lesão, foi utilizado formão longo, posicionado pelos acessos de videotoroscopia, e martelo. A dissecação das partes moles foi realizada com tesoura e eletrocautério. O defeito resultante foi corrigido com o posicionamento de tela tipo Marlex por uma pequena incisão de 5 cm, utilizada para a remoção da peça cirúrgica. O procedimento foi finalizado com a drenagem da cavidade com dreno 28FR. O período pós-operatório evoluiu sem complicações e o paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório. A revisão ambulatorial demonstrou resolução da dor e resultado cosmético excelente. O exame anatomopatológico evidenciou: porção óssea com processo inflamatório crônico, tecido de granulação, necrose, sinais de remodelamento e alterações de caráter degenerativo. O espécime apresentou como dimensões 9,9 x 4,3 x 2,6 cm. de extensão. **Conclusão:** A videotoroscopia é uma ferramenta com diversas aplicações no dia a dia da cirurgia torácica. Entretanto, a abordagem das lesões da parede torácica onde existe comprometimento ósseo não é frequentemente relatada. O uso de material para secção óssea convencional pode ser introduzido pelos orifícios da toracoscopia (10 mm ou menos) e seu manuseio é totalmente satisfatório, sem prejuízo ao ato e sem sequela dolorosa.

PO.074 TRANSPLANTE PULMONAR URGENTE EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

MAURÍCIO GUIDI SAUERESSIG; SÔNIA PELLUAU; ISABELLE SERMET; VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA; WILLIAM LORENZI; AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO; REDHA SOULAMAS

HOSPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU, PARIS – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Pacientes com fibrose cística apresentam alta mortalidade quando em lista de espera para transplante pulmonar. Desde 2007, a França estabeleceu critérios para a realização do transplante pulmonar de urgência em pacientes com insuficiência respiratória terminal sob ventilação invasiva ou não invasiva. **Objetivo:** Avaliar a sobrevida a curto e longo prazos, assim como o tempo de espera em lista. **Método:** Analisamos retrospectivamente 15 transplantes de pulmão de urgência em pacientes com fibrose cística entre julho de 2007 e maio de 2010. **Resultados:** A mediana de tempo em lista de espera foi de 2,7 dias (1-5 dias). A série foi constituída principalmente por mulheres (68%). A média de idade foi de 15±5 anos. O BMI médio ficou em 16±2 e VEF1 pré-transplante de 29±7% do previsto. 62,5% dos pacientes apresentavam colonização por pseudomonas aeruginosa multirresistente. O tempo médio de isquemia foi de 401±9 min. Mortalidade peri-operatória esteve em 21%. A sobrevida em 1 e 2,5 anos foram de 73 e 54,5%, respectivamente. Dez receptores (66%) estão atualmente vivos. **Conclusão:** A realização do transplante pulmonar de urgência se justifica, uma vez que reduz o tempo de

espera em lista de transplante e aumenta a oportunidade de sobrevida naqueles pacientes com fibrose cística e com mau prognóstico em lista de espera de transplante pulmonar.

PO.075 GRAMPO TIPO JUDET DE NITINOL E SUA POSSÍVEL APLICAÇÃO EM TÓRAX INSTÁVEL

MAURÍCIO GUIDI SAUERESSIG; CARLOS EDUARDO BASTIANI; LÍRIO SCHAEFFER; BRUNO ROCHA DE MACEDO; DIEGO BALDISSERA; AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO; VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA; DÊNIS JARDIM VILLARINHO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – LABORATÓRIO DE TRANSFORMAÇÃO MECÂNICA DA UFRGS

Introdução: Fraturas em pelo menos dois pontos distintos, acometendo ≥ 3 costelas e, por conta do trauma contuso, podem desenvolver tórax instável. Essa situação caracteriza-se pelo movimento paradoxal da caixa torácica, dificultando a mecânica da respiração. Casos selecionados de tórax instável necessitam de fixação da fratura com grampos especiais (entre eles o tipo Judet) para facilitar a extubação e reduzir a dor de pacientes. Os atuais grampos de Judet são confeccionados em aço inox 316L que apresentam alguma dificuldade de manuseio e de aplicação pela pequena capacidade de deformação elástica. Órteses e próteses de Nitinol® (níquel-titânio) poderiam apresentar aplicação mais simplificada, uma vez que essa liga possui memória de forma (duas fases sólidas dependentes de temperatura), superelasticidade e excelente biocompatibilidade; além disso, o Nitinol assemelha-se em elasticidade ao osso cortical. **Objetivos:** Desenvolver um grampo do tipo Judet em Nitinol. Avaliar a elasticidade dos grampos de Judet em Nitinol. **Método:** A confecção de grampos tipo Judet em Nitinol ocorreu no Laboratório de Transformação Mecânica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Grampos (0,5 mm X 4 mm X 34 mm) foram confeccionados por eletroerosão a fio, seguido de tratamentos termomecânicos com acabamento de superfície. Realizamos ensaios de eletropolimento e anodização, e analisamos o módulo de elasticidade. Durante a manipulação do Nitinol, o resfriamento foi proporcionado com gás refrigerante. O aquecimento foi realizado com soprador de ar quente para a análise de recuperação de forma dos grampos. **Resultados:** O módulo de elasticidade foi em média de $E = 20$ GPa (osso cortical, $E = 12$ GPa). O tamanho final da peça fechada foi de 0,5 mm X 46 mm X 26 mm. **Conclusão:** O grampo de Judet em Nitinol apresentou comportamento satisfatório em relação à superelasticidade e memória de forma. Há a necessidade de prosseguir para uma avaliação experimental, agregando a mensuração de parâmetros viscosos e viscoelásticos da mecânica respiratória, especialmente em seu componente de parede torácica.

PO.076 IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA, CAPACIDADE RESPIRATÓRIA E DE EXERCÍCIO DA RESSECÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIA

MILENA MAKO SUESADA; JADER JOEL MACHADO JUNQUEIRA; RICARDO MINGARINI TERRA; ANDRÉ LUÍS PEREIRA DE ALBUQUERQUE; FABIANE POLISEL; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: As ressecções cirúrgicas de bronquiectasias são indicadas nos casos de doenças refratárias a tratamento clínico adequado, ou quando associadas a complicações

tais como infecções de repetição ou hemoptises. Entretanto, poucos são os dados existentes na literatura sobre o impacto da ressecção pulmonar na qualidade de vida, capacidade respiratória e do exercício nesses pacientes. **Objetivo:** Avaliar de forma prospectiva o impacto da ressecção pulmonar na qualidade de vida, capacidade respiratória e do exercício em pacientes com bronquiectasia. **Método:** Estudo prospectivo de pacientes com diagnóstico clínico e radiológico de bronquiectasia, sem resposta ao tratamento clínico adequado após 1 ano de seguimento e/ou com presença de complicações. Para a avaliação da capacidade respiratória foi utilizada a prova de função pulmonar completa (PFPC) e para a capacidade de exercício o teste de esforço cardiopulmonar máximo limitado por sintomas (TECP). Foram ainda aplicados os questionários de qualidade de vida WHOQOL-Bref e SF36. Os testes foram realizados antes da cirurgia e reavaliados no terceiro e nono mês pós-operatório. **Resultados:** No período de março/2009 a agosto/2010, foram incluídos 14 pacientes (8M/6F), com idade média de 41 ± 12 anos (20 a 65 anos). As cirurgias realizadas foram lobectomia em 11 casos e pneumonectomia em 3 casos. Na PFPC, foram observadas perdas significativas no VEF1 ($p=0,001$) e na CVF ($p=0,002$) no 3º mês, com recuperação do VEF1 no 9º mês pós-operatório ($p=0,11$). No TECP, foram encontradas perdas significativas no consumo máximo de oxigênio (VO_{2max} , $p=0,06$), ventilação minuto (VE, $p=0,02$) e volume corrente (VT, $p=0,01$) no pico do exercício no 3º mês PO com recuperação dos valores basais ao nono mês após a cirurgia. Houve ainda uma diminuição significativa do trabalho respiratório durante o exercício ao 9º mês pós-operatório ($\Delta VE/\Delta W$, $p=0,02$). Para os questionários de qualidade de vida, foram observados melhora significativa nos aspectos físicos ($p=0,01$), saúde mental ($p=0,04$) e estado geral da saúde ($p=0,01$) no SF36, e no aspecto físico ($p=0,005$) e saúde geral ($p=0,01$) no WHOQOL-Bref, já ao terceiro mês pós-operatório, que se mantiveram ao nono mês. A média de tempo de internação e de tempo de drenagem dos pacientes foram, respectivamente, de $8,1 \pm 3,2$ dias e $4,4 \pm 2,4$ dias e não foram observadas complicações importantes pós-operatórias. **Conclusão:** A ressecção cirúrgica da bronquiectasia diminuiu a capacidade respiratória e de exercício ao terceiro mês, com plena recuperação dos parâmetros analisados ao nono mês. Além disso, o TECP foi associado a uma diminuição significativa do trabalho respiratório e melhora na qualidade de vida, principalmente nos aspectos físicos e de saúde, indicando que o procedimento, além de benéfico e seguro, não implica perdas na capacidade funcional.

PO.077 ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA COM PLEURODESE VIA CATETER PLEURAL PARA O DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO

RICARDO MINGARINI TERRA; RENATO TAVARES BELLATO; LETÍCIA LEONE LAURICELLA; VÍCTOR ISHII; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O derrame pleural maligno recidivante é um importante fator de morbidade em pacientes com neoplasia. A pleurodese é o procedimento paliativo de escolha nesses pacientes e é realizada pela instilação de agentes esclerosantes via videotoroscopia ou via cateter pleural,

sendo que ambas as formas apresentaram eficácia similar em estudos recentes. **Objetivos:** Analisar a experiência com a pleurodese por meio de cateteres pleurais, em nosso hospital, em pacientes portadores de derrame pleural maligno recidivante, com foco na eficácia e ocorrência de eventos adversos periprocedimento. **Método:** Estudo retrospectivo envolvendo 183 pacientes submetidos à pleurodese via cateter pleural, durante o período de 2008 a 2010, em nosso hospital. Os pacientes foram analisados quanto à sua demografia, eficácia do procedimento - definida como a ausência de recorrência no período periprocedimento - e ocorrência de eventos adversos no mesmo período, definido como os 30 dias subsequentes à pleurodese. **Resultados:** Dos 183 pacientes analisados, 163 (89,1%) foram do sexo feminino e 20 (10,9%) do sexo masculino. A média de idade dos pacientes foi de 59,756 anos (DP 13,19). O predomínio do sexo feminino se refletiu na neoplasia predominante entre o total de pacientes, mama (48,6%), seguida por pulmão (32,2%), linfoma e cólon (2,7% ambos). O tempo médio de evolução do derrame foi de 2,96 meses (DP 2,45), com uma média de 2 punções prévias à execução da pleurodese (DP 2,44). O agente mais utilizado foi nitrato (121 pacientes), seguido pelo talco (62 pacientes). O tempo de seguimento médio dos pacientes após o procedimento foi de 34 dias (DP 109,34). Do total de pacientes, 68 (37,1%) desenvolveram eventos adversos no período periprocedimento, sendo os mais frequentes hipóxia (16 pacientes), obstrução do dreno (9 pacientes), dor torácica (5 pacientes) e febre (4 pacientes). Dois pacientes tiveram edema de reexpansão e 3 tiveram empiema. Registrou-se apenas um óbito durante o periprocedimento. Foi registrada recorrência em 12 (6,5%) dos pacientes. **Conclusão:** A pleurodese com cateter pleural se mostrou um procedimento eficaz no controle dos sintomas do derrame pleural neoplásico recidivante na grande maioria dos pacientes. Embora a ocorrência de eventos adversos tenha sido numericamente alta, qualitativamente tratou-se de ocorrências de baixa morbidade e fácil resolução, demonstrando ser também um procedimento seguro. Por conta do maior conforto que proporciona aos pacientes em decorrência do calibre reduzido do cateter, a pleurodese com cateter pleural se mostrou uma ferramenta bastante atraente no tratamento desses pacientes em nossa instituição.

PO.078 RELATO DE DOIS CASOS DE COMPLICAÇÃO INÉDITA DE SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER

LETÍCIA LEONE LAURICELLA; DANIEL REIS WAISBERG; RICARDO MINGARINI TERRA; ÂNGELO FERNANDEZ; MÁRIO TERRA FILHO; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A síndrome de Rendu-Osler-Weber (RWO) ou telangiectasia hemorrágica hereditária é displasia fibrovascular de herança autossômica dominante, que determina maior ruptura capilar caracterizada por telangiectasias e epistaxes recorrentes. Está relacionada a diversas complicações, como hemotórax, sangramento gastrointestinal e abscesso cerebral. **Objetivo:** Relatar dois casos inéditos de irmãos com síndrome de RWO com malformações arteriovenosas (MAV) pulmonares que apresentaram abscesso esplênico. **Relatos dos Casos:** Caso 1 - homem, 42 anos, com síndrome de RWO previamente diagnosticada, apresentou febre, dor

abdominal e perda ponderal por 1 mês. Tomografia de abdome revelou abscesso subfrênico. O doente foi submetido à laparotomia com achado intra-operatório de abscesso em polo superior esplênico, sendo realizada esplenectomia. A hemocultura revelou *Streptococcus intermedius* e o ecocardiograma demonstrou vegetação em valva aórtica. O doente recebeu gentamicina e penicilina cristalina, obtendo alta no 15º pós-operatório. Após seis meses, apresentou episódio de endocardite por *Staphylococcus viridians* e foi tratado com gentamicina e ceftriaxone. Após dois meses, realizou embolização de MAV pulmonar em lobo superior esquerdo, permanecendo sem intercorrências desde então. Caso 2 - mulher, 39 anos, no 3º mês de pós-parto cesariano, apresentou dor torácica e febre por 1 semana, sendo diagnosticado derrame pleural esquerdo. Tomografia de tórax mostrou MAV em lobo inferior direito e abscesso esplênico, sendo constatada síndrome de RWO. Realizada drenagem percutânea de abscesso e do derrame, além de ciprofloxacina e clindamicina por 30 dias. Permanece sem intercorrências em 7 meses de seguimento. Além dos casos relatados, há 3 irmãos e 1 irmã portadores da síndrome com manifestações mucocutâneas e 1 irmã diagnosticada como portadora a partir de episódio de hemotórax infectado, que requereu decorticação e revelou, durante investigação, MAV em lobo inferior direito e língua. São, portanto, 7 irmãos afetados de um total de 11 (6 homens e 5 mulheres).

PO.079 EFICÁCIA E SEGURANÇA DA VIDEOTORACOSCOPIA UNIORTAL NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PLEURAI E MEDIASTINAIS

BENOIT JACQUES BIBAS; RICARDO MINGARINI TERRA; MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; BARBARA TOMASI SASSI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Procedimentos diagnósticos e terapêuticos são realizados de forma segura e eficaz via videotoracosopia, com importantes vantagens clínicas e econômicas em relação à cirurgia convencional a céu aberto. Recentemente, com o objetivo de reduzir ainda mais a invasividade do método, a abordagem por um único acesso vem sendo utilizada no lugar do tradicional acesso com três portais. A videotoracosopia uniportal representa uma opção versátil e efetiva para o tratamento e diagnóstico de diversas condições intratorácicas, permitindo ampla exposição do pulmão, pleura e mediastino, e redução da dor pós-operatória e internação hospitalar. **Objetivos:** Avaliar a segurança e a eficácia da videotoracosopia uniportal no diagnóstico e no tratamento de lesões mediastinais e pleurais. **Método:** Análise retrospectiva de todos os pacientes que foram submetidos à videotoracosopia uniportal para diagnóstico e tratamento de lesões pleurais e mediastinais no período de abril a novembro de 2010. O procedimento foi realizado em centro cirúrgico, sob anestesia geral, com intubação seletiva. Foi realizada incisão única de 2,5 cm de extensão e diérese por planos até cavidade torácica. A inspeção da cavidade foi realizada com ótica de 5 mm/30º. A drenagem da cavidade pleural foi opcional e a critério do cirurgião. O dreno torácico foi retirado com débito claro, sem sinais de sangramento e < 200 mL em 24h. **Resultados:** Treze pacientes (5H / 8 M), com idade média de 58,7±10

anos, foram incluídos. O diagnóstico pré-operatório foi de derrame pleural em 7 (54%) casos, derrame pleural neoplásico em 3 (23%), massa mediastinal em 2 (15%) e massa pleural em 1 (8%). As operações realizadas foram biópsia de pleura em 5 (38%) casos, biópsia de pleura e pleurodese em 4 (30%), biópsia de massa mediastinal em 2 (15%) e biópsia de pleura e mediastino com pleurodese em 1 (8,5%) e ressecção de tumor pleural em 1 (8,5%). Não houve complicação hemorrágica ou conversão para toracotomia em nenhum caso. Em um paciente houve lesão do pulmão, com necessidade de drenagem da cavidade pleural. Em nove (69%) pacientes, foi optado por drenagem da cavidade torácica, e em 4 (31%), a cavidade não foi drenada. Os drenos foram retirados, em média, no 5º dia (2-17) e os pacientes tiveram alta, em média, no 5º dia de pós-operatório (1-41). Em todos os casos, foi obtido diagnóstico histológico. Em 7 casos, o diagnóstico foi de neoplasia metastática para pleura; em 2, de pleurite crônica; em 1, de tumor fibroso de pleura; em 1, de neoplasia metastática para mediastino; em 1, de linfoma de Hodgkin e em 1, de sarcoma de mediastino. Um paciente apresentou fistula aérea prolongada e enfisema de subcutâneo; 1 apresentou derrame pericárdico e tamponamento 30 dias após a operação; e 1 paciente faleceu de causas não relacionada à operação 41 dias após o procedimento. Conclusão: A videotoroscopia uniportal é eficaz e segura para o diagnóstico e tratamento de lesões pleurais e mediastinais.

PO.080 VERTEBRECTOMIA TOTAL EM BLOCO NA COLUNA TORÁCICA POR VIA POSTERIOR EXCLUSIVA: SÉRIE DE 3 CASOS E DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA

RICARDO M. TERRA; PEDRO HENRIQUE X. NABUCO; WILLIAM GEMIO JACOBSEN TEIXEIRA; DOUGLAS KENJI NARAZAKI; LETÍCIA L. LAURICELLA; NILTON LARA JR.; FÁBIO B. JATENE; TARCÍSIO ELOY PEREIRA DE BARROS FILHO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Os tumores malignos primários, benignos agressivos e metástases isoladas da coluna são raros. Muitos desses tumores têm baixa resposta a tratamento quimioterápico ou à radioterapia convencional. A vertebrectomia total possibilita a ressecção do tumor de coluna com margem ampla ou marginal com controle local da doença. A vertebrectomia total em bloco da coluna torácica é geralmente feita por uma cirurgia em dois tempos, comum à via combinada. Entretanto, a via de acesso posterior exclusiva apresenta vantagens para a excisão completa do tumor e reconstrução circunferencial da coluna. Para tanto, o cirurgião torácico tem papel fundamental na osteotomia dos arcos costais, ligadura das artérias segmentares e proteção das estruturas pré-vertebrais. **Objetivos:** Descrição da técnica para vertebrectomia em bloco por via posterior exclusiva e dos resultados de 3 casos consecutivos. **Método:** Revisão retrospectiva de três doentes submetidos à vertebrectomia total em bloco por via posterior exclusiva. **Resultados:** Três doentes, dois do sexo feminino e um do sexo masculino, foram submetidos à vertebrectomia em bloco por via posterior exclusiva. A média de idade dos doentes foi de 27,46 anos

(15 a 37). Os diagnósticos oncológicos dos doentes foram: condrossarcoma mesenquimal, hemangiopericitoma e um tumor de células gigantes recidivado. O tempo médio de seguimento pós-operatório é de 6,26 meses (4,13 a 6,93). Dois doentes foram submetidos à vertebrectomia de um nível e um doente foi submetido à vertebrectomia tripla. O doente que apresentava o condrossarcoma metastático e foi submetido à vertebrectomia tripla apresentava paraplegia incompleta (Frankel B) e demonstrou melhora neurológica, com recuperação de marcha assistida (Frankel D). Os demais doentes não apresentavam déficit motor e não tiveram complicações neurológicas pós-operatórias. Até o momento, não há sinais de recorrência local em nenhum dos casos. Ocorreram 5 complicações pós-operatórias: 1 hipotensão liquórica, 1 empiema, 1 quilotórax, 1 soltura de bloqueador, 1 dor neuropática no trajeto da ligadura da raiz. A técnica cirúrgica para vertebrectomia em bloco por via posterior será demonstrada durante a apresentação. **Conclusão:** Apesar da dificuldade técnica e da frequência elevada de complicações pós-operatórias, a vertebrectomia em bloco por via posterior exclusiva permite que tumores da coluna vertebral na região torácica sejam ressecados com margem oncológica adequada e manutenção da função neurológica, sem a necessidade de uma dupla via combinada.

PO.081 RESSECÇÃO EM BLOCO DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DA CAIXA TORÁCICA E COLUNA TORÁCICA COM AUXÍLIO DE TORACOSCOPIA

RICARDO M. TERRA; LETÍCIA L. LAURICELLA; WILLIAM GEMIO JACOBSEN TEIXEIRA; DOUGLAS KENJI NARAZAKI; PEDRO H. X. NABUCO; NILTON LARA JR.; FÁBIO B. JATENE; TARCÍSIO ELOY PEREIRA DE BARROS FILHO
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O tratamento cirúrgico para ressecção em bloco de tumores que envolvem a caixa torácica e a coluna torácica traz desafios técnicos pelo risco de lesão de estruturas nobres, como a medula espinal e grandes vasos. **Objetivos:** Descrição do uso de toracoscopia para ligadura das artérias segmentares para possibilitar a osteotomia vertebral com segurança. **Método:** Relato de caso e descrição da técnica. **Resultados:** Paciente de 33 anos, do sexo masculino, apresentava queixa de dor dorsal progressiva havia um ano. Teve diagnóstico de lesão tumoral que envolvia o 8º e 9º espaços intercostais, com invasão direta dos processos transversos, pedículos e corpo vertebral de T8 e T9. A lesão dos arcos costais chegava até 7,5 cm da linha média. Foi solicitada biópsia guiada por tomografia, que demonstrou tumor de células gigantes com indicação de ressecção em bloco de parte das vértebras de T8 e T9 e dos respectivos arcos costais. Foi realizada uma laminectomia de T8 e T9, com ligadura das raízes torácicas desses níveis. A toracoscopia foi então realizada para a ligadura das artérias segmentares de T8 e T9, que estariam sob risco de lesão durante os cortes vertebrais. Os cortes vertebrais foram então realizados com osteótomo, a partir da base medial dos pedículos de T8 e T9 e dos respectivos arcos costais com a retirada em bloco do tumor. O fechamento da caixa torácica foi realizado por meio da aproximação dos planos musculares. Não houve complicações pós-operatórias. **Conclusão:** A toracoscopia é

um método que permite a ligadura das artérias segmentares sob visão direta, de forma a reduzir o risco de dano vascular acidental durante as osteotomias de coluna torácica.

PO.082 SOBREVIDA DE PACIENTES COM DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO QUE DESENVOLVEM TAMPONAMENTO CARDÍACO

MAURO F. L. TAMAGNO; RICARDO M. TERRA; RODRIGO O. SABBION; BENOIT JACQUES BIBAS; PEDRO HENRIQUE X. NABUCO DE ARAÚJO; LETÍCIA L. LAURICELLA; FÁBIO B. JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O derrame pericárdico maligno acomete 2 a 20% dos pacientes com neoplasia e merece tratamento quando o volume do derrame interfere na função circulatória. Contudo, essa condição está associada a um prognóstico muito ruim, que nos faz questionar a utilização de métodos mais invasivos. **Objetivos:** Avaliar a sobrevida de pacientes com derrame pericárdico neoplásico que desenvolvem tamponamento cardíaco e são submetidos à pericardiostomia subxifoídea. **Método:** Avaliação retrospectiva de prontuários de pacientes com diagnóstico de derrame pericárdico e tamponamento cardíaco operados entre março de 2009 e outubro de 2010 em instituição dedicada ao tratamento do câncer. O diagnóstico do derrame pericárdico e do tamponamento cardíaco foi baseado em achados de radiografia de tórax ou tomografia de tórax e no resultado de ecocardiograma transtorácico. O diagnóstico definitivo da malignidade do derrame foi estabelecido por estudo citológico ou histológico. O seguimento após a alta hospitalar foi realizado com intervalos de 1 a 3 meses. Consideramos, para fins de estabelecer a sobrevida, a data da cirurgia como tempo 0 e a data do óbito como evento. **Resultados:** Foram analisados 23 pacientes, 15 homens e 8 mulheres, com idade média de 53 anos (variando de 29 a 68 anos), todos submetidos à pericardiostomia cirúrgica subxifoídea. As neoplasias primárias mais frequentes foram câncer de pulmão (58%) e câncer de ovário (18%). Em 19 casos, a extensão da doença para o pericárdio foi confirmada por citologia ou biópsia. A associação entre derrame pleural e derrame pericárdico ocorreu em 39% dos casos, sendo 73% dos casos à esquerda. Todos esses pacientes foram drenados (6 à esquerda e 3 à direita). Quanto a complicações cirúrgicas, um paciente teve parada cardiorrespiratória na indução anestésica, que foi revertida, e outro desenvolveu arritmia paroxística no pós-operatório, porém não foi observada mortalidade pós-operatória diretamente relacionada à pericardiostomia subxifoídea. O tempo médio de permanência dos drenos foi de 5,4 dias e não foram registradas recidivas do derrame, precoces ou tardias. Cinquenta e três por cento dos pacientes operados receberam alta hospitalar em uma mediana de 8 dias após o procedimento. Os demais acabaram falecendo por progressão da doença, ainda internados. Ao fim do estudo, 21% dos pacientes permaneciam vivos, contudo a sobrevida em 1 ano foi de apenas 10%. **Conclusão:** O tamponamento cardíaco em pacientes com derrame pericárdico neoplásico é complicação que indica um avançado estado da doença de base, sua gravidade é demonstrada pelo fato de que apenas metade dos pacientes internados por essa condição acaba

por receber alta hospitalar. Entretanto, observa-se sobrevida superior a 1 ano em 10% dos pacientes, reforçando a necessidade de tratamento dessa condição potencialmente letal.

PO.083 PROSTACICLINA (PGI2) NEBULIZADA DURANTE A EXTRAÇÃO NA PRESERVAÇÃO PULMONAR: ESTUDO EXPERIMENTAL EM PULMÕES DE RATOS

ROGÉRIO PAZETTI; HENRIQUE TAKACHI MORIYA; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FRANCINE MARIA DE ALMEIDA; KARINA FECHINI; ARISTIDES TADEU CORREIA; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A preservação pulmonar para transplante inclui a administração de vasodilatadores (prostanoides) diretamente na circulação pulmonar para melhor distribuir a solução de preservação e atenuar a injúria de reperfusão pós-isquêmica. Há evidências de que prostanoides inalados possam ter efeitos benéficos na preservação quando utilizados no doador no momento da extração pulmonar. **Objetivos:** Comparar o desempenho após a reperfusão de pulmões de ratos que tenham recebido prostaglandina I2 (PGI2) inalada ou injetada na circulação pulmonar. **Método:** Ratos machos Wistar foram anestesiados (isoflurane 5%), heparinizados (500UI), traqueostomizados, ventilados (Flexivent®, FR=90rpm, FiO2=1), submetidos à esternotomia e randomizados em 4 grupos (N=10 cada) antes da perfusão pulmonar com solução preservadora: grupo SALinj (salina injetada art. pulmonar-0,1mL bolus); grupo SALneb (salina nebulizada - 2 minutos); grupo PGI2inj (Ilomedin®10µg/kg art. pulmonar-0,1mL bolus); grupo PGI2neb (ilomedin®20µg/kg nebulizada - 2 minutos). Foi administrada solução de Perfadex® (20mL,4°C) na artéria pulmonar, o bloco coração-pulmão foi extraído, preservado por 6 horas (4-8°C), sendo reperfundido ex-vivo com sangue homólogo por 50 minutos (IL2 lung perfusion system, Harvard Apparatus™). A cada 10 minutos obtiveram-se medidas da mecânica respiratória, peso pulmonar, pressão da artéria pulmonar (PAP) e capacidade relativa de oxigenação (CRO). **Resultados:** Houve redução significativa da PAPmédia após a nebulização em todos os animais (de 11.4±4mmHg para 8.1±5mmHg; p=0,0001), sem diferença entre grupos (delta PAPpré-PAPPós, p=0,21). Na reperfusão, o volume corrente e complacência foram maiores no grupo PGI2neb na metade final da reperfusão sem atingirem significância estatística. A resistência não diferiu entre os grupos. PAP na reperfusão foi inferior em ambos os grupos PGI2 sem diferença significativa em relação aos demais. A média da CRO no grupo PGI2neb foi superior às demais (31±4mmHg), porém não atingiu diferença significativa. O peso pulmonar foi significativamente menor no grupo PGI2neb (p=0,008) e a relação peso úmido/peso seco diferiu entre os grupos (p=0,04). **Conclusão:** Adição de prostaciclina nebulizada na extração de pulmões de ratos nesse modelo de perfusão ex-vivo resultou em parâmetros de mecânica ventilatória, hemodinâmica, trocas gasosas e índice de edema comparáveis aos métodos convencionais. As tendências à melhor oxigenação, menor PAP e a redução do índice de edema no grupo PGI2neb podem ser benéficas para a eventual aplicação clínica futura.

PO.084 CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR TIPO MUCINOSO COM BRONCORRÉIA DIAGNOSTICADO POR MEIO DE BIÓPSIA GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORÁX

CAROLINA LIMA DIAS DE CARVALHO; JULIANO SOUSA DE CARVALHO; RAQUEL FELISARDO ROSA; FÁBIO JÚNIOR VIDEIRO BARBOZA DE PAULA; JÚLIO CÉSAR MARTINS COSTA; FELIPE DRUMOND TANOS LOPES
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE E CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, MG

Introdução: O carcinoma bronquioloalveolar (CBA) é considerado um subtipo de adenocarcinoma de pulmão. Representa menos que 5% dos tipos histológicos de câncer de pulmão não pequenas células. O CBA tipo mucinoso é representado por células colunares produtoras de mucina, responsável pelo tipo consolidação, tem pior prognóstico do que os não mucinosos. As principais formas de apresentação radiográficas do CBA são: nódulo pulmonar solitário; múltiplos; pneumônica. A forma pneumônica, caracterizada por opacidade do tipo consolidação com aerobroncogramas de permeio, é considerada uma manifestação tardia do CBA. Com certa frequência, há envolvimento de um ou mais lobos. A consolidação lobar com aerobroncograma está mais relacionada ao subtipo mucinoso do CBA. O resultado histopatológico e/ou citológico do material é obtido por meio de biópsia transbrônquica ou por agulha. CBA com envolvimento pulmonar difuso e bilateral tem prognóstico sombrio, com sobrevida média de quatro meses. **Objetivo:** Descrever o caso de carcinoma bronquioloalveolar tipo mucinoso. **Relato de Caso:** Paciente M.N.A., feminina, 75 anos, branca, moradora de Belo Horizonte, MG, hipertensa e não tabagista. Com queixa inicial de tosse seca ocasional e dispnéia aos médios esforços, evoluindo com expectoração abundante de aspecto mucoide havia 2 meses e dispnéia em repouso. Admitido em unidade de urgência e encaminhado à Santa Casa de Belo Horizonte no dia 25/9/2009. Ao exame físico – paciente febril (38,6), dispnéica, AR-MV diminuído tipo crepitação 1/3 inferior do HTX esquerdo e difusamente no HTX direito, FR=26 ipm, PA=140/ 90 e FC=84. Sem leucocitose com desvio para esquerda, PCR=204, PO2=57,9, SatO2=91,6%, PCO2=28,8. Radiografia de tórax – opacidade homogênea tipo consolidação com broncograma aéreo nos campos pulmonares direita e opacidades homogêneas tipo consolidação na base do campo pulmonar esquerdo. TC tórax – consolidações e nódulos com vidro fosco. Realizada biópsia guiada por TC do lobo inferior direito. Anatomopatológico compatível com carcinoma bronquioloalveolar tipo mucinoso. Paciente avaliada pela oncologia, indicado quimioterapia. Evoluiu com óbito após 5 meses do diagnóstico. **Conclusão:** É importante avaliar as diversas manifestações clínicas e radiológicas para estabelecer diagnóstico diferencial e levantar hipótese CBA.

PO.085 OSTECONDROMA DE ARCO COSTAL EM CRIANÇA LEVANDO A ROTAÇÃO CARDÍACA

ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Introdução: O osteocondroma é o tumor ósseo benigno mais comum. Apresenta-se normalmente como uma massa indolor que cresce a partir da superfície externa da metáfise dos arcos costais, sendo mais comum em

indivíduos jovens do sexo masculino. Geralmente são lesões únicas, mas podem ter localizações múltiplas e estar associadas à osteocondromatose familiar. Radiologicamente se caracteriza por uma lesão óssea, pediculada ou séssil, recoberta por uma camada de cartilagem e pode conter áreas de calcificação difusas no seu interior. Existe a possibilidade de malignização em 0,1% das lesões solitárias, que devem ser suspeitadas quando ocorre crescimento rápido ou há dor local. O tratamento cirúrgico com ressecção completa da lesão e margens amplas é curativo em todos os casos. **Objetivo:** Relatar um caso de osteocondroma de arco costal em uma criança, que pelo tamanho da lesão provocava compressão e rotação cardíaca para direita. **Relato de Caso:** Masculino, 6 anos, branco, pré-escolar. Paciente previamente hígido realizou radiografia de tórax por conta da queda da própria altura aos 4 anos. Na ocasião foi evidenciada alteração radiológica interpretada como fratura óssea. Durante seguimento com o pediatra foram realizadas novas radiografias de tórax que evidenciaram crescimento progressivo da lesão, sendo então encaminhado para o serviço de cirurgia torácica. Nas radiografias de tórax notamos uma opacidade irregular que ocupava o 1/3 médio do hemitórax esquerdo, com áreas sugestivas de calcificação no seu interior e rotação, e desvio do mediastino contralateralmente. A tomografia de tórax mostrou lesão expansiva em região anterior do 4º arco costal esquerdo, heterogênea, com componentes de cálcio e cartilagem em seu interior, em íntimo contato com área cardíaca. O paciente foi submetido à toracotomia esquerda para ressecção de tumoração óssea. No intra-operatório foi evidenciada uma tumoração exofítica comprometendo somente o 4º arco costal esquerdo, rechaçando o coração para a direita, sem infiltração da pleura parietal e do pericárdio. Foi realizada ressecção do 4º arco costal de aproximadamente 4 cm, sendo uma das bordas a articulação costal à esquerda. Após ressecção do tumor, foi realizada a reconstrução da parede torácica com os músculos peitoral maior e serrátil anterior, com boa estabilidade final. Paciente evoluiu muito bem no pós-operatório (PO), sendo sacado o dreno de tórax no 2º PO e recebendo alta hospitalar no 3º PO. O anatomopatológico foi compatível com osteocondroma. **Conclusão:** Em nosso caso, temos uma criança que foi acompanhada radiologicamente por diagnóstico errôneo de fratura de arco costal (calo ósseo), e somente no seguimento, quando foi observado aumento importante da lesão com desvio do mediastino contralateralmente e compressão cardíaca, pensou-se em tumor.

PO.086 TUMOR DE CÉLULAS CLARAS PRIMÁRIO DO MEDIASTINO

ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; GUAREIDE CARELLI; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Introdução: Os carcinomas primários de mediastino são lesões raras, geralmente derivadas dos tecidos tímico, neurogênico, linfático ou mesenquimal. O encontro de células ectópicas do timo não é um achado incomum, porém um carcinoma de células claras derivado daquelas é um achado extremamente raro, sendo encontrado na literatura somente um relato de caso. **Objetivo:** Relatar um

raro caso de tumor de células claras primário do mediastino. **Relato de Caso:** Masculino, 62 anos, branco. Havia 2 meses refere início de tosse com expectoração hialina associada à coriza e obstrução nasal. Negava febre, dispneia, hemoptise, inapetência e emagrecimento. Tratado inicialmente com medicação sintomática, porém não havendo melhora dos sintomas, foi realizada radiografia de tórax que evidenciou uma massa homogênea, de contornos regulares, perihilar esquerda. Na tomografia computadorizada de tórax, observou-se que a massa de 7 cm se localizava no mediastino médio e realçava muito pouco ao contraste. Foi indicada ressecção cirúrgica da lesão pensando inicialmente tratar-se de um timoma. O paciente foi submetido à videotoracoscopia, sendo necessária conversão para toracotomia para dissecação da porção mediastinal do tumor que se encontrava em íntimo contato com o tronco da artéria pulmonar. Evoluiu bem no pós-operatório (PO) com saque do dreno de tórax no 3º PO, recebendo alta hospitalar no dia seguinte. O anatomopatológico da peça cirúrgica foi compatível com carcinoma de células claras. No primeiro retorno ambulatorial (10º PO) referiu dois episódios de eliminação de coágulos pela urina em casa. Foi solicitado um exame de urina com pesquisa de células neoplásicas que veio positivo. Para complementação diagnóstica, pensando-se em tumor renal ou de vias urinárias com metástase mediastinal, foi realizada uma tomografia de abdome que não evidenciou alterações e uma cistoscopia pela equipe da urologia, com coleta de lavado vesical. No exame endoscópico foi visualizado apenas um aumento dos lobos prostáticos, compatível com hiperplasia prostática benigna e o lavado foi negativo para células neoplásicas. **Conclusão:** O tumor de células claras é um raro tipo histológico de tumor primário de mediastino, usualmente encontrado no trato genito-urinário. Foi descartada a possibilidade de lesão metastática por se tratar de uma lesão mediastinal única e extensa, sem comprometimento primário e/ou secundário de outros órgãos. O citopatológico positivo na urina foi interpretado como falso-positivo, visto que não foram evidenciadas alterações nem na tomografia, nem na cistoscopia, e o lavado vesical foi negativo para células neoplásicas.

PO.087 PAPILOMATOSE LARÍNGEA COM DISSEMINAÇÃO PARA TRAQUEIA E PARÊNQUIMA PULMONAR – RELATO DE UM CASO

CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO; IANA OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO; HYLAS PAIVA DA COSTA FERREIRA; GABRIELA LUCENA DE ARAÚJO; WENDELL RICARDO DE MEDEIROS ALVES FERNANDES; YANA CLARA ARAÚJO MARTINS

UFRN

Introdução: A papilomatose laringea é uma doença geralmente autolimitada e recorrente, provocada por infecção pelo HPV (papiloma vírus humano) 1, 2, 3, 4. Os principais sorotipos envolvidos são o 6 e o 11,5,6. Acomete mais frequentemente as crianças, por transmissão vertical, podendo ocorrer também em adultos. Na maioria dos casos, a doença limita-se a laringe, mas eventualmente pode disseminar para árvore traqueobrônquica e parênquima pulmonar 7, 8, 9. Estima-se que 2 a 5% das papilomatoses laringeas cheguem à traqueia e brônquios e menos de 1% atinjam o parênquima pulmonar 4, 10. **Objetivo:** Relatar um caso de papilomatose laringea com disseminação para traqueia e parênquima pulmonar. **Método:** Paciente de

26 anos, masculino, havia 23 anos apresentou disфония sem outras queixas associadas, sendo feito diagnóstico de papilomatose laringea por laringoscopia com biópsia. Realizou aproximadamente trinta ressecções cirúrgicas na laringe ao longo dos 23 anos de evolução, bem como tratamento a laser de lesão traqueal também por papilomatose, havia 13 anos. Havia 1 ano surgiu dispneia aos médios esforços sem outros sintomas respiratórios associados. Havia 8 meses, mesmo após a última ressecção cirúrgica da laringe, a dispneia piorou, levando-o a procurar pneumologista. Ao exame físico: estado geral regular, eupneico, afebril, orientado e consciente; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, assim como o exame abdominal. **Resultados:** Tomografia computadorizada de tórax revelou lesão nodular intratraqueal de 2,7 cm obstruindo mais de 50% da sua luz, bem como lesões nodulares com escavação em parênquima pulmonar bilateralmente, compatíveis com papilomatose traqueal e pulmonar. Foi submetido à laringotraqueoscopia sob anestesia local e sedação, a qual revelou extensas vegetações em pregas vocais, glote, subglote e nos primeiros anéis traqueais, promovendo extensa diminuição da luz traqueal. Para assegurar uma via aérea, uma traqueostomia foi feita abaixo das referidas lesões e introduzida uma cânula de silicone (portex nº 8). Após anestesia geral, foi realizada ressecção das lesões laringotraqueais e posicionada uma prótese em T (Montgomery nº 12). Uma broncofibroscopia por dentro do Montgomery mostrou a localização correta dele, sendo então fechado seu ramo externo ou horizontal. As lesões do parênquima não foram retiradas. O material enviado para biópsia revelou papilomatose laringotraqueal. Iniciou-se tratamento com Interferon e 45 dias após uma nova endoscopia respiratória revelou involução completa de todas as lesões. **Conclusão:** A raridade desse caso reside na forma de apresentação dele, pois houve disseminação da papilomatose laringea para traqueia e especialmente para ambos os pulmões. Os autores reforçam que, apesar dessa forma de apresentação ser incomum, é de extrema relevância pensar nessa possibilidade quando um portador de papilomatose laringea apresentar dispneia progressiva mesmo após ressecção das lesões laringeas.

PO.088 ADENOCARCINOMA TÍMICO – RELATO DE CASO

VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA; WILLIAM LORENZI; MAURÍCIO GUIDI SAUERESSIG; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; JÚLIO DE OLIVEIRA ESPINEL; HUGO GOULART DE OLIVEIRA; AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Adenocarcinomas tímicos são lesões extremamente raras e existem poucas informações na literatura. Relatos de caso ainda são a maior fonte de informações para entender o prognóstico e manejo dessa neoplasia. **Objetivo:** Discutir a abordagem cirúrgica e o diagnóstico patológico de uma lesão rara de mediastino anterior. **Relato de Caso:** Masculino, 50 anos, com disфония havia 3 meses e hemoptise maciça fazia 1 mês, com emagrecimento de 20 kg. Internou na urgência, com TC de tórax apresentando massa no mediastino anterior, sem outras lesões. Fibrobroncoscopia (24/9/2008) com desvio da traqueia para direita, mucosa friável e sem evidências de lesão endobrônquica, compressão extrínseca ou sangramento ativo. Endoscopia digestiva alta sem evidência de sangramento

gastroesofágico e avaliação da otorrino sem evidência de sangramento em via aérea superior. Estadiamento sem evidência de metástase. Punção diagnóstica sugeriu se tratar de timoma. Submetido à ressecção cirúrgica (3/10/2008), por esternotomia e toracotomia auxiliar esquerda. Ressecção e reconstrução de parte do tronco venoso braquicefálico, pois a lesão o invadia grosseiramente. Realizado também pericardiectomia, segmentectomia apical, por invasão em pericárdio e lobo superior esquerdo e linfadenectomia mediastinal. Alta da UTI no 4º PO com boa recuperação. Anatomopatológico: “Adenocarcinoma acinar e papilar”; “margens comprometidas ao nível de artéria subclávia” (esse vaso não foi ressecado no intra-operatório, porém retirado toda sua adventícia para amostragem). Imuno-histoquímica: “positivo para CK7, CEA, CKAP e P63; foi negativo para CK20, TTF1, CD5, tireoglobulina, HMB1 e CD15; favorecendo uma neoplasia primária tímica”. Realizado quimio e radioterapia adjuvante. Após 1 ano em TC de tórax de controle, houve surgimento de 2 lesões nodulares no lobo inferior esquerdo. Realizado no dia 21/10/2009 toracotomia exploradora esquerda com identificação e ressecção de dois nódulos pulmonares. O maior de 2 cm em segmento posterior LIE com ressecção em cunha e o menor de 1 cm em segmento basal lateral por pulmotomia. Pós-operatório sem intercorrências. O resultado anatomopatológico de ambos os nódulos foi de adenocarcinoma metastático. Até o presente momento, paciente em acompanhamento tomográfico sem surgimento de novas lesões metastáticas. Conclusão: Existem relatos isolados e pequenas séries de casos de adenocarcinomas de timo. A origem tímica das lesões geralmente é definida com auxílio imuno-histoquímico, como foi no caso apresentado. Pode haver elevação de marcadores tumorais como CEA, CA19-9 e beta-HCG. Essa neoplasia geralmente é agressiva, demonstrando invasão local no momento do diagnóstico. Tende a recidivar localmente e à distância na maioria dos pacientes. O tratamento preferencial é a ressecção cirúrgica da lesão tímica. A ressecção de metástases e o tratamento com quimioterapia sistêmica têm benefício ainda a ser definido.

PO.089 HEMANGIOPERICITOMA DE MEDIASTINO – RELATO DE CASO

VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA; WILLIAM LORENZI; JÚLIO DE OLIVEIRA ESPINEL; MAURÍCIO GUIDI SAURESSIG; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; HUGO GOULART DE OLIVEIRA; AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Hemangiopericitomas são tumores muito raros que podem surgir em quase qualquer localização e são incomuns no mediastino. O diagnóstico diferencial com outras lesões mesenquimais é de fundamental importância para o tratamento e prognóstico. **Objetivo:** Discutir a abordagem cirúrgica e o diagnóstico patológico de uma lesão mediastinal rara. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 55 anos, ex-tabagista, com história de hipertensão arterial e depressão. Avaliada pela primeira vez em fevereiro/2009. Vinha há 9 anos com queixa de dor lombar alta, com irradiação anterior até o nível da cicatriz umbilical. Procurou atendimento pela perda de aproximadamente 10 kg de peso em três meses. RX de tórax identificou massa na região paravertebral esquerda. TC de tórax mostrou lesão de 7 x 5 cm, com densidade de partes mole e intensa impregnação heterogênea pelo contraste, à esquerda dos

corpos vertebrais de T10 e T11, ocupando parcialmente o forame neural entre essas vértebras. Levada à toracoscopia, com identificação de lesão em íntimo contato com vértebras torácicas; optado pela realização de toracotomia. Identificada massa endurecida, aparentemente originada do décimo espaço intercostal, sem invasão de estruturas adjacentes, poupando o forame neural. Identificados múltiplos vasos nutridores da lesão, que foram clipados, não havendo sangramento maior. Evolução pós-operatória sem intercorrências. Exame anatomopatológico: proliferação de células redondas, de aspecto brando, com baixo índice mitótico e áreas hiperclulares, bem vascularizada, com áreas de hemorragia e hemossiderose, apresentando metaplasia adiposa na periferia, envolvendo nervos, sem invasão. Exame imuno-histoquímico foi negativo para os marcadores S100, EMA, GFAP, sinaptofisina, CAM 5.2, RP e HMB45; as células neoplásicas foram positivas para CD34 e Ki-67 (< 5%). Em conjunto, esses achados sugerem o diagnóstico de hemangiopericitoma de comportamento benigno. A paciente está fazendo acompanhamento com exames clínicos e de imagem semestrais havia 2 anos, sem evidência de recidiva. Conclusão: Hemangiopericitomas são tumores muito raramente encontrados no mediastino, originados dos pericitos de pequenos vasos. Lesões malignas e benignas têm aspecto patológico muito semelhante e essa diferenciação é feita clinicamente, pela presença ou não de invasão local e metástases. São tumores muito vascularizados, compostos por canais vasculares envolvidos por células fusiformes. Há relatos de embolização pré-cirúrgica. Dificilmente se obtém o diagnóstico antes da ressecção cirúrgica. O tratamento é a ressecção completa, em geral por toracotomia. Radioterapia e quimioterapia não mostraram benefício.

PO.090 HIDATIDOSE VERTEBRAL

VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA; WILLIAM LORENZI; JÚLIO DE OLIVEIRA ESPINEL; MAURÍCIO GUIDI SAURESSIG; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; HUGO GOULART DE OLIVEIRA; AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Hidatidose é uma doença hiperendêmica no Rio Grande do Sul, em especial na fronteira oeste do Estado. O acometimento ósseo vertebral, no entanto, é raro. **Objetivo:** Discutir uma apresentação incomum de hidatidose vertebral simulando neoplasia de mediastino posterior. **Relato de Caso:** Masculino, 44 anos, procedente do oeste gaúcho, atendido por dor lombar alta à esquerda, iniciada em 2007, que cedia com analgésicos comuns. Teve piora da dor no início de 2010, com irradiação para região anterior e lateral da transição tóraco-abdominal esquerda, pior aos movimentos. RX de tórax e TC de tórax mostraram lesão paravertebral esquerda destrutiva acometendo 7º, 8º e 9º vértebras torácicas. Ante o risco de fratura patológica e paraplegia, foi encaminhado à emergência do hospital. RMN confirmou lesão descrita anteriormente, destacando a presença de imagens císticas em seu interior. O principal diagnóstico diferencial foi osteossarcoma. Marcadores sorológicos negativos para hidatidose. Submetido à ressecção da lesão, juntamente com o corpo vertebral de T8, parte de T7 e T9, discos intervertebrais e adventícia da aorta, à qual a lesão era firmemente aderida. Efetivada artrodese da coluna vertebral. Evoluiu com sangramento maciço no PO imediato, sendo necessária rafia de ramo parietal da aorta. Novo sangramento de outro RAM arterial levou à segunda

reintervenção no 3º PO. Após, teve evolução favorável e alta no 14º PO, usando colete de Risser e albendazol por 30 dias. O exame anatomopatológico confirmou cisto hidático sem hidátides vivas. **Conclusão:** A hidatidose ou equinococose é geralmente causada pelo parasita *Echinococcus granulosus*. O hospedeiro definitivo é o cão e outros carnívoros, que ingerem cistos presentes nos órgãos de outros animais e eliminam ovos nas fezes; os ovos são ingeridos pelo hospedeiro intermediário, na grande maioria das vezes ovídeos. O homem é um hospedeiro intermediário acidental. A doença em humanos está intimamente ligada à criação de ovelhas, justificando a alta incidência da patologia no sul da América do Sul e oeste do Rio Grande do Sul. É mais comum em homens e os órgãos que mais frequentemente desenvolvem cistos são o fígado e os pulmões. A doença óssea é mais comum na pelve e coluna vertebral. Os implantes ósseos têm origem hematogênica; há destruição gradual do tecido ósseo e envolvimento das partes moles adjacentes.

PO.091 CARCINOIDE TÍMICO – RELATO DE CASO

WILLIAM LORENZI; VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA; JÚLIO DE OLIVEIRA ESPINEL; MAURÍCIO GUIDI SAURESSIG; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; HUGO GOULART DE OLIVEIRA; AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Tumores neuroendócrinos primários do timo são extremamente raros, correspondendo a menos de 1% dos tumores dessa glândula. Desde a década de 70, quando foram separados dos timomas, cerca de 300 casos foram relatados na literatura. **Objetivo:** Discutir um caso de massa de mediastino anterior em paciente com síndrome de Cushing. **Relato de Caso:** Feminina, 29 anos, com quadro de síndrome de Cushing e hiperpigmentação cutâneo-mucosa. Ampla investigação em 2006 incluiu RMN de crânio, onde havia imagem de possível microadenoma hipofisário. Submetida à exploração de sela túrcica, não sendo encontrada lesão de hipófise. Pela persistência dos sintomas, em 2007 foi realizada adrenalectomia bilateral. Durante gestação, em 2009, apresentou aumento do ACTH. Nova investigação com TC de tórax evidenciou massa mediastinal anterior volumosa com compressão de estruturas adjacentes. Submetida à mediastinotomia anterior para biópsia, cujo laudo anatomopatológico foi sugestivo de paraganglioma. Como preparo pré-operatório, foi realizada tentativa de embolização da massa, não sendo identificados vasos nutridores passíveis de embolização. A paciente foi submetida à esternotomia mediana, onde se identificou massa na topografia do timo, que foi ressecada em bloco com tecidos adjacentes. A avaliação anatomopatológica e imuno-histoquímica da peça cirúrgica foi compatível com carcinóide tímico. No pós-operatório, houve melhora clínica e laboratorial, com queda do ACTH e reversão da hiperpigmentação ao longo de algumas semanas. Apesar da ressecção com margens cirúrgicas livres, foi indicado tratamento radioterápico adjuvante pela violação do leito tumoral durante a mediastinotomia. Está em acompanhamento regular, sem sinais clínicos ou laboratoriais de recidiva. **Discussão:** Com incidência na ordem de 1/10.000.000, os carcinóides tímicos geralmente são sintomáticos. Alterações endocrinológicas são comuns e a síndrome de Cushing está presente em pelo menos 30% dos casos; também há associação com a neoplasia endócrina

múltipla tipo 1. A biópsia com agulha grossa ou por mediastinotomia está indicada para confirmar o diagnóstico em casos suspeitos. Não há estadiamento padronizado e a maioria dos cirurgiões usa uma adaptação da classificação de Masaoka para timomas. A presença de síndromes endócrinas está associada a um pior prognóstico, assim como o alto grau e a impossibilidade de ressecção completa. Embora quimio e radioterapia adjuvantes melhorem o controle local, não está claro o benefício de sobrevida. O seguimento é feito com tomografias e deve estender-se por pelo menos dez anos. **Conclusão:** Carcinóides tímicos são lesões extremamente raras que devem ser lembradas sempre que houver a associação de uma lesão mediastinal com a síndrome de Cushing. A possibilidade de cura reside no tratamento cirúrgico. O papel dos tratamentos adjuvantes ainda não está claro e requer mais estudos.

PO.092 LESÃO DE ARTÉRIA PULMONAR POR CATETER SWAN-GANZ – RELATO DE CASO

WILLIAM LORENZI; VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA; MAURÍCIO GUIDI SAURESSIG; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; JÚLIO DE OLIVEIRA ESPINEL; HUGO GOULART DE OLIVEIRA; AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Os cateteres de artéria pulmonar com ponta em balão, mais conhecidos como Swan-Ganz (SG), tornaram-se muito populares no manejo de pacientes instáveis em unidades de tratamento intensivo. O entendimento da real importância do SG para o manejo hemodinâmico e as complicações associadas ao cateter, incluindo graves lesões vasculares, levaram a uma diminuição do seu uso ao longo da última década. **Objetivo:** Discutir a abordagem terapêutica de uma lesão de ramo de artéria pulmonar associada ao uso de SG. **Relato de Caso:** Masculino, 67 anos, tabagista, hipertenso, nefropata crônico em diálise, cardiopata com história de infarto do miocárdio. Atendido em cidade do interior gaúcho por conta de dispnéia súbita no dia 6 de julho de 2010. Necessitou intubação e ventilação mecânica. Transferido ao HCPA no dia 6/7/2010, onde foi admitido já com instabilidade hemodinâmica. Após manejo inicial paciente continuou instável, havendo dúvida na etiologia do choque (cardiogênico X séptico). Optou-se, no dia 8/7/2010, por passagem de cateter SG para auxílio no manejo. Durante avanço do cateter, apresentou tosse e exteriorizou sangramento de cerca de 700 ml em tubo traqueal, com rápida piora do padrão ventilatório e hemodinâmico. Diante da hipótese de lesão vascular pulmonar, foi levado à Sala de Hemodinâmica. Cateterizada a veia femoral direita para a realização da arteriografia pulmonar que visualizou o cateter de SG perfurando um dos ramos da artéria pulmonar direita, causando sangramento ativo e formação de pseudoaneurisma imediatamente após a laceração, localizada no ramo do lobo médio. Conseguiu-se tamponar o sangramento posicionando o balão do próprio cateter na laceração, controlando temporariamente o sangramento. Não foi identificado ponto individual de comunicação com a via aérea. Equipe de cirurgia torácica foi chamada e indicou tratamento cirúrgico, por conta da instabilidade ventilatória e hemodinâmica do paciente. Optado pela realização de toracotomia posterolateral. Desfeitas aderências pleuropulmonares extensas, presumivelmente de origem urêmica. No intra-operatório, foi confirmada pela palpação a presença do SG no interior

do lobo médio, que se encontrava encharcado por sangue, em quantidade não mensurável. Realizada lobectomia média e retirada do cateter. O paciente teve evolução favorável no pós-operatório, com melhora hemodinâmica e ventilatória. **Conclusão:** Entre as complicações do SG, as lesões de artéria pulmonares são as mais raras (< 1%) e graves (mortalidade de 50%). Dificuldades mais comuns incluem arritmias e lesões vasculares menores no local de punção. As lesões vasculares intrapulmonares traumáticas são pouco comuns. As principais manifestações são hemoptise e instabilidade hemodinâmica proporcional ao volume de sangramento. Radiologicamente vê-se contusão pulmonar e hematomas intraparenquimatosos ou hemotórax. Como em outros casos de hemoptise, a radiologia intervencionista é uma ferramenta diagnóstica e terapêutica útil em casos selecionados. O tratamento definitivo de lesões maiores quase sempre passa por cirurgia de ressecção pulmonar.

PO.093 EFEITO DO EXAME HISTOLÓGICO COMBINADO ÀS OUTRAS TÉCNICAS DE EXAME CITOLÓGICO NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER PULMONAR VISÍVEL OU NÃO À BRONCOFIBROSCOPIA

RAUL LOPES RUIZ JR.; FREDERICO HENRIQUE SOBRAL DE OLIVEIRA; ÉRICA HASIMOTO NISHIDA

SEVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP

Introdução: A broncofibroscopia é a modalidade mais utilizada no diagnóstico de suspeitas clínicas ou radiológicas do câncer pulmonar. É associada às técnicas rotineiras de coleta de material endobrônquico, por meio de biópsias e do exame citológico dos lavados e escovados brônquicos. Combinados esses procedimentos, há maior acurácia, aumentando a sensibilidade e especificidade no diagnóstico das lesões visíveis e não visíveis à broncofibroscopia. Lesões visíveis ou não à broncofibroscopia apresentam diferenças no material endobrônquico coletado. Nas não visíveis, o estudo citológico do lavado ou escovado brônquico tem maior probabilidade de confirmação do diagnóstico. Nas visíveis, a biópsia sob visão direta tem maior probabilidade. **Objetivos:** Avaliar o efeito do exame histológico combinado às outras técnicas de exame citológico no diagnóstico do câncer pulmonar visível ou não à broncofibroscopia. **Método:** Estudo realizado pela análise dos registros dos prontuários médicos dos pacientes submetidos à broncofibroscopia na Unidade de Endoscopia Respiratória do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, atendidos pelo Serviço de Cirurgia Torácica, entre 20 de agosto de 2008 e 27 de outubro de 2010. Após broncofibroscopia, os pacientes foram divididos em 2 grupos: grupo 1 (G1): lesão visível ao exame; grupo 2 (G2): lesão não visível. Nesses grupos estudaremos as seguintes variáveis: resultados dos exames citológicos e histológicos: lavado, escovado e biópsias; informações como: localização e características das lesões. **Resultados:** No G1 incluídos 30 pacientes cuja indicação do exame foi por meio dos exames de imagem. Só 8 tiveram indicação por suspeita clínica. As lesões eram em sua maioria à direita e obstructivas. Realizados 25 lavados brônquicos e 13 demonstraram malignidade (52%). O carcinoma espinocelular foi mais frequente. Realizados 12 escovados e 7 demonstraram malignidade (60%), sendo 2 deles adenocarcinomas. Realizadas 27 biópsias brônquicas e 20 demonstraram malignidade (74%). O carcinoma espinocelular foi mais frequente. No G2

incluídos 17 pacientes cuja indicação do exame foi por meio dos exames de imagem. Só 1 teve indicação por suspeita clínica. Realizados 16 lavados brônquicos e 5 demonstraram malignidade (31%). O adenocarcinoma foi mais frequente. Realizados 13 escovados e 5 demonstraram malignidade (38,5%). Realizadas 6 biópsias brônquicas e 3 demonstraram malignidade (50%). O adenocarcinoma foi mais frequente. **Conclusão:** Metade dos lavados brônquicos, a maioria dos escovados e das biópsias demonstraram malignidade nas lesões visíveis. Cerca de um terço dos lavados brônquicos, dos escovados e metade das biópsias demonstraram malignidade nas lesões não visíveis.

PO.094 LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA – EXPERIÊNCIA DE 21 PACIENTES OPERADOS

PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; RODRIGO CAETANO DE SOUZA; CROMWELL BARBOSA DE MELO; ALEXANDRE DE OLIVEIRA; FRANCISCO ANTÔNIO BARBOSA DE QUEIROGA

UNIFESP/UFPP

Introdução: Lobectomia por videotoracoscopia é uma alternativa para o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão, no estágio inicial, e mais ainda para a ressecção de parênquima pulmonar destruído por doença inflamatória. **Objetivos:** Descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes submetidos à ressecção lobar (lobectomias) por videotoracoscopia; avaliamos o sexo, idade, número de incisões, local da ressecção, abordagem do hilo pulmonar, tipo de doença, tempo de internação hospitalar, complicações intra e pós-operatórias. **Método:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 19 pacientes no período compreendido entre 2001 e 2010. Submetidos à lobectomia pulmonar por videotoracoscopia. **Resultados:** SEXO: Feminino = 11 Masculino = 10. IDADE: Variou de 15 a 73 anos (51,23). NÚMERO DE INCISÕES ACESSÓRIAS: • Duas incisões – 10 pacientes; • Três – 11 pacientes. INCISÃO PRINCIPAL (cm): • 3 cm – 7 pacientes • 4 cm – 10 pacientes Média = 3,85 • 5 cm – 4 pacientes. REGIÃO PULMONAR RESSECADA: • Lobo superior direito – 2; • Lobo médio – 6; • Lobo inferior direito – 5 • Lobo inferior direito + lobo médio – 1; • Lobo superior esquerdo – 2; • Lobo inferior esquerdo – 5. ABORDAGEM DO HILO PULMONAR: • Grampeamento simultâneo – 1; • Estruturas dissecadas e seccionadas – veia, artéria e brônquio – 20. TEMPO DE INTERNAÇÃO: • Média – 5,3 (2 – 11). TIPO DE DOENÇA: 1. Maligna – 16 • adenocarcinoma – 8; • metastática central – 3; • tumor carcinoide – 5. 2. Benigna (3) • bronquiectasias. COMPLICAÇÕES: 1. INTRA-OPERATÓRIAS: 1 paciente – 5,2% – sangramento por aderências 2. PÓS-OPERATÓRIO: 4 pacientes – (15%): • Coágulo retido; • Fístula bronquiolo pleural com vazamento de ar por 7 dias; • Redrenagem por deslocamento do dreno de Blake®. COMORBIDADES ASSOCIADAS: 6 pacientes (DM, HAS, ICO, SIND. CARCINOIDE). **Conclusão:** A realização da lobectomia por videotoracoscopia, tanto para doença maligna quanto benigna, na nossa análise, é uma opção factível na realidade brasileira, inclusive em hospitais públicos. Há, sem dúvidas, uma curva de aprendizado, a qual inicialmente promove um aumento no tempo operatório e no tempo de internação (cautela), tal fato foi observado nos 5 primeiros pacientes. A partir do 6º paciente, pudemos observar uma diminuição significativa no tempo operatório, retorno precoce às atividades do dia a dia e ao tratamento adjuvante, melhora

na duração e na intensidade da dor pós-operatória, além do significativo maior grau de satisfação estética do paciente, principalmente em mulheres.

PO.095 TRATAMENTO DA PERFURAÇÃO ESOFÁGICA – UMA EXPERIÊNCIA DE QUARENTA ANOS

ERNESTO EVANGELISTA NETO; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA; MARCEL MARTINS SANDRINI; FERNANDO AUGUSTO MARDIROS HERBELLA; LUIZ HIROTOH OTA; VICENTE FORTE; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO

UNIFESP – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Introdução: A perfuração no esôfago torácico é amplamente discutida na literatura sob vários aspectos e por diferentes autores. No entanto, até o momento, não existe padronização no tratamento operatório a ser instituído diante dessa situação. Historicamente, Boerhaave foi o primeiro a descrever a ruptura espontânea do esôfago, no ano de 1724, após realizar a necrópsia de um almirante da frota holandesa (1). Collins et. al. (2) descreveram a primeira sutura primária de esôfago realizada em um doente com ruptura espontânea. Esse paciente evoluiu bem e sem complicações. Nos últimos anos, vários autores descreveram séries de casos onde se objetiva eliminar o foco séptico, seja por síntese primária da lesão ou por esofagectomia (3-6). **Objetivos:** Avaliar a utilização de tratamentos operatórios que preservaram o esôfago em doentes com perfuração no esôfago torácico. **Método:** Realizamos uma análise retrospectiva dos prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de entrada: perfuração esofágica no período de 1961 a 2003. Os seguintes dados foram obtidos: características demográficas, causa da perfuração, tratamento e desfecho. O tratamento foi escolhido de acordo com a presença ou e grau de sepe no momento de entrada no serviço, exceto nos casos de carcinoma em que sempre que o paciente apresentasse condições clínicas satisfatórias optamos por esofagectomia. Conforme o tratamento instituído, os pacientes foram separados em três grupos: grupo A esofagectomia; grupo B reparo primário; grupo C drenagem. O desfecho foi avaliado pela mortalidade intra-hospitalar. **Resultados:** Nosso serviço realizou 45 procedimentos operatórios para o tratamento da perfuração no esôfago torácico. As causas da perfuração foram: instrumentação (24 pacientes), carcinoma (9 pacientes), ingestão de corpo estranho (6 pacientes), lesão intra-operatória (4 pacientes), espontânea (3 pacientes) com mortalidade de 8,8% (4 pacientes). Foram realizados reparo primário em 20 pacientes (grupo A), sendo 11 com colocação de dreno (tubo T) e nove apenas sutura; esse grupo apresentou mortalidade de 10%. O grupo B foi constituído pelos pacientes submetidos à esofagectomia, contando com sete doentes sem nenhum óbito. O grupo C formado pelos doentes submetidos à drenagem continha 19 pacientes com mortalidade de 10,5%. **Conclusão:** As perfurações esofágicas devem ser tratadas de acordo com as condições clínica dos doentes e do órgão no intra-operatório mais do que da etiologia. Por ser evento raro, não é possível estabelecer estudo prospectivo e randomizado; portanto, a maioria das condutas se baseia em estudos retrospectivos e experiência de cada serviço. Nosso trabalho acrescenta à literatura a opção da rafia primária com colocação de tubo T de forma a preservar o órgão e ao mesmo tempo estabelecer drenagem dele evitando a manutenção do quadro séptico pela contaminação mediastinal/pleural com conteúdo esofágico.

PO.096 TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DAS LESÕES TRAQUEAIS E BRÔNQUICAS COM STENTS – ANÁLISE DAS INDICAÇÕES E RESULTADOS

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO; EDUARDO HARUO SAITO; RODRIGO TEIXEIRA LIMA; RODOLFO ACATAUASSU NUNES; MÁXIMO DIAS JÚNIOR; GUSTAVO PERISSÉ MOREIRA VERAS; NILSON COUTO JÚNIOR
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ

Introdução: As lesões traqueais e brônquicas constituem-se em um problema comum. As doenças são eminentemente cirúrgicas e uma condição local inadequada ou condição clínica desfavorável exclui esse tratamento; o tratamento endoscópico pode ser uma excelente alternativa. **Objetivos:** Analisar retrospectivamente as indicações e resultados dos tratamentos de pacientes com lesões traqueais e brônquicas malignas e benignas por meio da colocação de stents realizadas em vários hospitais onde o grupo atua. **Método:** Foram avaliados retrospectivamente 25 pacientes submetidos à colocação de 31 stents no período de 2006 a 2010 em hospitais onde o grupo atua. Dos pacientes, 16 (64%) eram do sexo feminino e 9 (36%) do sexo masculino. A idade variou de 10 a 83 anos. As indicações foram por doença benigna (DB) em 20 (75%) e maligna (DM) em 5 (25%). O tipo de stent ou prótese variou com a indicação de modo que dos 31 stents colocados, 21 stents foram de nitinol recobertos (ULTRAFLEX – SC), 5 stents foram de nitinol não recobertos (ULTRAFLEX – SNC), 2 stents em Y de silicone (STENING), 1 stent em Y de Silicone com Aço (FREITAG) e 2 stents de polipropileno recobertos (POLIFLEX – SP). Nas DB: 1 SC em BPE (brônquio principal esquerdo) por estenose pós-ressecção de cisto broncogênico, 1 SNC para estenose do BPD (brônquio principal direito) por seqüela de tuberculose. Foram colocados 5 stents em 3 pacientes com compressão traqueobronquica por aneurisma de aorta, sendo 1 SP no BPE, em outro 2 SC, um no BPE e outro na traqueia e na terceira paciente 2 SNC um em cada brônquio. Foram 6 SC em 6 pacientes com estenose pós-intubação (EPI), sendo em um desses pacientes uma estenose laringotraqueal. Um paciente recebeu 1 SC em BPE para ocluir fistula broncopleurar direita por seqüela de tuberculose. Em 1 paciente foram colocados 1 SC e outro SNC em traqueia por traqueomalácea grave. Dos 7 pacientes com laceração traqueal (LT) pós-intubação (desse, uma lesão foi pós-dilatação), 1 paciente recebeu SP de esôfago invertido, 5 receberam SC e uma paciente 1 Y de FREITAG. Foi colocado stent em Y de silicone em 1 paciente com traqueobroncomalácea grave que não conseguia sair do respirador. Nas DM, 1 paciente foi tratado com stent em Y cortado, posicionado justa carinal, 1 paciente por compressão extrínseca por massa mediastinal, 1 paciente recebeu em momentos diferentes 3 SC, tendo sido um na traqueia e 2 em BPE por carcinoma de traqueia e 2 outras pacientes por invasão traqueal tumoral. **Resultados:** Todos os pacientes com LT tiveram parada da fuga aérea e da progressão do enfizema subcutâneo. Dos 6 pacientes com EPI foi possível a retirada da traqueostomia em 2, 3 pacientes foram submetidos posteriormente à traqueoplastia cirúrgica e 1 paciente ficou traqueostomizado. Em 2 desses pacientes houve migração do stent. Os pacientes com aneurisma de aorta tiveram melhora da atelectasia. Nas sequelas de tuberculose, 1 paciente melhorou da atelectasia e saiu do respirador, no outro o stent migrou e foi retirado. Dos pacientes com malácea, 1 saiu do respirador (Y) e recebeu alta, na outra o stent migrou e foi retirado. Os pacientes com DM tiveram a patência de suas vias aéreas restabelecidas e

faleceram por complicações de suas neoplasias, 2 tiveram tosse crônica. **Conclusões:** Os stents traqueais podem ser uma excelente alternativa à cirurgia em pacientes com lacerações traqueais iatrogênicas. Nas maláceas que acometem a carina, o Y deve ser a escolha. Devem ser o tratamento de escolha nas obstruções malignas da traqueia não cirúrgicas e sem comprometimento da laringe.

PO.097 LEIOMIOMA MULTIBULADO DE ESÔFAGO TORÁCICO

GERALDO ANTÔNIO DE MEDEIROS; GUSTAVO FERREIRA ARARUNA; JUAREZ CARLOS RITTER; RIVALDO FERNANDES FILHO; TALITA PISCANO ARAÚJO; VANESSA MICHEL REIS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CLIPS I - HOSPITAL GERAL, PB

Introdução: Os tumores benignos do esôfago são raros, e dentre eles os leiomiomas são os mais comuns. Em geral, são intramurais e intraluminais, sem predomínio de sexo. 80% estão localizados nos terços médio e inferior, com maior incidência entre a 3ª e 5ª décadas. O diagnóstico é sugerido pelos sintomas de disfagia e pressão retroesternal, cuja intensidade guarda relação com a posição e o tamanho da lesão. O tratamento está indicado nos casos sintomáticos por meio de abordagem cirúrgica. **Objetivo:** Apresentar um caso em que a terapêutica adotada foi a excisão tumoral por toracotomia. **Método:** J.S.C., 37 anos, masculino, com queixa de disfagia alta havia perto de 12 meses e regurgitação alimentar, associada à sensação de parada do bolo alimentar ao nível médio torácico de início recente. Referia ainda episódios de pirose frequentes. Endoscopia digestiva alta revelou lesão polipoide com sinal da tenda positivo, ocupando 50% da luz esofágica, desde os 25 até 30 cm da ADS. Tomografia do tórax mostrou espessamento circular esofágico homogêneo com 10 cm de extensão no esôfago médio, sem adenopatia mediastinal. Esofagograma mostrava área de subtração de 10 cm no esôfago médio, superfície lisa e regular, multibulada. Foi submetido à toracotomia posterolateral direita com esofagomiotomia extramucosa e enucleação total da lesão. Não houve laceração da mucosa. Anatomopatológico compatível com leiomioma de esôfago. Evolução pós-operatória satisfatória, tendo recebido alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório. Esofagograma de controle mostra regularidade da mucosa esofágica. Atualmente sem queixa de disfagia, porém em tratamento clínico de refluxo gastroesofágico. **Conclusão:** Os leiomiomas são tumores raros do esôfago, sendo a grande maioria achados de autópsias. Em geral, não infiltram tecidos vizinhos e eventualmente podem causar isquemia e ulceração da mucosa. O sintoma mais comum é a disfagia e hemorragia por ulceração é rara. O diagnóstico endoscópico é sugerido pela evidência de abaulamento extramucoso do esôfago, não devendo ser realizada a biópsia da lesão pelo risco de sangramento. A degeneração maligna é possível, porém excepcional. O tratamento consiste na excisão tumoral e preservação esofágica. Alguns autores recomendam a ressecção em todos os casos, ainda que pequenos e assintomáticos. Ressecção endoscópica está indicada apenas para os casos de tumores pediculados. A via de acesso ao esôfago torácico é a toracotomia posterolateral direita e abordagem transpleural do esôfago, apesar de que a cirurgia torácica videoassistida (VATS), atualmente, esteja sendo mais recomendada, pelo menor trauma cirúrgico, mesma eficácia e menor morbidade.

PO.098 PERFURAÇÃO DO ESÔFAGO - SÉRIE DE 44 CASOS

HENRIQUE JOSÉ DA MOTA; JÉSSICA SANTOS DE MEDEIROS; HILKEA CARLA DE SOUZA; JULIANA BENTO DA CUNHA

DISCIPLINA DE MEDICINA DE URGÊNCIA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTEGRADA DA UFRN; HOSPITAL WALFREDO GURGEL - SESAP, RN

Introdução: As lesões traumáticas do esôfago são condições variadas que requerem tratamento de urgência, além de constituir sério desafio na sua condução pela dificuldade no diagnóstico e altas taxas de mortalidade e morbidade consequentes à mediastinite, empiema e sepse. Séries históricas relatam taxas de mortalidade que variam de 3 a 67%, nas quais os fatores prognósticos mais significativos são a topografia da perfuração e o tempo decorrido entre a lesão e o diagnóstico. O tratamento ideal dessa condição permanece controverso. **Objetivos:** Descrever série de casos de pacientes com perfuração do esôfago durante o período de novembro de 1990 a março de 2010 em hospital geral de emergências. **Método:** Consulta em base de dados do autor principal (HJM) seguido de revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes encaminhados com diagnóstico de perfuração do esôfago nos últimos 20 anos para o referido autor. Revisamos dados da série de 44 pacientes incluindo idade, sexo, etiologia e localização da perfuração, lesões associadas, intervalo de tempo entre a perfuração e o diagnóstico, método de tratamento, complicações e resultados. **Resultados:** Identificamos 44 pacientes na referida base, dos quais 32 do sexo masculino (72,7%) e 12 feminino (27,3%), com idade variando de 16 a 79 anos (média: 39±15,6). A causa identificada da perfuração foi corpo estranho em 20 (45,5%), trauma por projétil de arma de fogo (PAF) em 13 (29,5%), síndrome de "Boerhaave" em 5 (11,4%), iatrogênica em 2 (4,5%), péptica em 1 (2,3%), química em 1 (2,3%); não identificada em 2 (4,5%). A perfuração ocorreu no esôfago cervical em 23 pacientes (51,1%), torácico em 17 (37,8%) e abdominal em 3 (6,7%); não identificada em 1 (2,2%). O intervalo de tempo da lesão ao diagnóstico foi considerado tardio (+ 24h) em 28 pacientes (62,2%), precoce em 14 (31,1%), não identificado em 2 (4,4%). Foram empregados os seguintes métodos de tratamento: conservador não operatório em 10 casos (22,2%). Exploração cervicomediastinal com reparo primário em 10 casos (22,2%), com drenagem somente em 6 (13,6%), com esofagostomia com tubo T em 4 (8,9%). Toracotomia com reparo primário da lesão em 7 casos (15,6%) e com esofagectomia subtotal em 1 caso (2,2%). Laparotomia com reparo em 2 casos (4,4%); com desfuncionalização do esôfago ("Urschel") em 1; com gastrostomia e jejunostomia somente em 1 (2,2%). A mortalidade da série foi de 10 casos (22,2%). Mortalidade significativa ocorreu nos pacientes com síndrome de "Boerhaave": 2/5 = 40%; PAF: 3/13 = 23,1%; topografia torácica: 5/17 = 29,4%. **Conclusões:** As variáveis associadas a altas taxas de mortalidade identificadas nessa série foram: síndrome de Boerhaave; projétil de arma de fogo e topografia torácica (p=0,04); não se observou na presente série diferença significativa de mortalidade nos pacientes com diagnóstico tardio comparados com os tratados precocemente (p=0,57), bem como entre os diversos métodos empregados no tratamento dessa condição (p=0,23).

PO.099 LESÕES LARINGOTRAQUEAIS POR TRAUMA CERVICAL - SÉRIE DE 12 CASOS

JULIANA BENTO DA CUNHA; LARISSA CORREIA ALVES DA SILVA; MIRNA CAVALCANTE GURJÃO; PRISCILA NOBRE DANTAS; HENRIQUE JOSÉ DA MOTA

DISCIPLINA DE MEDICINA DE URGÊNCIA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTEGRADA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFRN. HOSPITAL WALFREDO GURGEL - SESAP, RN

Introdução: As lesões laringotraqueais pós-trauma cervical são relativamente raras, entretanto podem ocasionar significativa morbidade e mortalidade quando não adequadamente reconhecidas e conduzidas, sendo o seu diagnóstico frequentemente subestimado e o tratamento retardado. Quando do atendimento inicial, a prioridade é assegurar uma via aérea definitiva a qual poderá ser obtida por meio de entubação orotraqueal convencional, com o auxílio de broncoscopia ou eventualmente por traqueostomia de urgência. É necessária ainda a avaliação das lesões associadas nervosas e vasculares para diminuir as complicações e sequelas para o paciente. **Objetivos:** Relatar uma série de casos de lesão laringotraqueal traumática atendidos pelo autor principal (HJM) em Hospital Geral de Emergências em Natal, RN, em um período de dez anos. **Método:** Consulta em base de dados do autor principal (HJM) seguido de revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes atendidos no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Natal, RN, encaminhados ao referido autor com trauma diagnóstico suspeito ou confirmado de lesão de vias aéreas superiores atendidos entre março de 2000 e agosto de 2010. Foram analisados sexo, idade, mecanismo do trauma, lesões associadas, métodos propedêuticos, procedimentos terapêuticos e complicações. **Resultados:** Série de 12 casos de trauma cervical com lesão laringotraqueal traumática. Onze (92%) do sexo masculino e 1 (8%) feminino, a idade variou de 10 a 67 anos (média: 29 ± 16); nove (75%) sofreram trauma contuso e três (25%) ferimentos penetrante. A via aérea foi garantida com intubação orotraqueal em 6 pacientes (58,3%), traqueostomia em 4 (33,3%) e laringotraqueostomia pela separação laringotraqueal em 1 (8,3%). A avaliação propedêutica foi realizada com broncoscopia rígida em 8 casos, broncoscopia flexível em 3; esofagoscopia rígida em 1 e laringoscopia direta em 1. Disjunção laringotraqueal completa foi encontrada em 4 pacientes; separação subtotal em 3, lacerações da mucosa em 2; um acompanhado de laceração de parede posterior da faringe e outro de fratura de C2; fratura das cartilagens cricoide e tireoide acompanhado de lesão das cordas vocais em 1; hematoma subglótico em 1. Foi realizada laringotraqueoplastia com traqueostomia em oito pacientes, um deles sendo submetido posteriormente à colocação de tubo T; o paciente com hematoma subglótico foi tratado conservadoramente com sucesso; em um dos casos foi feita laringofissura com fixação de cartilagens e colocação de tubo T e em outro traqueostomia e colocação de tubo T. Como complicações, houve 2 casos de abscesso cervical e 2 de fistula traqueocutânea persistente, e uma ocorrência de obstrução do tubo T. Não houve óbitos decorrentes do trauma. Todos os pacientes foram decanulados; entretanto, uma paciente evoluiu com paralisia bilateral de cordas vocais, requereu refazer traqueostomia; os demais tiveram a função das cordas vocais aparentemente recuperada; no

entanto, com voz audível, mas rouca. **Conclusões:** O número de casos de lesão laringotraqueal traumática em nosso hospital foi semelhante ao encontrado na literatura. Sabe-se que esse tipo de lesão é de alta morbidade, entretanto o diagnóstico precoce e o tratamento adequado evitaram os óbitos e minimizaram as complicações.

PO.100 AVALIAÇÃO DA SIMPATECTOMIA FENÓLICA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PLANTAR

DANIELE CRISTINA CATANEO; ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; MARCONE LIMA SOBREIRA; WINSTON BONETTI YOSHIDA; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP

Introdução: A hiperidrose plantar é uma doença capaz de provocar profundas alterações na qualidade de vida de um indivíduo podendo causar sofrimento físico e mental em seus portadores e, até a atualidade, ainda não há consenso estabelecido na literatura especializada sobre um bom método terapêutico a ser utilizado para seu tratamento. O bloqueio simpático com fenol já é conhecido desde o início do século passado e foi utilizado, com sucesso, em grandes séries de casos para tratamento da insuficiência arterial periférica. Entretanto, não temos conhecimento de registros com seu uso para tratamento para a hiperidrose plantar. **Objetivo:** Analisar o tratamento da hiperidrose plantar por método de bloqueio percutâneo da cadeia simpática lombar e suas repercussões na alteração da qualidade de vida. **Método:** Foram convidados a participar do protocolo pacientes do sexo feminino com hiperidrose palmo-plantar previamente submetidas à simpatectomia videotoracoscópica que não mostraram melhora satisfatória da sudorese plantar. Foram realizadas simpatectomias lombares guiadas por fluoroscopia, nos gânglios L2, L3 e L4, conforme a técnica descrita por Reid, com fenol 7%. A temperatura plantar em graus centígrados foi medida antes, imediatamente após e 1 hora da simpatectomia, e foi realizada a comparação entre o pé tratado e o doente. Um questionário de qualidade de vida confeccionado exclusivamente para os pés foi aplicado antes da cirurgia, antes da fenolização e após a fenolização. **Resultados:** De outubro de 2007 a dezembro de 2010, foram realizadas 36 simpatectomias fenólicas em 17 pacientes com idade de 15 a 40 anos (MD=21,6 anos). O aumento de temperatura plantar após a fenolização variou de 0 a 12 graus (MD=9,6 graus). A diferença de temperatura obtida entre o pé tratado e o doente variou de 0 a 10,9 graus (MD=5,06 graus). As complicações ocorreram em 16 casos: 9 punções venosas acidentais, 2 lombalgias com duração menor que 24 horas, 2 parestesias transitórias do membro inferior, 1 cervicálgia associada à cefaleia com duração maior que 3 dias e melhora com Aines, 1 equimose no local da punção e 1 edema de membros inferiores. Em 2 casos, houve falha no tratamento, sendo repetido o procedimento com sucesso. Antes da simpatectomia videotoracoscópica, 88% dos pacientes apresentavam qualidade de vida ruim ou muito ruim, após 41% permaneceram inalterados e 41% referiram agora apresentar qualidade de vida melhor, mesmo ainda apresentando sudorese. Após a fenolização, 47% referiram estar muito melhor e 41% melhor. **Conclusão:** A simpatectomia fenólica lombar apresenta-se como uma alternativa tecnicamente simples e de fácil reprodução,

uma vez que é efetiva e pouco invasiva. O questionário de qualidade de vida mostrou que após a cirurgia houve melhora na sudorese dos pés; no entanto, somente a fenolização proporcionou uma boa qualidade de vida para os pacientes.

PO.101 RARO CASO DE CARCINOMA NUT EM MEDIASTINO

ÉRICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; MARIA APARECIDA CUSTÓDIO DOMINGUES; LÍGIA NIERO-MELO; ANTÔNIO JOSÉ MARIA CATANEO

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

Introdução: O carcinoma de linha média (NUT) foi descrito inicialmente em pacientes jovens portadores de um subgrupo distinto de carcinoma pouco diferenciado. Trata-se de um subtipo histológico de evolução extremamente rápida, que acomete principalmente crianças e indivíduos jovens, com uma sobrevida média de 28 semanas. Todos os carcinomas de linha média são originários de tecido tímico ou do trato respiratório e atribuídos a uma translocação genética entre os cromossomos 15 e 19, resultando no oncogene BRD4-NUT. Pelos poucos casos descritos na literatura, ainda temos poucas informações sobre seu ideal tratamento, mas sabe-se que é um tumor pouco responsivo à quimioterapia e radioterapia. **Objetivo:** Relatar um raro caso de carcinoma de linha média (NUT) em mediastino. **Relato de Caso:** Feminino, 26 anos, branca, universitária. Paciente previamente hígida referia havia 40 dias início de tosse com expectoração hialina, associada à dispnéia aos grandes esforços e sudorese noturna. Negava febre, inapetência, hemoptise, dor torácica e emagrecimento. Procurou serviço médico em sua cidade sendo realizada uma radiografia de tórax e iniciado tratamento para pneumonia. Como não houve melhora dos sintomas após término do tratamento, foi encaminhada para nosso serviço. Chegou dispnéica, necessitando de cateter nasal (2L/min) e a radiografia evidenciou um alargamento mediastinal. A tomografia computadorizada de tórax mostrava uma extensa massa mediastinal, com 8 cm de diâmetro, que realçava ao contraste, acometendo principalmente o lobo superior direito, associada a linfonodos em cadeia pré-vascular, paratraqueal superior e inferior, infracarinal e hilares bilateralmente. A lesão envolvia circunferencialmente a carina, o brônquio principal direito e o ramo direito da artéria pulmonar e desviava a traqueia para a esquerda. Pela história clínica, associada às alterações radiológicas, pensou-se inicialmente em linfoma, sendo solicitada avaliação da equipe da hematologia. Como a paciente encontrava-se dispnéica e apresentava compressão traqueal pela tomografia, pensou-se em iniciar pulsoterapia, sendo nesse momento solicitada biópsia à equipe da cirurgia torácica. A paciente foi submetida à minitoracotomia direita e no inventário da cavidade foi evidenciado o parênquima do lobo superior firmemente aderido à parede torácica posteriormente e no mediastino, após cuidadosa liberação do parênquima em região posterior, notamos que a pleural parietal encontrava-se infiltrada, região na qual foi realizada a biópsia. O anatomopatológico foi compatível com carcinoma NUT. **Conclusão:** O carcinoma NUT é um tumor resultante de uma translocação genética e acomete principalmente crianças e indivíduos jovens, como em nosso caso. Deve ser considerado no diagnóstico diferencial em pacientes jovens com tumor de mediastino de crescimento rápido.

PO.102 IMPACTO DA DISFUNÇÃO PRIMÁRIA DO ENXERTO NO TRANSPLANTE PULMONAR

LUCAS MATOS FERNANDES; MARCOS NAOYUKI SAMANO; JULIUS CÉSAR BONIFÁCIO BARANAUSKAS; EDUARDO CAMPOS WEREBE; RICARDO HENRIQUE DE OLIVEIRA BRAGA TEIXEIRA; JOSÉ EDUARDO AFONSO JÚNIOR; PAULO MANOEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A disfunção primária do enxerto (PGD) pós-transplante pulmonar é manifestação da lesão de isquemia e reperfusão, que leva ao aumento da permeabilidade capilar e formação de edema. É baseada em critérios radiológicos e gasométricos e classificada em 4 graus, variando de 0 até grau 3, também denominada PGD severa. O grau 3 é definido pelo infiltrado radiológico e $pO_2/FiO_2 < 200$, ou pelo uso de ECMO, ou recebendo FiO_2 maior que 0,5 e óxido nítrico por 48h. Essas medidas podem ser realizadas 24, 48 ou 72h após o transplante e a padronização dessas medidas é foco de estudo da International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). As formas severas de PGD estão associadas à maior morbi-mortalidade após o transplante. **Objetivos:** Comparar o tempo de ventilação mecânica, a sobrevida global, a sobrevida em UTI, a sobrevida hospitalar e a mortalidade em 30 e 90 dias dos pacientes acometidos por PGD grau 3 em relação aos não acometidos, se classificados em 48 e em 72h. **Método:** Foram revisados os prontuários de 118 pacientes submetidos ao transplante no InCor-HC, no período de jan/2003 a jul/2010. Foram classificados em PGD graus 0/1/2 ou 3, em 48 e 72h. Essa classificação foi correlacionada com o tempo de ventilação mecânica, a sobrevida global, a sobrevida em UTI, a sobrevida hospitalar e a mortalidade em 30 e 90 dias. **Resultados:** Para a análise da PGD em 48h, dos 118 prontuários revisados, 86 (72,9%) pacientes foram classificados, sendo 17 em grau 3 e 69 em grau 0/1/2. Para a definição de PGD em 72h, 78 (66,1%) foram classificados, sendo 12 em grau 3 e 66 em grau 0/1/2. Definida a PGD em 48h, observou-se que PGD grau 3 foi relacionada ao maior tempo de ventilação mecânica ($p=0,001$), menor sobrevida em UTI ($p=0,005$), menor sobrevida hospitalar ($p=0,005$), maior mortalidade em 30d ($p=0,012$) e maior mortalidade em 90d ($p=0,010$). De maneira semelhante, pacientes que desenvolveram PGD grau 3 em 72h também evidenciaram maior tempo de ventilação mecânica ($p<0,001$), menor sobrevida em UTI ($p=0,016$), menor sobrevida hospitalar ($p=0,004$), maior mortalidade em 30d ($p=0,013$) e maior mortalidade em 90d ($p=0,016$). A sobrevida global para os pacientes com PGD grau 3 em 48h foi de 490,9 dias (IC95% 180,3-801,4), enquanto para pacientes com PGD grau 0/1/2 foi de 1665,5 dias (IC95% 1399,9-1931,1). Se analisados em 72h, os transplantados com PGD grau 3 apresentam sobrevida média de 177,7 dias (IC95% 0,0-367,0) e os de graus 0/1/2, 1628,9 dias (IC95% 1353,6-1904,3). **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostram que em nosso serviço pacientes que desenvolvem PGD grau 3, seja em 48 ou em 72h, apresentam maior tempo de ventilação mecânica, menor sobrevida em UTI, hospitalar e global e maior mortalidade em 30 e 90 dias. De maneira semelhante ao observado nos registros da ISHLT, classificar a PGD grau 3 em 72h representa melhor a lesão pulmonar persistente e irreversível, que causa impacto importante na sobrevida desses pacientes.

PO.103 UM CASO DE TUMOR MEDIASTINAL GIGANTE DE CÉLULAS GERMINATIVAS

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; TATIANA MINDA HERCULANO CATTEBEKE; GEORGE ANDERSON BUTEL TAVARES; ALTAIR RODRIGUES CHAVES

FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, AM

Introdução: Os teratomas malignos representam 25% dos tumores de células germinativas no mediastino e mais de 90% ocorrem no sexo masculino. Apresentamos um relato de ressecção bem-sucedida de um tumor mediastinal gigante. **Relato de Caso:** Jovem, masculino, 16 anos, foi admitido com quadro clínico de tosse, dor torácica, dispneia e perda ponderal importante. Radiografia de tórax evidenciou opacificação completa do hemitórax esquerdo com desvio contralateral das estruturas mediastinais. A tomografia computadorizada de tórax demonstrou volumosa lesão expansiva heterogênea com áreas císticas e necróticas, e calcificações grosseiras, ocupando a totalidade do hemitórax esquerdo sem planos de clivagem nítidos com as estruturas vasculares mediastinais e com importante deslocamento e compressão do parênquima pulmonar. Foi submetido à mediastinotomia anterior com diagnóstico histopatológico de cisto tímico multiloculado. Foi realizada ressecção da tumoração por bitoracotomia e esternotomia total associada à pneumonectomia com ligadura intrapericárdica. A massa pesava 2,25 kg e media 22 x 17,5 x 12 cm. O paciente recebeu alta hospitalar no 7º DPO. O laudo histopatológico com confirmação imuno-histoquímica foi de tumor misto de células germinativas representado por carcinoma embrionário, seminoma clássico, tumor de seio endodérmico e teratoma maduro. O paciente foi submetido a tratamento quimioterápico, apresentando evolução satisfatória até o 6º mês de seguimento pós-operatório. **Discussão:** O carcinoma embrionário é um tumor extremamente raro, altamente maligno, podendo ser encontrado na forma pura ou associado com outros tumores malignos de células germinativas. Os tumores de seio endodérmico são extremamente raros no mediastino, havendo poucos casos relatados na literatura. Os teratomas malignos podem crescer, chegando a pesar até um quilograma. O caso aqui relatado evidencia as grandes dimensões que tumores mediastinais podem atingir, bem como as grandes dimensões que podem ter à época do diagnóstico. **Conclusão:** Relatamos o caso de um tumor de células germinativas misto com a presença de tipos histológicos raros e com a particularidade de apresentar grandes dimensões, sendo, porém, submetido à ressecção cirúrgica com sucesso.

PO.104 AVALIAÇÃO MECÂNICO-FUNCIONAL DE SOLUÇÃO DE RECONDICIONAMENTO PULMONAR EX-VIVO

LUCAS MATOS FERNANDES; MARCOS NAOYUKI SAMANO; ALESSANDRO WASUM MARIANI; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; FLÁVIO GUIMARÃES FERNANDES; FERNANDO DO VALLE UNTERPERTINGER; PAULO MANOEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A baixa oferta de pulmões para o transplante pulmonar é um problema mundial. Tentativas de aumento desse número são estudadas, como o uso de pulmões com critérios estendidos e o condicionamento pulmonar ex-vivo. Esse modelo foi desenvolvido por Steen e cols. na

Suécia e, posteriormente, adotado por outros centros com bons resultados. O uso de uma solução estrangeira para o condicionamento gera problemas como o alto custo de importação e a dificuldade de obtenção do material. A fim de evitá-los, uma solução similar nacional foi desenvolvida pela empresa Farmoterápica. **Objetivo:** Testar essa solução comparando-a com a solução já estabelecida para condicionamento pulmonar (Steen solution®) no sistema de avaliação pulmonar ex-vivo. **Método:** Foram utilizados 16 blocos pulmonares impróprios para o transplante, sob a aprovação das Organizações de Procura de Órgãos e consentimento informado do responsável legal. Os pulmões foram extraídos de maneira habitual e alocados em 2 grupos: grupo 1 - 8 blocos perfundidos com a Steen solution®; grupo 2 - 8 blocos perfundidos com a solução nacional. Após a extração, os pulmões foram refrigerados a 4°C por 10 horas e depois submetidos à reperfusão ex-vivo. Foram analisadas as seguintes variáveis: PaO₂, PvO₂, capacidade de oxigenação, PaCO₂, PvCO₂, pH, variações de peso, relação peso seco/peso úmido, resistência pulmonar e complacência pulmonar. **Resultados:** Os doadores dos grupos 1 e 2 se mostraram homogêneos em sexo, idade, IMC, tempo de UTI, tempo de IOT, número de leucócitos, PaO₂, PaCO₂, tabagismo, pneumonia relatada e uso de antibiótico. Embora tenha ocorrido variação no peso pulmonar entre os tempos pré-isquemia, pós-isquemia e pós-reperfusão no mesmo grupo, essa diferença não foi significativa, assim como não foi significativa a diferença encontrada entre os grupos. Contudo, analisando-se a relação peso úmido/peso seco, observou-se que essa relação foi significativamente menor no grupo 1. Não houve diferença significativa entre os grupos na mecânica pulmonar avaliada pela complacência e resistência pulmonar. Houve aumento da PaO₂ durante a reperfusão com a Steen solution® e a solução nacional, mas não ocorreu diferença entre as soluções (p=0,348). Com relação à pCO₂, a diferença entre a PaCO₂ e a PvCO₂ foi significativa no grupo 1 e não significativa no grupo 2. Além disso, houve diferença estatisticamente significativa entre as pCO₂ (arterial e venosa) do grupo 1 e do grupo 2, sendo maiores no primeiro grupo. Não houve diferença significativa no pH das soluções testadas. **Conclusão:** Ambas as soluções obtiveram boa capacidade de oxigenação, sem diferenças significativas entre elas. Também não houve diferença nos parâmetros pO₂, pH, variações de peso, resistência pulmonar e complacência pulmonar. A solução nacional, quando comparada com a Steen solution®, apresentou valores menores de pCO₂ e maior relação peso úmido/peso seco, podendo representar maior formação de edema ou menor capacidade de mobilização de líquido do interstício.

PO.105 RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE NEOPLASIA DE MAMA RECIDIVADA EM PAREDE TORÁCICA: EXPERIÊNCIA DE DEZ ANOS EM UMA ÚNICA INSTITUIÇÃO

FERNANDO CONRADO ABRÃO; DANIEL REIS WAISBERG; FRANCINNI MAMBRINI PIRES REGO; ÂNGELO FERNANDEZ; RICARDO MINGARINI TERRA; ARISTIDES TADEU CORREIA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: A recidiva local das neoplasias da mama é uma condição de difícil manejo, mas que gera impacto significativo na qualidade de vida dessas pacientes. A ressecção cirúrgica, apesar de controversa, é uma opção válida

em casos selecionados. **Objetivo:** Descrever a experiência de nossa instituição no tratamento cirúrgico de recidivas locais tardias de câncer da mama com invasão da parede torácica. **Método:** Revisão retrospectiva de pacientes submetidas à ressecção cirúrgica de neoplasias da mama com invasão da parede torácica entre 1998 e 2009. As variáveis estudadas foram idade, tipo de ressecção realizada, classificação de margens cirúrgicas, técnica de reconstrução, morbimortalidade operatória, tratamento oncológico adjuvante, recorrência e mortalidade no seguimento pós-operatório. **Resultados:** Revisamos 14 pacientes, com seguimento variando de 1 a 42 meses. A idade ao tempo da operação em parede torácica variou de 36 a 81 anos. O intervalo médio entre mastectomia inicial e a recorrência foi de 4,2 anos. O tamanho médio das lesões foi de 8,25 cm. O controle dos sintomas foi atingido em 13 (92,8%) pacientes e sobrevida maior que 24 meses foi atingida por 10 (71,4%) delas. Seis (42,8%) pacientes faleceram por doença metastática e 2 (14,2%) por causas não relacionadas à doença oncológica. A sobrevida média global chegou a 26,7 meses, variando de 12 a 42 meses. Observou-se nova recorrência local em 1 (92,8%) paciente. **Conclusão:** A ressecção cirúrgica das recidivas locais do câncer da mama tem impacto na qualidade de vida e no controle local da doença, com morbidade aceitável e sobrevida pós-operatória satisfatória.

PO.106 ADENOMA DE PARATIREOIDE MEDIASTINAL – UM RELATO DE CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; TATIANA MINDA HERCULANO CATTEBEKE; ÊNIO BARRETO CARNEIRO; LUBIANCA PEREIRA, MANOELLA SILVA PIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, AM

Introdução: Adenoma de paratireoide é a causa de hiperparatireoidismo primário em cerca de 80% dos casos, devendo-se suspeitar do diagnóstico em indivíduos com hipercalcemia ou com manifestações clínicas clássicas da doença. **Relato do Caso:** Homem, 54 anos, foi admitido com queixa de perda ponderal de 10 kg em 6 meses e perda de força muscular com dificuldade para deambulação. A análise laboratorial evidenciou dosagem de cálcio sérico de 21,1 mg/dL e dosagem de paratormônio de 2.257 picograma/ml. Realizou tomografia computadorizada de tórax com achado de massa mediastinal em topografia paratraqueal direita, desviando a traqueia em sentido contralateral. A tomografia computadorizada de abdômen evidenciou litíase renal bilateral sem sinais de insuficiência do órgão. Os achados cintilográficos foram sugestivos de adenoma de paratireoide. O paciente foi submetido à esternotomia parcial com ressecção da tumoração. O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico de adenoma de paratireoide. O paciente evoluiu no pós-operatório com diminuição gradual dos níveis de cálcio e paratormônio, bem como melhora do quadro clínico. **Discussão:** O adenoma de paratireoide é uma neoplasia benigna funcionante que ocorre mais comumente no pescoço. A localização mediastinal desses adenomas é estimada entre 11 a 22% nos pacientes com hiperparatireoidismo primário, sendo mais comum no mediastino anterossuperior. A presença de elevados níveis séricos de cálcio e paratormônio conduziu à hipótese diagnóstica de adenoma de paratireoide e à investigação

de sua localização, surpreendendo a localização ectópica. **Conclusão:** Relatamos um caso de adenoma de paratireoide mediastinal, submetido à ressecção e que evoluiu com completa remissão dos sinais e sintomas.

PO.107 SARCOMAS PRIMÁRIOS DE PAREDE TORÁCICA: EXPERIÊNCIA DE DEZ ANOS

FERNANDO CONRADO ABRÃO; DANIEL REIS WAISBERG; FRANCINNI MAMBRINI PIRES REGO; ÂNGELO FERNANDEZ; RICARDO MINGARINI TERRA; ARISTIDES TADEU CORREIA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Os sarcomas primários de parede torácica são entidades pouco frequentes, mas como o tratamento é eminentemente cirúrgico, exigem conhecimentos que desafiam o cirurgião. **Objetivo:** Descrever a experiência de nossa instituição no tratamento cirúrgico de sarcomas primários de parede torácica nos últimos dez anos. **Método:** Análise retrospectiva dos pacientes submetidos à ressecção cirúrgica de sarcomas primários de parede torácica, no período de janeiro de 1998 a fevereiro de 2009. Os pacientes foram divididos em quatro grupos baseados na prevalência dos tipos histológicos em nossa casuística: tumores desmoides (TD), condrossarcomas (CS), tumores de Ewing (TE) e outros sarcomas (OS). Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, localização, sintomas, biópsia pré-operatória, estruturas ressecadas, tamanho do tumor, margem cirúrgica, técnicas de reconstrução, recorrência, tempo livre de doença e sobrevida. **Resultados:** Foram incluídos 54 pacientes (idade média de 43,4±17,04 anos), 28 homens e 26 mulheres, distribuídos em 20 casos de TD, 12 de CS, 4 de TE e 18 de OS. O tumor envolvia arcos costais em 39 casos (72,2%); clavícula em 8 (14,8%); esterno em 5 (9,3%) e escápula em 2 (3,7%). Biópsias incisionais foram realizadas em 13 (65%) casos de TD, 5 (41,6%) de CS, 4 (100%) de TE e 9 (50%) de OS. O tempo médio entre início de sintomas e a operação foi de 20 (TD), 31 (CS), 23,25 (TE) e 21,75 meses (OS). Em média, o maior diâmetro do tumor foi de 13,9±6,4 cm (TD), 10,5±10,1 cm (CS), 12±0,7 cm (TE), 15,2±9,9 cm (OS). Margem cirúrgica ampla foi obtida em 9 casos (45%) do grupo TD, 6 (50%) do grupo CS, 1 (25%) do grupo TE e 7 (38,9%) do grupo OS. O índice de recorrência foi de 20% (TD, n=4), 41,7% (CS, n=5), 0% (TE), 44,4% (OS, n=8). O tempo médio livre de doença e de seguimento foi de 41,7 e 47,6 (TD), 43,9 e 49,2 (CS), 41 e 97 (TE) e 21,44 e 40,5 meses (OS), respectivamente. A taxa de óbito relacionada à doença foi de 0% (TD), 33,3% (n=4) (CS), 50% (n=2) (TE), 50% (n=9) (OS). Tela de Marlex e retalhos musculares foram usados em 7 (35%) e 4 (20%) casos do grupo TD, 8 (66,6%) e 4 (33,3%) do grupo CS, 3 (75%) e 1 (25%) do grupo TE e 10 (55,5) e 4 (27,8%) do grupo OS, respectivamente. Na análise de Kaplan-Meier, fatores de risco para óbito foram margens cirúrgicas comprometidas (OR=2,8, p=0,089), grau histológico (OR=29,4; p<0,01) e pertencer aos grupos TE ou OS (OR=10,7; p=0,05). **Conclusão:** Ressecção cirúrgica de sarcomas de parede torácica apresenta sobrevida aceitável, sendo mais efetivo se associado a margens cirúrgicas amplas.

PO.108 HÉRNIA DE MORGAGNI À ESQUERDA – RELATO DE CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; TATIANA MINDA HERCULANO CATTEBEKE; GISELLE LIMA AFONSO; ÉRICO LIMA DE MELO
 FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, AM

Introdução: Em 1769, Morgagni fez a primeira descrição de um raro defeito diafragmático anterior e retroesternal, responsável pela ocorrência de hérnias diafragmáticas nessa topografia. **Relato de Caso:** Mulher, 46 anos, hipertensa, obesa (IMC = 33 kg/m²), foi admitida na Fundação Hospital Adriano Jorge, referindo dor torácica tipo peso em hemitórax esquerdo com início havia cinco anos, associada a refluxo gastroesofágico, pirose e dispnéia ao decúbito. Paciente sem relato de patologias pregressas cardiotorácicas. Ao exame físico, presença de abdomen globoso, flácido e doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo. À ausculta, presença de ruídos hidroaéreos em hemitórax esquerdo. A radiografia de tórax em incidência posteroanterior evidenciava opacidade heterogênea em base do hemitórax esquerdo, sendo observada à radiografia em perfil localização anterior. À tomografia computadorizada de tórax, foi evidenciado, na porção anterior e medial do hemidiafragma esquerdo, solução de continuidade com herniação de gordura mesentérica e porção do cólon transverso para o interior da caixa torácica homolateral. A paciente foi submetida à toracotomia posterolateral esquerda, sendo observada herniação volumosa do omento e cólon por uma falha diafragmática paraesternal. Realizada dissecação, redução do conteúdo para cavidade abdominal e fechamento do defeito com pontos separados com fio de polipropileno 0. A paciente recebeu alta da UTI no 2º DPO e alta hospitalar no 5º DPO. **Discussão:** A incidência de hérnia de Morgagni, entre todos os defeitos diafragmáticos em adultos e crianças, é de 3 a 4%. Cerca de 90% das hérnias ocorrem do lado direito, 8% são bilaterais e apenas 2% são limitadas ao lado esquerdo. São diagnosticadas mais frequentemente em mulheres e em pessoas obesas. Um terço dos pacientes é assintomático. Os pacientes sintomáticos frequentemente apresentam queixas gastrointestinais crônicas, referindo uma vaga dor epigástrica ou subesternal ou um desconforto subcostal. O diagnóstico é feito pela radiografia. O estudo contrastado do cólon ou trato gastrointestinal superior confirma o diagnóstico. O paciente de nosso relato apresentava sintomatologia inespecífica, apesar do grande conteúdo herniário, sendo o diagnóstico suspeitado a partir dos achados da radiografia de tórax. **Conclusão:** Relatamos o caso de uma mulher, portadora de uma doença diafragmática rara, que é a hérnia de Morgagni e destacando, fato mais raro ainda, o comprometimento do diafragma esquerdo.

PO.109 EXPERIÊNCIA INICIAL DA AVALIAÇÃO DO ESTADIAMENTO POR VIDEOTORACOSCOPIA DA CADEIA TORÁCICA INTERNA PARA CÂNCER DE MAMA

FERNANDO CONRADO ABRÃO; ÂNGELO FERNANDEZ; RICARDO OLIVEIRA; JOSÉ R. PIATO; LÍCIA M. T. PEREIRA DA SILVA; GEORGE B. COURA FILHO; RICARDO M. TERRA; FÁBIO BISCEGLI JATENE
 DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Metástase linfonodal é um importante fator prognóstico em câncer de mama e o acometimento axilar é preferencial. No entanto, em algumas situações, podem

ocorrer metástases na cadeia torácica interna, prejudicando o estadiamento e o tratamento adjuvante. **Objetivo:** Descrever a experiência inicial sobre a avaliação videotoracoscópica da cadeia torácica interna no estadiamento de câncer de mama. **Método:** Trabalho prospectivo não randomizado, em andamento, envolvendo os serviços de Cirurgia Torácica e Mastologia. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Instituição e envolve videotoracoscopia e esvaziamento linfonodal da cadeia torácica interna em mulheres com câncer de mama em estádios clínicos I e II que apresentam captação à cintilografia em linfonodos da cadeia torácica interna ipsilateral ao tumor de mama. **Resultados:** Entre outubro e dezembro de 2010, 4 pacientes (idade entre 36 a 60 anos) foram submetidas à toracoscopia (3 abordagens à direita e uma à esquerda) no mesmo tempo cirúrgico da ressecção de mama. O acesso permitiu a localização e ressecção dos linfonodos previamente marcados com contador Geiger em todas as pacientes. Nessa fase inicial, deixamos um dreno pleural 28F, retirado no 2º PO. Não houve complicações nem mortalidade relacionadas à operação. O número médio de linfonodos dissecados foi 4,5 (total de 18 linfonodos), sendo 4 linfonodos comprometidos, todos na mesma paciente. **Conclusão:** A avaliação toracoscópica para estadiamento da cadeia torácica interna ainda não está bem estabelecida; no entanto, a técnica se mostrou factível nessa pequena amostra de pacientes, podendo ser útil como método de estadiamento cirúrgico e no tratamento do câncer de mama.

PO.110 VACUUM BELL – UM MÉTODO NÃO INVASIVO DE TRATAMENTO DO PECTUS EXCAVATUM: EXPERIÊNCIA INICIAL

MIGUEL L. TEDDE; RICARDO LOPES MORAES OLIVEIRA; ALAN SAITO RAMALHO; JOSÉ RIBAS MILANEZ DE CAMPOS; FÁBIO BISCEGLI JATENE
 DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O *Pectus excavatum* é deformidade congênita da parede torácica anterior, caracterizada pelo afundamento do esterno e das cartilagens condrais. Até o momento, os tratamentos disponíveis são cirúrgicos, e mesmo as chamadas técnicas minimamente invasivas são cirurgias de grande porte, que requerem internação hospitalar por dias e recuperação pós-operatória de semanas. A tentativa de utilização do vácuo como forma de tratamento do *Pectus excavatum* foi descrita por Lange de Munique, em 1910. **Objetivo:** Relatar nossa experiência inicial com um método não invasivo de tratamento do *Pectus excavatum*. **Método:** O Vacuum Bell é um dispositivo de silicone, com a forma de campânula arredondada, que tem adaptado uma bomba manual geradora de vácuo. Foi desenvolvido para ser posicionado sobre a deformidade, de modo que, quando o vácuo for acionado, o dispositivo se fixa à parede torácica e exerce pressão negativa, tracionando o defeito para sua posição anatômica. São quatro as indicações relacionadas na literatura: a) como tratamento não invasivo do *Pectus excavatum*, com a ressalva de que o tempo de seguimento desses pacientes ainda é curto para se fazer tal afirmação com certeza; b) no preparo para a cirurgia por qualquer técnica, por favorecer o reposicionamento que irá ocorrer após a cirurgia; c) como complemento de tratamento para pacientes submetidos à cirurgia de Nuss, que por algum motivo tiveram de retirar a barra antes do tempo planejado; d) no intra-operatório da cirurgia de Nuss, para ajudar a

passagem da barra entre o esterno e o pericárdio, diminuindo os riscos de lesão cardíaca. O Vacuum Bell foi utilizado no intra-operatório de 4 pacientes, sendo 2 do sexo masculino, submetidos à cirurgia de Nuss, cujas idades variavam de 15 a 24 anos. E também foi utilizado como estudo piloto para tratamento exclusivo de *Pectus excavatum* em um paciente do sexo masculino, de 23 anos, por um período de 3 meses. **Resultados:** Excetuando-se uma paciente de 16 anos da série de uso intra-operatório, em todos os outros pacientes ocorreu a elevação do esterno e das cartilagens condrais durante o uso do Vacuum Bell. O método pode ser uma valiosa terapia auxiliar no tempo cirúrgico da passagem retroesternal da barra na cirurgia de Nuss. No único caso de uso como tratamento exclusivo houve redução da concavidade do defeito de 2 cm. Entretanto, após a retirada do dispositivo, ocorreu regressão parcial do esterno em direção à posição anterior. **Conclusões:** Nossa experiência inicial confirma os relatos da literatura de que o dispositivo tende a corrigir a posição do esterno e das cartilagens condrais, tanto em uso intra-operatório como para tratamento exclusivo, embora não se saiba ainda qual o tempo necessário para uma correção definitiva e duradoura, e indica a necessidade de mais estudos para confirmar essas impressões iniciais.

PO.111 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO GIGANTE DE PLEURA – UM RELATO DE CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; TATIANA MINDA HERCULANO CATTBEKE; CARLO JAVIER VALDIVIA SANZ

FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, AM

Introdução: O tumor fibroso da pleura é uma patologia rara que pode originar-se tanto na pleura visceral como na parietal. **Relato:** Mulher, 44 anos, procurou atendimento médico com queixa de dispneia aos esforços e dor em hemitórax direito com evolução de cerca de 9 meses. Ao exame físico, diminuição da expansibilidade torácica, abolição do murmúrio vesicular e maciez à percussão no hemitórax inferior direito. Paciente não tabagista e sem patologias torácicas prévias. A radiografia simples de tórax apresentava opacificação homogênea de 2/3 inferiores do hemitórax direito. A paciente foi submetida à punção torácica sem achado de líquido pleural. Realizou tomografia computadorizada de tórax com achado de volumosa massa heterogênea, desviando as estruturas mediastinais, rebaixando o fígado e ocasionando atelectasia pulmonar quase completa à direita. Foi realizada uma toracotomia posterolateral direita com o achado e ressecção de grande massa sólida com pedículo em pleura parietal mediastinal, sugestiva de tumor fibroso solitário de pleura. A evolução pós-operatória foi satisfatória com alta hospitalar no 3º DPO. A análise histopatológica confirmou tratar-se de um gigante tumor fibroso solitário de pleura. **Discussão:** Os tumores fibrosos solitários de pleura podem cursar com diferentes quadros clínicos. Acometem mais homens do que mulheres. Sua forma mais comum de apresentação é como um tumor menor de 10 cm, descoberto casualmente em uma radiografia de tórax. Os tumores de maior tamanho podem cursar com dispneia, dor torácica, fadiga e tosse seca. O caso relatado demonstra uma paciente oligossintomática com uma massa pleural de grande volume, não sendo o tumor fibroso solitário de pleura, hipótese diagnóstica inicial.

Conclusão: A presença de um tumor fibroso de pleura é um achado raro, devendo, entretanto, ser lembrado na investigação diagnóstica de grandes massas intratorácicas.

PO.112 PADRÃO DE RECORRÊNCIA TUMORAL APÓS METASTASECTOMIA PULMONAR

RICARDO L. M. OLIVEIRA; RICARDO M. TERRA; PEDRO H. X. NABUCO; LETÍCIA L. LAURICELLA; RICARDO BEYRUTI; FÁBIO B. JATENE
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: O tratamento cirúrgico das metástases pulmonares tem sido aceito como opção terapêutica para ganho de sobrevida livre de doença e, eventualmente, cura. Entretanto, um melhor conhecimento dos padrões de recidiva pode auxiliar na seleção dos pacientes que mais se beneficiariam dessa opção. **Objetivo:** Avaliar o padrão de recorrência de doença neoplásica após metastasectomia pulmonar (MP) em pacientes com neoplasia de diversas origens, porém com sítio primário tratado e doença restrita aos pulmões. **Método:** Análise retrospectiva (fev/2009 a jul/2010) de pacientes submetidos à MP com objetivo curativo em instituição dedicada ao tratamento de câncer. **Critérios para indicação:** controle do sítio primário, ressecabilidade das lesões e ausência de doença extrapulmonar. Após a cirurgia, os pacientes foram mantidos em seguimento trimestral que incluía TC de tórax (TCT) e exames relacionados ao acompanhamento da neoplasia de base. As TCTs pré e pós-operatórias foram analisadas por dois observadores independentes, buscando lesões consideradas como metástases ressecáveis (lesões > 5 mm). **Recorrência de doença** foi definida como crescimento de lesões preexistentes, aparecimento de novas lesões à TCT ou recidiva extrapulmonar. A sobrevida livre de doença (SLD) foi considerada a partir da cirurgia até o diagnóstico da recorrência. **Resultados:** Durante esse período, 33 pacientes foram submetidos à MP. Destes, em 8 (24%), o anatomopatológico demonstrou lesões de outra natureza: 3 tumores primários de pulmão, 2 granulomas e outros (3). Nos demais, 25 (10 H, 15 M, idade média 55 anos) as neoplasias primárias eram: câncer de cólon em 12 (48%), sarcomas 9 (36%) e outros em 4 (16%). Um total de 66 nódulos/massas foi diagnosticado por meio de TCT, mediana de 2 por paciente, sendo que 47 (71%) foram ressecadas. Toracotomia em 26 (86%) do total de 30 cirurgias, videotoracoscopia em 2 (7%) casos e nos 2 restantes a via de acesso estava indisponível. A mediana de internação foi 4 dias, não houve mortalidade, porém observamos 1 complicação pós-operatória grave (pneumonia necrotizante). Vinte pacientes (80%) desenvolveram recorrência até dezembro de 2010, para esses a média de SLD foi 3,36 meses. As recorrências foram por crescimento de lesões pulmonares preexistentes em 9 (36%) pacientes, aparecimento de novas metástases pulmonares em 6 (24%) e progressão de doença extrapulmonar em 5 (20%). A recorrência extrapulmonar ocorreu no mediastino em 3 pacientes, fígado em 1 e sítio primário em 1. A mortalidade relacionada à neoplasia primária foi de 8% (2 pacientes). Ao final da coleta de dados, 5 (20%) pacientes estavam livres da doença. **Conclusão:** A taxa de recorrência de doença após MP é alta, mesmo considerando-se o curto tempo de seguimento, principalmente pelo crescimento de lesões

preexistentes. Assegurar a ressecabilidade completa das lesões e desenvolver estratégias para lidar com micronódulos detectados no pré-operatório podem melhorar os resultados dessa terapêutica.

PO.113 INFECÇÃO ESTERNAL FÚNGICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE PULMÃO

MARCOS NAOYUKI SAMANO; LUCAS MATOS FERNANDES; MARCUS MONACO; SÍLVIA VIDAL CAMPOS; RAFAEL MEDEIROS CARRARO; MARLOVA LUZZI CARAMORI; PAULO MANUEL PÉGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Introdução: Dentre as infecções oportunistas que acometem os pacientes imunossuprimidos após o transplante pulmonar, a infecção fúngica invasiva é a de maior predição de morbimortalidade. As agentes usuais são *Aspergillus* e *Candida* e o envolvimento pulmonar é a forma de apresentação mais comum. O acometimento do esterno é pouco descrito, porém igualmente grave. **Objetivos:** Descrever 3 casos de infecção fúngica do esterno após transplante pulmonar com boa evolução clínica após tratamento cirúrgico e medicamentoso. **Método:** No período de 2003 a 2010, foram realizados 119 transplantes pulmonares, sendo que 87 pacientes foram submetidos à bitoracotomia anterior com secção do esterno ("clamshell"). Destes, 85 realizaram transplantes bilaterais e dois unilaterais. Sete pacientes apresentaram deiscência da sutura esternal e 3 desses apresentaram osteomielite fúngica associada. Caso 1 – paciente de 62 anos, feminino, submetida a transplante pulmonar bilateral por deficiência de alfa-1-antripsina e bronquiectasias. Apresentou deiscência do esterno no 36º PO, sendo identificados *C. glabrata* e *E. faecim* após o desbridamento ósseo e resutura. Recebeu tratamento por 6 semanas com caspofungina e linezolid, com resolução completa. Caso 2 – paciente de 56 anos, masculino, transplantado por enfisema pulmonar. No 16º PO apresentou deiscência do esterno, sendo submetido ao desbridamento e resutura, com identificação de *C. glabrata*. Recebeu caspofungina por 6 semanas apresentando resolução do processo. Caso 3 - paciente de 19 anos, masculino, submetido ao transplante pulmonar por fibrose cística. Apresentou abaulamento esternal, dor e febre após três meses da operação. Submetido à exploração cirúrgica que evidenciou presença de pus, sendo identificado *Trichosporon* sp. Introduzido voriconazol com melhora clínica permanecendo afebril e sem sinais flogísticos locais. **Resultados:** A incidência de deiscência da sutura esternal após transplante pulmonar por bitoracotomia anterior foi de 8%. Destes, 3 pacientes apresentaram infecção fúngica esternal. Nos três casos reportados, a conduta terapêutica foi o desbridamento do local da infecção associado a antifúngico, havendo controle infeccioso local e sistêmico. **Conclusão:** A infecção por fungos no esterno em pacientes submetidos ao transplante pulmonar é uma entidade rara e com alta morbidade. Nesses casos, a abordagem cirúrgica visando limpeza exaustiva do sítio infeccioso e resutura das áreas deiscências deve ser precoce. A associação com antifúngico adequado é fundamental para completar o tratamento prolongado de osteomielite.

PO.114 A EFICÁCIA DO ENSINO PRÁTICO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL POR MEIO DE SIMULADORES AOS ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA

FELIPE AUGUSTO VIGARINHO JORGE; ERIKA RYMKIEWICZ; FERNANDA ELIZABETH ROMERO; ALEXANDRE DE OLIVEIRA; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Introdução: A tradicional forma de ensinar medicina compreende o professor ministrando aulas e o treinamento prático em doentes. Dilemas éticos e o crescimento da tecnologia desafiam esse ensino tradicional. **Objetivo:** Testar a eficácia na aquisição de conhecimento prático de alunos do quarto ano de medicina, após o treinamento com simuladores de intubação orotraqueal. **Método:** A amostra constou de 44 alunos do quarto ano de graduação em medicina, divididos em quatro turmas com 13 ou 14 alunos; cada turma foi avaliada durante o treinamento curricular realizado no módulo respiratório. Foram avaliados os parâmetros: montagem correta do laringoscópio; insuflação do balonete; intubação orotraqueal; checagem da posição correta da cânula com Ambu; tempo total para realizar o procedimento. Esses critérios foram avaliados em três momentos: sem ter ocorrido nenhuma aula ou instrução; após demonstração teórico-prática de dez minutos, feita por um professor experiente, mas sem treinamento do aluno; após treinamento orientado de 20 minutos, havendo um simulador para cada aluno. O professor que orientou o treinamento não participou das avaliações, assim como os avaliadores não assistiram à demonstração nem ao treinamento. Ao final, o aluno preencheu um questionário subjetivo, avaliando a própria aquisição de conhecimento e o método aplicado. **Resultados:** Montagem correta do laringoscópio: 84,1% dos alunos na primeira avaliação; 97,7% na segunda; 100% na terceira. Insuflação do balonete: 34,1% na primeira avaliação; 72,7% na segunda; 68,2% na terceira. Checagem com Ambu: 54,5% na primeira avaliação; 97,7% na segunda; 100% na terceira. Intubação orotraqueal: 34,1% na primeira avaliação; 88,6% na segunda; 100% na terceira. O tempo total médio, em segundos, dos alunos que conseguiram intubar a traqueia foi 106,4 na primeira avaliação; 83,0 na segunda; 36,7 na terceira. As respostas do questionário indicaram satisfação dos alunos com o método de ensino e uma adequada aquisição de conhecimento. **Conclusão:** Concluímos que o uso de simuladores é eficaz para a aquisição de conhecimento prático sobre intubação orotraqueal a alunos de graduação.

PO.115 RESSECÇÃO DE TUMOR DE MADIASTINO POR CIRURGIA TORÁCICA VIDEOASSISTIDA: ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS EM SALVADOR, BAHIA

RAPHAELLA OLIVEIRA CARDOSO PONTES; ALANA DE OLIVEIRA SILVA; PAULA ANTÔNIA UGALDE FIGUEROA; SÉRGIO TADEU LIMA FORTUNATO PEREIRA; MAÍRA KALIL FERNANDES; IURY ANDRADE MELO; ROMILTON VIANA MACHADO

HOSPITAL SANTA ISABEL, HOSPITAL PORTUGUÊS, HOSPITAL ALIANÇA E HOSPITAL JORGE VALENTE

Introdução: O mediastino contém todas as vísceras torácicas com exceção dos pulmões. A abordagem cirúrgica às patologias mediastinais é ainda motivo de controvérsia pelo

grande espectro de dificuldades técnicas, principalmente a viabilidade e a segurança na manipulação de estruturas vitais. Dentre as massas mediastinais, os tumores do timo constituem a etiologia mais comum da porção anterior. Atualmente a videotoroscopia é uma alternativa útil para a ressecção de tumores mediastinais sem esternotomia, pela comprovada segurança e eficácia. **Objetivo:** Descrever os aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico como o tempo de cirurgia, tempo de internação, tempo de dreno, complicações peri-operatórias e resultados cirúrgicos dos pacientes que foram submetidos à ressecção do tumor em hospitais de referência em Salvador. **Método:** Este é um estudo retrospectivo observacional descritivo de pacientes operados no Hospital Santa Isabel, Hospital Português, Hospital Aliança e Hospital Jorge Valente, onde foram analisados prontuários de 57 pacientes. **Resultados:** 65% dos pacientes eram mulheres; média de idade de 48,7±18,2 anos; 61,1% aposentados, 27,8% estudavam e 11,1% eram servidores estaduais. O tempo médio de duração do procedimento foi de 151,4±96,2 minutos; o tempo de uso do dreno torácico médio foi de 2,3±1,6 dias; o tempo de internação foi em média 5,17±4,95 dias. Apresentaram complicações no período intra-operatório 11,1% dos pacientes; no período pós-operatório, 39,9% dos indivíduos evoluíram com algum tipo de complicação e um paciente evoluiu para óbito. Houve correlação positiva entre o tempo de cirurgia e o tempo de dreno; entre o tempo de cirurgia e o tempo de internação hospitalar ambos com significância estatística. **Conclusão:** A cirurgia torácica videoassistida oferece um tratamento seguro e eficaz com baixa taxa de complicações e reduzido tempo de internação.

PO.116 LOBECTOMIA PULMONAR POR CIRURGIA VIDEOASSISTIDA – SÉRIE DE CASOS

ALIANA DE OLIVEIRA SILVA; RAPHAELLA OLIVEIRA CARDOSO PONTES; PAULA ANTÔNIA UGALDE FIGUEROA; SÉRGIO TADEU LIMA FORTUNATO PEREIRA; MAÍRA KALIL FERNANDES; ROMILTON VIANA MACHADO; IURY ANDRADE MELO

HOSPITAL SANTA ISABEL, HOSPITAL PORTUGUÊS, HOSPITAL ALIANÇA E HOSPITAL JORGE VALENTE

Introdução: A cirurgia minimamente invasiva tem aprimorado o tratamento de pacientes cirúrgicos. Essa técnica cirúrgica minimiza o trauma e otimiza a recuperação do paciente sem comprometer o desempenho da cirurgia. A cirurgia torácica videoassistida, por muitas razões, é uma alternativa atraente à toracotomia. Com o auxílio da tecnologia por vídeo, esse procedimento permite a ressecção de nódulos e biópsia pulmonar para exame anatomopatológico com fins diagnósticos e procedimentos terapêuticos. A lobectomia é considerada oncológica e o tratamento padrão para pacientes com estágio inicial de câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) e tem demonstrado que é um procedimento seguro, reprodutível e eficiente para o tratamento do câncer de pulmão de não pequenas células em estágio inicial. Nos últimos anos, o impulso para executar ressecções pulmonares minimamente invasivas tem crescido na área de cirurgia torácica geral. A lobectomia por toracoscopia tem sido executada com sucesso em todo o mundo por mais de uma década. Contudo, apesar da crescente disseminação da técnica, essa cirurgia ainda é escassa no nosso meio, talvez pela sua aceitação. **Objetivo:** Descrever o tempo de internação, tempo de cirurgia,

tempo de uso do dreno torácico e resultados cirúrgicos dos pacientes que foram submetidos à lobectomia pulmonar por cirurgia torácica videoassistida, em hospitais de referência em Salvador, BA. **Método:** Este é um estudo retrospectivo de uma série de casos de 21 pacientes que foram operados nos Hospitais Aliança, Santa Isabel, Jorge Valente e Português, tendo sido coletados os dados dos pacientes a partir da revisão de seus prontuários, bem como de uma base de dados pertencente à equipe de cirurgia torácica atuante nos procedimentos. Observou-se que aproximadamente 52% dos pacientes pertenciam ao sexo masculino; a média de idade encontrada foi 64 anos. **Resultados:** Dos diagnósticos pré-operatórios, 63% correspondiam a câncer de pulmão. A anatomia patológica mostrou predomínio do adenocarcinoma (73%). A complicação intra-operatória registrada foi lesão de artéria pulmonar, em apenas um paciente, e a complicação pós-operatória foi arritmia cardíaca, na forma de fibrilação atrial, igualmente em apenas um indivíduo. Verificou-se que o tempo de cirurgia é uma variável preditora relevante para o tempo de uso de dreno torácico, bem como para o tempo de internação hospitalar, os quais aumentam com a progressão do tempo de cirurgia. **Conclusão:** Observou-se que o CA de pulmão é a afecção mais frequente nos pacientes operados por essa técnica, na qual os tempos de dreno e de internação estão associados a um pequeno tempo de cirurgia. As complicações intra e pós-operatórias deste estudo são raras e aceitáveis segundo a literatura. Essa é uma técnica reprodutível, segura e eficaz.

PO.117 CARCINOMA SARCOMATOIDE – RELATO DE CASO

EDUARDO PILLA; GABRIEL AQUILES ZANATTA; MATHEUS DORNELES FICK; JOANINE ANDRIGHETTI SOTILLI; LEONARDO CARVALHO; MARINA KRUM; IVO LEUCK; NELSON ROSENBERG

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Introdução: O carcinoma sarcomatoide é uma neoplasia pulmonar epitelial maligna com células pleomórficas e/ou fusiformes como as encontradas nos sarcomas. A faixa etária de apresentação 44-78 anos (65 média), quase sempre acometendo fumantes. **Objetivo:** Relatar um caso do raro carcinoma sarcomatoide, além de revisar a literatura em relação a diagnóstico e tratamento. **Método:** Estudo de relato de caso com acompanhamento prospectivo da evolução do paciente. Os achados intra-operatórios e os de exames de imagem foram documentados por fotografia, com a autorização do paciente. **Revisão da literatura.** **Relato de Caso:** Paciente com 59 anos, branco, pescador aposentado. História de tabagismo (40 maços/ano) e insuficiência cardíaca (fração de ejeção de 39%). Procurou atendimento por quadro de anorexia, perda ponderal, tosse produtiva e febre com evolução de 20 dias. Ao exame físico, se apresentava em regular estado geral, emagrecido, lúcido, orientado e coerente, com mucosas ressecadas, coradas e acianóticas. Os sinais vitais eram normais, exceto a temperatura axilar, que se mantinha em 38°C. Nas extremidades, observava-se hipocratismo digital. Na ausculta respiratória, percebia-se murmúrio vesicular diminuído à esquerda. **Revisão dos demais sistemas sem particularidades.** A radiografia de tórax demonstrou opacidade de configuração nodular ocupando grande parte do lobo superior esquerdo. A tomografia computadorizada de tórax exibiu, além de enfisema, volumosa lesão tumescente no lobo superior esquerdo, medindo cerca de 10 x 10,0 cm, com centro extensamente

hipodenso, presumivelmente necrótico. A fibrobroncoscopia demonstrou na árvore brônquica esquerda uma lesão no brônquio lobar superior esquerdo, com necrose recobrimdo a lesão. Inicialmente, o paciente foi submetido a uma mediastinoscopia cervical para estadiamento que evidenciou ausência de neoplasia em linfonodos 4D, 4E e 7. Após, uma lobectomia superior esquerda com ressecção linfonodal foi realizada. O exame anatomopatológico demonstrou um carcinoma com elementos sarcomatoides e extensas áreas de necrose em parênquima pulmonar periférico. Ausência de neoplasia em linfonodos e margens cirúrgicas livres. **Conclusão:** Mesmo raro, o carcinoma sarcomatoide deve ser considerado como diagnóstico diferencial em pacientes tabagistas com exames de imagem demonstrando grandes lesões de bordos irregulares e espiculados com hemorragia e necrose central. O tratamento preconizado é o cirúrgico.

PO.118 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE TRAQUEIA – RELATO DE CASO

EDUARDO PILLA; JOANINE ANDRIGHETTI SOTILLI; GABRIEL AQUILES ZANATTA; MATHEUS DORNELES FICK; LEONARDO CARVALHO; MARINA KRUM; IVO LEUCK; NELSON ROSENBERG
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Introdução: Os tumores primários de traqueia correspondem a 0,2% das malignidades do trato respiratório segundo dados norte-americanos. O carcinoma mucoepidermoide é uma neoplasia de malignidade intermediária, decorrente das glândulas submucosas da traqueia. **Objetivo:** Relatar um caso de doença traqueal rara com tratamento cirúrgico. **Método:** Estudo de relato de caso com acompanhamento prospectivo da evolução do paciente. Os achados intra-operatórios e os de exames de imagem foram documentados por fotografia, com a autorização do paciente. Revisão da literatura. **Relato de Caso:** Paciente com 23 anos, branco, operador de máquinas. Apresentava havia 2 anos episódios de dispnéia que eram tratados como asma brônquica em serviços de emergência. Após avaliação pneumológica, foi submetido a uma tomografia computadorizada de tórax que revelou lesão expansiva, com densidade de partes moles, apresentando impregnação intensa pelo contraste, localizada no terço distal da traqueia, próxima à bifurcação traqueal com extensão para o brônquio principal direito, medindo 2,3 x 1,6 x 2,5 cm. Internou em nosso serviço apresentando estridor expiratório e intensificação da dispnéia ao decúbito lateral esquerdo. A fibrobroncoscopia identificou uma lesão com base de implantação na parede lateral direita da traqueia distal, sem invasão da carena traqueal e que não permitia a passagem do aparelho para o brônquio fonte direito, o que impedia a determinação da sua extensão exata. A biópsia foi compatível com carcinoma mucoepidermoide. A lesão foi abordada por uma toracotomia posterolateral direita e a ressecção realizada por meio de uma traqueotomia na parede lateral direita da traqueia e fechamento primário dela com fio de PDS 4.0. Não houve intercorrências e o estudo anatomopatológico revelou uma classificação em baixo grau, tumor restrito à submucosa, limites cirúrgicos livres e linfonodos pré-traqueais e paratraqueais inferiores direitos sem neoplasia. Foi realizado controle endoscópico e alta hospitalar no 6º dia pós-operatório. **Conclusão:** A confusão diagnóstica do tumor de traqueia com asma brônquica é comum. Os sinais e sintomas de obstrução nem sempre são evidentes. A dispnéia aos esforços surge somente quando o quadro já está avançado e a luz traqueal apresenta 90% de

obstrução. Sibilos não são incomuns e podem ser ouvidos apenas em um hemitórax ou se modificarem a mudança de posição. Classificamos os carcinomas mucoepidermoides em tumores de baixo grau – 90% – e tumores de alto grau – 10%. As lesões de baixo grau acometem em metade dos casos, adultos com menos de 30 anos e têm um bom prognóstico, sobrevida de 80% em 5 anos após ressecção completa. Nos casos de alto grau, 70% deles acometem adultos com mais de 30 anos e o prognóstico é reservado, correspondendo a 31% de sobrevida em 5 anos mesmo com a ressecção completa. A quimioterapia e a radioterapia não apresentam papel bem definido no tratamento. A traqueoplastia é a melhor escolha quando a ressecção completa é factível. Em lesões extensas é muitas vezes preferível uma ressecção com margens comprometidas a uma anastomose sob tensão e com risco de deiscência. No caso representado, a neoplasia mantinha contato com uma pequena área da parede lateral direita da traqueia e por esse motivo não foi necessária uma ressecção de toda a circunferência da traqueia para garantir margens livres.

PO.119 TUBERCULOSE TRAQUEAL – RELATO DE CASO

EDUARDO PILLA; GABRIEL AQUILES ZANATTA; MATHEUS DORNELES FICK; JOANINE ANDRIGHETTI SOTILLI; LEONARDO CARVALHO; MARINA KRUM; IVO LEUCK; NELSON ROSENBERG
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Introdução: A tuberculose traqueal é uma condição inflamatória rara com menos de 150 casos relatados na literatura. Está associada à estenose difusa da luz do órgão por uma lesão tuberculosa pseudomembranosa. Os principais diagnósticos diferenciais são: carcinoma, amiloidose, infecção fúngica e asma. **Objetivo:** Relatar um caso de tuberculose traqueal, além de revisar pontualmente a literatura sobre o diagnóstico e o tratamento. **Método:** Estudo de relato de caso com acompanhamento prospectivo da evolução do paciente. Os achados endoscópicos e os de exames de imagem foram documentados por fotografia, com a autorização do paciente. Revisão da literatura. **Relato de Caso:** Paciente de 60 anos, branco, casado, garçom. Previamente hígido, procurou atendimento hospitalar em novembro de 2008 por tosse seca e dispnéia progressivas com evolução de 30 dias. Negava hemoptise, febre ou perda ponderal. Não apresentava contato com pacientes diagnosticados com doenças granulomatosas. Negava tabagismo ou etilismo. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, com estridor e roncões de transmissão à ausculta pulmonar. A radiografia de tórax demonstrou opacidade justa-mediastinal em terço superior do hemitórax direito. A tomografia de tórax evidenciou lesão expansiva com 9 cm de diâmetro no lobo superior direito, que se realçava heterogeneamente pelo contraste e infiltrava a gordura mediastinal na porção média e superior da parede lateral direita da traqueia invadindo sua luz. Linfonodos mediastinais aumentados e alguns parcialmente calcificados também foram descritos, além de lesões calcificadas e fibroatelectásicas em lobo inferior direito e ápice esquerdo. A fibrobroncoscopia identificou uma lesão endotraqueal a cerca de 3 cm da carena principal que acometia a porção posterior da traqueia e ocluía 50% de sua luz. A parede anterior do brônquio fonte direito apresentava compressão extrínseca provavelmente por linfonodo mediastinal. A biópsia traqueal evidenciou granuloma tuberculóide com necrose em mucosa respiratória e as pesquisas de BAAR, fungos e citopatológicas foram negativos. O paciente foi

submetido a tratamento tuberculostático e após 4 meses a tomografia e a fibrobroncoscopia de controle revelaram redução da lesão. No entanto, o lavado broncoalveolar foi positivo para BAAR. Após 9 meses de tratamento ocorreu negatificação do BAAR e a fibrobroncoscopia e tomografia revelaram apenas áreas de retração fibrótica leve. **Conclusão:** Mesmo rara, a tuberculose traqueal deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com dispneia progressiva e estridor em função da alta prevalência de tuberculose em nosso meio. Mesmo com o tratamento adequado, a evolução pode demonstrar presença de estenose cicatricial, cujo manejo compreende dilatações em lesões extensas e ressecção cirúrgica em estenoses mais curtas.

PO.120 TUMOR CARCINOIDE BRÔNQUICO - RELATO DE CASO

EDUARDO PILLA; MATHEUS DORNELES FICK; JOANINE ANDRIGHETTI SOTILLI; GABRIEL AQUILES ZANATTA; LEONARDO CARVALHO; MARINA KRUM; NELSON ROSENBERG

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Introdução: Os tumores carcinoides brônquicos são considerados neoplasias de baixo grau de malignidade compostas de células neuroendócrinas. Representam 1 a 2% de todos os cânceres de pulmão. São classificados em dois grupos: carcinoides típicos e atípicos. **Objetivo:** Relatar um caso de tumor carcinóide típico, diagnosticado e tratado em nosso serviço, além de realizar revisão da literatura. **Método:** Estudo de relato de caso com acompanhamento prospectivo da evolução do paciente. Os achados intra-operatórios e os de exames de imagem foram documentados por fotografia, com a autorização do paciente. **Revisão da literatura.** **Relato de Caso:** Paciente de 42 anos, negra, doméstica, tabagista (25 anos/maço) e hipertensa (uso de captopril). Procurou atendimento hospitalar por tosse não produtiva com evolução de um ano. Negava febre, rouquidão, dispneia ou dor. A radiografia de tórax evidenciou tênue opacidade mal definida provavelmente fibroatelectásica projetada no terço superior do pulmão direito, sem evidência de outra alteração significativa em pleuras, pulmões ou mediastino. A tomografia computadorizada (TC) de tórax, realizada antes e após o uso de contraste intravenoso, identificou lesão nodular de pequenas dimensões no hilo pulmonar direito com perto de 1,5 cm, determinando abaulamento da parede anterior e redução de calibre do brônquio principal. A fibrobroncoscopia demonstrou uma lesão com aspecto de “dedo de luva” com origem no brônquio lobar superior direito que obstruía parcialmente o brônquio intermediário. O resultado anatomopatológico da biópsia foi de tumor carcinóide. Nos exames pré-operatórios a paciente não apresentou alterações na TC abdominal e na espirometria o VEF1 foi de 65% do previsto. Foi submetida a uma lobectomia superior direita com broncoplastia. Reconstrução com anastomose término-terminal do brônquio intermediário com o brônquio principal direito. O exame de congelação demonstrou margens livres no coto brônquico. O diagnóstico anatomopatológico da peça foi de tumor carcinóide típico, distando 2 cm das margens cirúrgicas. **Conclusão:** Os tumores carcinoides são neoplasias que se originam em especial de stem-cell do epitélio brônquico conhecidas como células de Kulchitsky. Apresentam um curso clínico mais benigno que os carcinomas broncogênicos. O tratamento de escolha é a ressecção completa da lesão, poupando o

parênquima pulmonar tanto quanto for possível. Apesar da possibilidade de metástases extratorácicas e mediastinais, o prognóstico é bom. Os fatores mais importantes de mau prognóstico são histologia atípica, metástases linfonodais e apresentação sintomática.

PO.121 SÍNDROME DE CHILAITIDI PÓS-PNEUMONECTOMIA - RELATO DE CASO

EDUARDO PILLA; JOANINE ANDRIGHETTI SOTILLI; GABRIEL AQUILES ZANATTA; MATHEUS DORNELES FICK; LEONARDO CARVALHO; MARINA KRUM; IVO LEUCK; NELSON ROSENBERG

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Introdução: O achado radiológico de interposição temporária ou permanente do cólon, intestino delgado ou estômago no espaço hepatodiafragmático é denominado de Sinal de Chilaiditi. Apresenta uma incidência de 0,025 a 0,028% na população em geral, predominante em homens (relação 4:1) e mais frequente após os 65 anos. Quando associado a sintomas de dor abdominal, náuseas, vômitos, dor retroesternal, sintomas respiratórios, distensão abdominal, obstrução ou suboclusão intestinal, caracteriza a síndrome de Chilaiditi. São fatores predisponentes doença pulmonar crônica; cirrose, ascite; diminuição do tamanho do fígado ou defeitos congênitos dos ligamentos hepáticos; má rotação ou mobilidade anormal do intestino; alongamento do cólon, dolicocolon ou estreitamento da inserção no mesentério; alteração do nervo frênico, eventração diafragmática ou aumento do diâmetro torácico; constipação crônica; cirurgia abdominal prévia; obesidade; aerofagia etc. O diagnóstico é radiológico e o tratamento conservador, na maioria das vezes. **Objetivo:** Relatar um caso de síndrome rara com revisão pontual da literatura. **Método:** Estudo de relato de caso com acompanhamento prospectivo da evolução do paciente. Os exames de imagem foram documentados por fotografia, com a autorização do paciente. **Revisão da literatura.** **Relato de Caso:** Paciente masculino, 59 anos, pardo. Procurou o pronto atendimento por quadro de dor e distensão abdominal, além de constipação havia 5 dias. Relatava episódios prévios semelhantes com resolução espontânea. História de pneumonectomia direita por neoplasia havia 20 anos. Ao exame físico, abdômen distendido, timpânico, mas sem sinais de irritação peritoneal, ausculta respiratória com murmúrio vesicular abolido à direita. Exames laboratoriais inalterados (hemograma, função hepática e função renal). RX de abdômen agudo com acentuada distensão hidroaérea de alças de delgado no abdômen sugerindo obstrução intestinal provavelmente no nível do íleo, redução de volume do hemitórax direito com níveis hidroaéreos no interior, relacionados a segmentos do cólon transversos. Solicitou-se que trouxesse suas radiografias prévias, essas apresentavam o achado atual de forma intermitente. A TC de tórax e abdômen também demonstrou estruturas abdominais ocupando o hemitórax direito, além de múltiplas bolhas subpleurais e algumas áreas de enfisema no pulmão esquerdo. O paciente foi manejado clinicamente e apresentou melhora dos sintomas, evacuando no 2º dia de internação. O diagnóstico estabelecido foi de síndrome de Chilaiditi. **Conclusão:** É importante o reconhecimento da síndrome de Chilaiditi, uma vez que essa pode ser confundida com situações mais graves como pneumoperitônio, abscesso subfrênico, ruptura de vísceras abdominais, lesões hepáticas

posteriores ou massas retroperitoneais, gerando intervenção cirúrgica desnecessária, pois que seu tratamento é preferencialmente conservador (repouso, suplementação de líquidos, descompressão nasogástrica e enemas).

PO.122 SCHWANNOMA MÚLTIPLO

JOSÉ ALEXANDRE BIZON; FELIPE DE OLIVEIRA TEIXEIRA; LUIZ OTSUBO; RENATA MARIA CRUZ VERLANGIERI; FABIANO ALVES SQUEFF; GERALDO HIDALGO; GILSON DAVI DE LIMA STEVÃO; FÁBIO JOSÉ BARBO CASELLA SANTA CASA DE SOROCABA, SP

Introdução: Schwannomas são neoplasias de origem neurogênica benigna, com potencial de malignização, de crescimento lento, originárias das células de Schwann. Usualmente solitária, encontrada no mediastino posterior, retroperitônio ou pelve, sendo rara sua apresentação múltipla. **Objetivo:** Relato de caso de paciente masculino, branco, 28 anos, sem antecedentes, apresentando havia 7 meses dificuldade para deambulação e dor cervico-toraco-abdominal. Paciente não apresenta lesões cutâneas. Ressonância nuclear magnética (RNM) com lesão expansiva extramedular intradural em C6-7, determinando compressão e afilamento medular. Tomografia computadorizada (TC) de tórax com lesão de 4 x 4 x 3 cm em contato com a coluna dorsal, arcos costais à esquerda e parede da aorta. TC abdômen com lesão sólida paravertebral na transição tóraco-lombar, nódulos hepáticos, lesão expansiva pré-sacral. **Método:** Revisão de prontuário, análise dos dados referentes ao quadro clínico, exames de imagem (radiografia, TC de tórax, TC abdômen e RNM) e exames anatomopatológicos (AP). **Resultados:** Primeiro, ressecção das lesões cervical e abdominais, AP: schwannoma tipo A. Posteriormente, ressecção das 2 lesões torácicas por meio de toracotomia anterolateral esquerda, mantendo o resultado patológico. Paciente evoluiu com incontinência urinária e fecal, dormência em mmss e paraplegia. **Conclusão:** Os schwannomas são tumores neurogênicos, arredondados, sólidos, bem delimitados, crescem lentamente, comprimindo e nunca invadindo. Não há predileção por sexo. O pico de incidência é da 4ª a 6ª décadas. Sua apresentação múltipla na ausência de neurofibromatose é rara e deve ser documentada. O tratamento preconizado é a ressecção completa.

PO.123 EXPANSÃO TORÁCICA LATERAL PARA DISTROFIA TORÁCICA ASFIXIANTE. EXPERIÊNCIA INICIAL DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO – RELATO DE 4 CASOS

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; ALBERTO BRÜNING GUIMARÃES; JOSÉ CARLOS FELICETTI
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO – SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: A distrofia torácica asfíxica ou síndrome de Jeune é uma doença autossômica recessiva, caracterizada por caixa torácica pequena, estreita e alongada, com desenvolvimento anormal das costelas que resulta em hipoplasia pulmonar. Quando sintomática desde o nascimento, resulta em hipoxemia grave e necessidade de ventilação mecânica. Quando em sua forma leve, pode resultar em pneumonias de repetição e disfunção respiratória progressiva. **Objetivo:** Descrever a experiência inicial e os desafios para o tratamento de uma alteração rara do

desenvolvimento da parede torácica em um serviço de Cirurgia Torácica infantil. **Método:** Foram revisados os prontuários de 4 pacientes com distrofia torácica asfíxica que foram submetidos à expansão torácica lateral no Hospital da Criança Santo Antônio. Esse procedimento foi realizado por meio de uma toracotomia vertical, onde eram seccionadas de maneira alternada e em diferentes extensões os arcos costais do 4º ao 9º e depois aproximadas às extremidades mais longas com uso de placas de titânio, permitindo assim um aumento da caixa torácica. Esses procedimentos foram realizados bilateralmente e em diferentes intervalos de tempo. **Resultados:** Todos os pacientes eram do sexo masculino e todos foram submetidos à expansão torácica lateral em intervalos de tempo médio de 60 dias, compreendendo um total de 8 procedimentos. Dois pacientes foram submetidos a outros procedimentos associados em tempos distintos, como expansão do osso esterno e retirada de cartilagens costais. As idades dos pacientes na primeira cirurgia foram de 7 dias em dois casos, 4 meses em 1 caso e 10 meses em outro caso (tratado inicialmente em outro serviço com secção do esterno e colocação de placas para expansão desse osso). Os três pacientes sintomáticos, antes dos 4 meses de vida, foram traqueostomizados e permaneceram em ventilação mecânica por período prolongado (média de 6 meses). Destes, dois pacientes foram a óbito, enquanto outro se encontra em ventilação mecânica havia 6 meses sem perspectivas de desmame. O paciente mais velho, cujo tratamento foi realizado após o primeiro ano, apresenta-se assintomático do ponto de vista respiratório. **Conclusão:** Os pacientes com distrofia torácica asfíxica, quando sintomáticos logo após o nascimento ou com sintomas progressivos nos primeiros meses de vida, mesmo tratados com expansão torácica lateral apresentaram um pior prognóstico em comparação àquele paciente tratado mais tardiamente. A expansão torácica lateral é um procedimento factível e deve ser considerado para o tratamento de distrofia torácica asfíxica em qualquer idade.

PO.124 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRONQUIECTASIAS EM CRIANÇAS

IURY ANDRADE MELO; ALBERTO BRÜNING GUIMARÃES; JOSÉ CARLOS FELICETTI; PATRÍCIA NERIS KAMINSKI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO – SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, RS

Objetivo: Determinar as características de pacientes referenciados para tratamento cirúrgico da bronquiectasia, assim como as indicações para a cirurgia e resultados obtidos em um centro de referência em cirurgia torácica pediátrica. **Método:** Entre janeiro de 1998 e dezembro de 2009, analisamos retrospectivamente prontuários de pacientes com bronquiectasia submetidos a tratamento cirúrgico. Critérios de exclusão foram idade maior que 16 anos e dados clínicos incompletos, assim como pacientes com bronquiectasia relacionada à fibrose cística. Esses dados foram posteriormente analisados de forma descritiva, objetivando principalmente a incidência pós-operatória de complicações e resultados na melhoria de sintomas clínicos após a cirurgia. **Resultados:** Dos 109 pacientes submetidos à ressecção pulmonar, a idade média foi de 7,6 anos (variou de 1 a 15,5) com predominância do sexo masculino (58,5%). As etiologias prováveis mais encontradas foram bronquiólite

obliterante (52%) e pneumonia bacteriana (56%), sendo indetectado em 18 crianças mais de um fator etiológico, com a associação mais comum, sendo a bronquiolite obliterante e pneumonia bacteriana. Na avaliação radiológica, os locais mais acometidos foram lobo inferior esquerdo (59%), lobo inferior direito (31,7%) e lobo médio (28%), com 56 pacientes com doença identificada exclusivamente em um único lobo ou segmento pulmonar. RX e TC evidenciaram doença unilateral em 67 e 33% dos pacientes, respectivamente. Todos os pacientes foram submetidos à ressecção por toracotomia, sendo os procedimentos isolados mais realizados a segmentectomia (43%), lobectomia inferior esquerda (38%) e a lobectomia média (24%). Identificamos complicações pós-operatórias em 36% dos procedimentos, sendo as mais comuns atelectasia (26%), escape aéreo (6%) e dor pós-operatória (4%), com apenas 1 óbito após 30 dias e em nova cirurgia não relacionada à bronquiectasia. As crianças foram acompanhadas ambulatorialmente após a alta hospitalar, com um tempo médio de seguimento de 667 dias, tendo 70% apresentando melhora de sintomas clínicos em relação aos sintomas relatados no pré-operatório. **Conclusão:** A ressecção pulmonar para tratamento da bronquiectasia em crianças é um procedimento seguro e com pequena morbidade e mortalidade, e que resulta em melhora dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes operados.

PO.125 CORPO ESTRANHO INTRAPULMONAR APÓS TRAUMA TORÁCICO E CONDUTA INVASIVA - RELATO DE CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; TATIANA MINDA HERCULANO CATTEBEKE; CARLO JAVIER VALDIVIA SANZ
FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, AM

Introdução: O trauma torácico pode produzir variadas lesões nos órgãos intratorácicos, sendo as lesões parenquimatosas mais comuns, podendo ocorrer também contusões pulmonares, atelectasias, lacerações e hematomas. Corpos estranhos intrapulmonares são mais frequentes pelas aspirações traqueobrônquicas, principalmente durante a infância, sendo menos frequente a ocorrência por trauma torácico penetrante. **Objetivo:** Relatar um caso de corpo estranho intrapulmonar por trauma penetrante e a adoção de uma conduta invasiva. **Relato de Caso:** Paciente de 15 anos, masculino, deu entrada em nosso hospital, procedente de Boa Vista, RR, relatando que sofreu trauma penetrante em região anterior de hemitórax direito ocasionado por fragmento de argola de ferro que se despreendeu após ruptura abrupta de corrente que prendia um boi que tentou fugir. Informou que foi submetido à drenagem torácica direita por pneumotórax com retirada após 3 dias e encaminhado para Manaus, AM. Ao exame encontrava-se eupneico, sem queixa de dor torácica, porém relatava escarros hemoptóicos. O estudo radiológico do tórax evidenciou objeto metálico em forma de arco de localização intraparenquimatosa justa hilar direita. Foi submetido à toracotomia posterolateral direita com pneumotomia e retirada do objeto metálico encapsulado sem necessidade de ligadura de vasos hilares ou ressecção pulmonar. **Conclusão:** Apresentamos o caso de um jovem oligossintomático com diagnóstico de corpo

estranho intrapulmonar após acidente rural inusitado, submetido à exérese do objeto e evolução pós-operatória sem intercorrências. A opção pela conduta invasiva deu-se por conta de possibilidade de complicações futuras e em função da perturbação psicológica do adolescente, pela presença de um corpo estranho em seu pulmão.

PO.126 ANÁLISE IMUNOISTOQUÍMICA DO MARCADOR COX-2 NA LESÃO PULMONAR AGUDA EM RATOS

ANDRÉ MIOTTO; THEOPHILO ASFORA LINS; EDNA FRASSON DE SOUZA MONTEIRO; CELINA TIZUKO FUJIYAMA OSHIMA; LUÍS GARCIA ALONSO; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Introdução: As doenças pulmonares estão em evidência nos dias de hoje. Grande parte destas exige procedimentos cirúrgicos em seu diagnóstico ou tratamento. Na toracotomia e na toracosopia é necessária a manipulação de um lobo ou de todo o pulmão, causando lesão. A resposta inflamatória aguda é um dos principais mecanismos de defesa dos pulmões diante desse mecanismo de lesão. **Objetivo:** Este trabalho busca um melhor entendimento dos mecanismos moleculares da resposta inflamatória pulmonar causada por lesão mecânica durante o ato operatório. O papel do marcador COX-2 nessa resposta ainda não está bem estabelecido na literatura. Essa abordagem foi feita por meio de análises imunoistoquímica e histológica microscópica sob coloração de hematoxilina-eosina (HE), correlacionando essa resposta com os diferentes tempos de lesão. **Método:** Foram usados 16 ratos Wistar EPM - 1 divididos em quatro grupos de quatro ratos cada um. Os ratos foram anestesiados e submetidos à intubação orotraqueal, sendo ventilados com uma pera de borracha; e, em seguida, foram submetidos a uma toracotomia anterior direita. O lobo superior do pulmão direito foi comprimido com pinça de Bulldog plástica segundo o tempo de cada grupo do experimento (5 minutos, 2 minutos e 10 segundos por 3 vezes seguidas, com intervalos de 10 segundos entre elas). O grupo controle foi submetido à toracotomia, porém o pulmão não foi submetido à compressão. Após isso, cada rato foi fechado e mantido vivo por uma hora. Em seguida, foram sacrificados e os fragmentos do pulmão foram retirados e enviados para processamento com HE e imunoistoquímica. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Paulista de Medicina - Unifesp sob o número CEP 1463/08. Para o estudo estatístico, utilizamos a análise de variância por postos de Kruskal-Wallis e o nível de significância considerado foi de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Os cortes em HE mostram claramente uma maior reação inflamatória nas áreas de pinçamento, marcado por lesão celular e hiperplasia do tecido em relação ao tecido ao redor. Na análise imunoistoquímica dos fragmentos, obtivemos resultados muito semelhantes entre todos os grupos, com resultados positivos para a imunoistoquímica em todos os ratos, com intensidade variando entre fraca e média (Tabela 1). Tabela 1: Escores para a interpretação imunoistoquímica das reações obtidas em cada rato, segundo a divisão em grupos (grupo 1 - controle; grupo 2 - 30 segundos; grupo 3 - 2 minutos; e grupo 4 - 5 minutos).

Rato	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
1	6	6	4	6
2	6	3	6	4
3	3	4	6	6
4	4	4	6	6

Conclusão: Podemos concluir que não houve diferença do padrão imunoistoquímico entre os ratos do grupo controle e dos grupos com lesão. Concluímos também que o pinçamento do parênquima pulmonar leva a um maior grau de lesão tecidual conforme o tempo de lesão, apesar de tal resposta inflamatória não ser bem especificada na análise imunoistoquímica. Não podemos afirmar, porém, que a compressão aguda do pulmão leva a uma maior resposta inflamatória demonstrada pelo marcador COX-2. Resultados de estudos com outros marcadores inflamatórios e com um maior número de ratos são necessários para uma avaliação mais precisa e definitiva.

PO.127 ANÁLISE DE 500 PACIENTES COM A UTILIZAÇÃO DE DRENO PLEURAL ÚNICO (28 FR) NO PÓS-OPERATÓRIO

CROMWELL BARBOSA DE CARVALHO MELO; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; ERIKA RYMKIEWICZ; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; JOSÉ ERNESTO SUCCI

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Introdução: A drenagem pleural foi descrita há mais de 2.500 anos, desde a época de Hipócrates. O procedimento evoluiu com o tratamento do empiema pleural, sendo que Playfair, em 1872, foi o primeiro a desenvolver o sistema com selo d'água em frasco, porém fechado. O nosso sistema atual, com uma saída para o ar no frasco coletor, foi criado por Von Gotthard Bulau (1875) e Lilienthal (1922) difundiu a utilização do sistema no pós-operatório de uma toracotomia. Munnell (1975) concluiu, após uma pesquisa com mais de 300 cirurgiões torácicos, que o frasco de drenagem deveria ser graduado, com capacidade de 2 litros e que poderia ser esvaziado e usado novamente. A extensão deveria ter 180 cm e o conector deveria ser serrilhado. Estima-se que são utilizados mais de um milhão de frascos de drenagem por ano nos Estados Unidos, com um custo que supera 60 milhões de dólares. **Objetivo:** Temos como objetivo mostrar a utilização de um único dreno pleural 28 French (FR) no pós-operatório de 500 pacientes. **Método:** Foram analisados os prontuários de 500 pacientes operados de 2000 a 2007 com drenagem pleural única. Avaliamos os pacientes quanto ao sexo, idade, procedimento realizado, diagnóstico, tempo de drenagem, tempo de internação e complicações. **Resultados:** Os resultados mostraram 64% de pacientes do sexo masculino e 36% do sexo feminino, a idade variou de 1 a 91 anos, com média de 48,8 anos, o tempo de internação médio foi de 6,9 dias, variando de 1 a 48 dias. A média do tempo de drenagem foi de 4,5 dias, variando de 1 a 29 dias. Tivemos 15 óbitos – mortalidade de

1,5% e uma morbidade de 23,5%, sendo mais frequente a pneumonia, ocorrendo em 27 pacientes (5,4%). **Conclusão:** Concluímos que a utilização de um único dreno pleural 28FR foi suficiente e eficaz para o pós-operatório, não sendo necessários dois drenos ou drenos mais calibrosos, de 36 ou 38FR, por exemplo.

PO.128 CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE MODELO EXPERIMENTAL DE ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA INTRAMUSCULAR DO DIAFRAGMA EM COELHOS

CRISTIANO FELJÓ ANDRADE; RODRIGO GUELLNER GHEDINI; ANE FREITAS MARGARITES; JULIANA REZENDE; JÚLIO DE OLIVEIRA ESPINEL; ELAINE APARECIDA FÉLIX

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Objetivo: Desenvolver um modelo experimental de estimulação elétrica intramuscular do diafragma em coelhos. **Método:** Foram utilizadas 5 coelhas da raça Nova Zelândia (2-3 kg). Os animais foram anestesiados, intubados e submetidos a uma laparotomia para identificação e implantação dos eletrodos sobre os pontos motores em ambas as cúpulas diafragmáticas, sendo os fios deixados no subcutâneo da parede abdominal. Após quinze dias do procedimento, os animais foram anestesiados e intubados e os fios dos eletrodos foram conectados a um gerador de corrente, com intensidades de 10, 16, 20, 26 e 32 mA, repetidas três vezes em cada intensidade durante 10 ciclos respiratórios. Foram registradas a relação entre a intensidade de corrente e o volume corrente expiratório, por meio de um sensor de fluxo conectado ao tubo endotraqueal. **Resultados:** Todos os animais sobreviveram ao procedimento, 1 animal desenvolveu infecção com reação inflamatória com aderências, impossibilitando a geração de fluxo ventilatório. Foi possível observar volumes expiratórios médios em intensidades de correntes de 10, 16, 20, 26 e 32mA com valores de 16,65±0,49ml, 19,97±4,01ml, 21,22±3,34ml, 24,2±3,10ml e 23,55±2,56ml, respectivamente. Em 3 animais, na intensidade de 10mA, não foi possível observar fluxo inspiratório mesmo com contração muscular vigorosa, nesses animais observou-se importante reação inflamatória e aderência principalmente do fígado ao diafragma. **Conclusão:** O modelo animal para a aplicação da estimulação elétrica do diafragma demonstrou ser um reprodutível com fácil localização do ponto motor e implantação dos eletrodos. Os volumes pulmonares alcançados durante a aplicação da corrente obtiveram valores compatíveis com níveis fisiológicos.

PO.129 CORPO ESTRANHO IMPACTADO NO ESÔFAGO – ABORDAGEM EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA – NATAL, RN

HILKEA CARLA DE SOUZA MEDEIROS LIMA; LAYRA RIBEIRO DE SOUSA LEÃO; RENATA DAVIN GOMES PARENTE; LUANA CLARISSE PINHEIRO REGO; RENATA MENDES VIEIRA; HENRIQUE JOSÉ DA MOTA

DISCIPLINA DE MEDICINA DE URGÊNCIA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTEGRADA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN); HOSPITAL WALFREDO GURGEL – SESAP, RN

Introdução: A presença de corpos estranhos no esôfago é uma afecção relativamente frequente nos serviços de urgência, sendo mais prevalente na população pediátrica. É geralmente acompanhado por sintomas de disfagia, odinofagia e dor cervical, havendo relato de ingestão

deliberada ou acidental que, frequentemente, corresponde a moedas, ossos, espinhas de peixe, próteses dentárias etc. Dentre os corpos estranhos que entram no trato gastrointestinal, a maioria passa espontaneamente para o estômago, sendo eliminados naturalmente. Entretanto, alguns, por sua forma ou tamanho, acabam impactando-se no esôfago sendo a sua remoção indicada a fim de se evitar complicações potencialmente graves como perfuração, mediastinite e fistula aortoesofágica. Os métodos mais utilizados com essa finalidade são a esofagoscopia rígida ou flexível, a laringofaringoscopia ou mesmo a cirurgia. **Objetivos:** Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência com o manuseio dessa condição: impactação de corpos estranhos no esôfago por um período de 21 anos (1989-2010) em hospital de referência no Rio Grande do Norte. **Método:** Consulta em base de dados do autor principal (HJM), seguido de revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes atendidos no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Natal, RN, encaminhados ao referido autor com diagnóstico realizado por endoscópio flexível, radiologia ou suspeita clínica de corpo estranho impactado no esôfago no período compreendido entre janeiro de 1989 e outubro de 2010. Foram analisados dados de uma série de 386 pacientes incluindo idade e sexo dos pacientes, método de diagnóstico, topografia da localização e natureza do corpo estranho, procedimentos empregados, complicações e resultados. **Resultados:** Série de 386 pacientes, sendo 209 do sexo masculino (54,1%) e 177 do sexo feminino (45,9%). A idade variou de 5 meses a 90 anos, estando a maioria (31,1%) na faixa etária dos menores que 5 anos. A duração de retenção do corpo estranho variou de 1 hora a 21 dias. Os principais sintomas apresentados foram: engasgo, disfagia, odinofagia, sialorreia, dor torácica e dor cervical. O corpo estranho mais frequente foi o osso de frango, boi ou de peixe correspondendo a 33,3% da amostra, seguido de moeda: 22,6% do total. Em 5,7% dos casos o corpo estranho não foi encontrado apesar de previamente diagnosticado. A impactação mais frequente ocorreu no esôfago cervical (41,1%). Em 20 casos (5%) a impactação se apresentou na forma de perfuração com graus variados de mediastinite e sepse, entretanto com necessidade de cirurgia somente em 11 (3%) e mortalidade de 3 casos (1%) dentre os operados incluído um caso de fistula aortoesofágica. Todos os pacientes foram inicialmente abordados por meio do esofagoscópio rígido, sendo a eficácia desse instrumento na remoção dos corpos estranhos de aproximadamente 95%. **Conclusão:** A esofagoscopia rígida se mostrou bastante eficaz e segura na resolução da quase totalidade das impactações; casos selecionados de perfuração podem ser tratados conservadoramente com sucesso.

PO.130 CONTROLE DE ESCAPE AÉREO PULMONAR EM MODELO EXPERIMENTAL DE AEROSTASIA PULMONAR PELA APLICAÇÃO DE ENXERTO AUTÓLOGO DE GORDURA LIVRE

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; JOSÉ CARLOS FELICETTI; EDURADO FONTENA; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JÚNIOR; GUSTAVO GRÜN; LUIZ FELIPE FORGIARINI; RAÕNI BINS PEREIRA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS. SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: O escape aéreo persistente é a complicação mais frequente após cirurgia com ressecção pulmonar, representando um aumento na morbi-mortalidade pós-operatória. **Objetivos:** Desenvolver método cirúrgico de

aerostasia (AE), a partir do uso de gordura peritoneal livre (GPL) autóloga; avaliar exequibilidade e eficácia do método e a viabilidade dos enxertos em modelo experimental em ratos. **Método:** Sessenta ratos da raça Wistar foram divididos em 2 grupos: grupo enfisema (G1) (n=30) e grupo controle (G2) (n=30). Enfisema pulmonar foi criado após 40 dias da instilação intratraqueal de elastase porcina. Os ratos foram anestesiados, intubados e laparatomizados para obtenção de GPL. Por meio de toracotomia, foi criado escape aéreo do lobo inferior do pulmão direito e realizada a aerostasia com GPL. Os ratos foram divididos aleatoriamente em subgrupos (n=6): 7,14,21,30 e 60 dias de observação. O bloco cardiopulmonar foi retirado e efetuou-se análise histológica com H&E e imunistoquímica para VEGF, caspase 3 e fator VIII, bem como morfometria com contagem dos septos alveolares (SA) e análise quantitativa dos vasos no enxerto. **Resultados:** A mortalidade, nos dois grupos, foi de 3 animais para cada grupo, ocorrida durante o ato operatório (n=3). No período após a cirurgia, não foram constatadas mortes nos animais submetidos ao experimento. Houve integração tecidual do enxerto de gordura livre autóloga em todos os animais e em todos os diferentes tempos de observação de 7, 14, 21, 30 e 60 dias. Observou-se uma redução significativa do número de septos interalveolares no grupo de animais portadores de enfisema pulmonar induzido pela administração intrapulmonar de elastase pancreática porcina (P<0,001). Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos nos diferentes tempos examinados, com exceção do período de 21 dias, onde havia um maior número de vasos no grupo de pulmões normais em relação ao grupo de pulmões enfisematosos. Todos os animais dos diferentes grupos e nos diferentes períodos de tempo apresentaram os vasos corados com tinta da china dentro do enxerto de gordura. Na análise dos 30 e 60 dias, a densidade vascular no enxerto de gordura implantado em pulmões com enfisema foi estatisticamente maior (P<0,001) em comparação às encontradas nos períodos anteriores nos subgrupos do enfisema. Houve um aumento significativo do aumento da expressão de VEGF em todos os tempos estudados no grupo enfisema. Não observamos alteração na expressão da caspase 3 em todos os tempos avaliados no grupo de pulmão normal. No entanto, houve um aumento significativo na expressão da caspase 3 após o período de 30 e 60 dias em pulmões com enfisema. **Conclusão:** O uso do enxerto autólogo de GPL é eficiente e exequível, demonstra boa viabilidade por pelo menos 60 dias e sugere uma aplicação clínica como método de aerostasia pulmonar.

PO.131 TERATOMA MONODÉRMICO INTRATORÁCICO – APRESENTAÇÃO INCOMUM DE UM CASO RARO

MARCEL MARTINS SANDRINI; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA; FÁBIO NISHIDA HASIMOTO; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY DOS SANTOS; MARCO AURÉLIO MARCHETTI FILHO; FERNANDA ELIZABETH ROMERO; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO

UNIFESP – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Introdução: Os teratomas são responsáveis por 8 a 13% dos tumores mediastinais, sendo compostos por uma grande diversidade de tecidos originados das três camadas embrionárias. Apresentam um comportamento de crescimento lento e raramente malignizam. Acomete preferencialmente a faixa etária dos adultos jovens, sendo mais frequente em mulheres. Em 50% dos casos, os teratomas apresentam-se

assintomáticos; no restante, com sintomas compressivos como dor, tosse, dispneia e síndrome da veia cava superior. Pode evoluir com erosão de estruturas adjacentes como brônquios, aorta e pele. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 33 anos, com história de dispneia progressiva havia oito meses, inicialmente aos grandes esforços com piora progressiva, chegando a ficar dependente de oxigênio. Na radiografia de tórax foi diagnosticada opacidade em todo hemitórax esquerdo, a qual em tomografia de tórax foi visto massa de 20 x 16 x 8 cm com conteúdo cístico. Optado por tratamento cirúrgico com a paciente em decúbito dorsal oblíquo, de maneira a diminuir a pressão exercida pela massa sobre o coração e outras estruturas mediastinais, além de obter um controle ventilatório quando a paciente estivesse anestesiada. Realizada uma toracotomia anterolateral e retirado fragmento da massa com saída de aproximadamente 2.000 mL de líquido seroso. Identificada a massa com componente sólido e regiões císticas. O tumor não invadia pulmão ou estruturas adjacentes, mas encontrava-se aderido ao polo inferior do tórax por um pedículo vascular. O pulmão encontrava-se completamente atelectasiado e após luxado o tumor para fora da caixa torácica, obteve-se expansão pulmonar parcial. Foi, então, realizada ligadura do pedículo vascular seguida de sua secção e retirada da lesão tumoral. Apresentou expansão pulmonar completa após retirada da lesão. Paciente evoluiu no pós-operatório, internada em leito de UTI, entubada em função do quadro de edema de reexpansão pulmonar tratado clinicamente. Após melhora desse quadro, teve alta hospitalar no 11º PO, sem queixas no momento da alta. O estudo anatomopatológico revelou teratoma monodérmico. **Conclusão:** Os teratomas monodérmicos são tumores raros em que há predomínio ou existência de apenas um tecido (ex: tecido tireoideano no *struma ovarii*, tecido neuroectodérmico no tumor carcinoide). É mais comum em mulheres e sua localização mais comum é no ovário. Apresenta-se como massa bem circunscrita com conteúdo líquido em 88% dos casos, gordura em 76% dos casos e calcificado em 53% dos casos. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica e em casos de ressecção incompleta deve-se realizar radioterapia. Até o momento esse é o primeiro caso de sítio intratorácico na literatura.

PO.132 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE STENT METÁLICO TRAQUEAL QUE PENETROU A COLUNA VERTEBRAL – RELATO DE CASO

DANIEL SAMMARTINO BRANDÃO; THOMAS ANTHONY HORAN; EDUARDO MAGALHÃES MAMARE; EDUARDO DE SOUZA PONZIO
REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO – HOSPITAL SARAH CENTRO – BRASÍLIA, DF

Introdução: O uso de “stents” metálicos para o tratamento de doenças benignas da traqueia difundiu-se na prática médica a partir da década de 90. Entretanto, a publicação de complicações graves relacionadas ao uso desses dispositivos fez com que seu uso fosse desaconselhado pelo FDA para pacientes que apresentassem outra opção de tratamento. **Objetivo:** Descrever um caso clínico onde o paciente apresentou fratura do stent metálico traqueal, com penetração da coluna vertebral, mas sem necessidade de retirada do stent. **Método:** Foram revistos o prontuário médico eletrônico do paciente, bem como repetidos os seus exames endoscópicos e radiológicos. **Resultado:**

Trata-se de um paciente com 16 anos na ocasião, vítima de traumatismo raquimedular nível motor C4, ASIA A, que evoluiu com traqueomalácia secundária ao uso de traqueostomia durante a fase aguda da lesão medular. Ele foi mantido com tubo T traqueal (Montgomery) por 18 meses sem sucesso, com persistência da traqueomalácia, que comprometia os terços médio e distal da traqueia. Assim, foi implantado um stent metálico tipo Gianturco em novembro de 1999. Ele foi acompanhado com broncoscopias durante 6 meses, apresentando apenas a formação de tecido de mínimo tecido de granulação nas extremidades do stent. Ao final desse período, o stent foi totalmente incorporado à parede traqueal e não havia mais tecido de granulação. Em 2009, durante a realização de tomografia para revisão neurológica, foi detectada a fratura do “stent”, cujas extremidades posteriores penetraram os corpos vertebrais de T3 e T4, provocando sua fusão e esclerose, além de desvio lateral do esôfago. O paciente foi submetido à endoscopia digestiva, que confirmou a presença de estrutura desviando levemente a parede do esôfago internamente sem penetrá-lo, e a broncoscopia, que mostrou resolução da traqueomalácia e desaparecimento do stent. Foi decidido pelo acompanhamento radiológico e endoscópico do caso, uma vez que as alterações ósseas sugeriram que a ruptura ocorrera muitos meses ou mesmo anos antes e o processo já se estabilizara. Em outubro de 2010, 20 meses após a detecção da fratura, os exames tomográficos e endoscópicos foram repetidos e confirmaram a estabilidade do quadro, sem sinais de migração do stent. O paciente permanece assintomático e sob observação. **Conclusão:** O stent metálico fraturou-se em longo prazo e foi capaz de penetrar a coluna vertebral, mas a sua retirada não foi necessária e deve ser considerada em casos semelhantes.

PO.133 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PARALISIA FRÊNICA UNILATERAL EM PACIENTES TETRAPLÉGICOS – RELATO DE DOIS CASOS

DANIEL SAMMARTINO BRANDÃO; THOMAS ANTHONY HORAN; EDUARDO MAGALHÃES MAMARE; EDUARDO DE SOUZA PONZIO; PAULO SÉRGIO SIEBRA BERALDO

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, DF

Introdução: A paralisia frênica causa prejuízo acentuado da função pulmonar. Quando a paralisia é unilateral, também contribui para essa condição uma ineficiência mecânica da cúpula diafragmática comprometida, em função de movimentos paradoxais. A plicatura da hemicúpula paralisada é capaz de melhorar a função pulmonar desses casos, razão pela qual a intervenção é indicada nos pacientes sintomáticos. **Objetivo:** Descrever uma nova técnica cirúrgica para a plicatura do diafragma em pacientes com paralisia frênica unilateral e grande limitação ventilatória, objetivando melhora da função pulmonar. **Método:** Dois pacientes jovens, de ambos os sexos, vítimas de traumatismos raquimedulares (nível C3 e C4) e portadores de paralisia frênica esquerda comprovada por videofluoroscopia, foram submetidos à plicatura do diafragma. Ambos pacientes portavam traqueostomia “definitiva” pela redução acentuada da função pulmonar. A cirurgia foi realizada por uma pequena toracotomia lateral (10 cm) na borda superior da 11ª costela, com assistência de videotoracoscópio e sem uso de afastadores. A hemicúpula redundante foi tracionada externamente,

por meio da toracotomia, após liberação das aderências pleuropulmonares. O excesso muscular foi ressecado após sutura mecânica ou manual e a margem inserida ao longo do 11º arco costal. Um dreno tubular nº 36 foi colocado na cavidade pleural. **Resultados:** Os dois pacientes (idade média 30 anos) apresentaram melhora clínica no pós-operatório. Um dos casos apresentou pneumonia no pós-operatório, mas observou-se um aumento de 14% da capacidade vital (1,06L para 1,21L). O outro paciente, embora não tenha sido submetido à avaliação espirométrica, evoluiu com decanulação na segunda semana de pós-operatório. **Conclusão:** A plicatura do diafragma realizada pela técnica descrita contribuiu para a evolução favorável dos dois casos relatados. A técnica descrita é inovadora e, pelo menos com base no presente relato, promissora.

PO.134 METÁSTASE DE LIPOSSARCOMA DE PAREDE TORÁCICA

MARCEL MARTINS SANDRINI; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA; FÁBIO NISHIDA HASIMOTO; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY DOS SANTOS; RENATO DE OLIVEIRA; RODRIGO CAETANO DE SOUZA; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO

UNIFESP – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

Introdução: O lipossarcoma é um tumor raro que corresponde a menos de 1% de todas as neoplasias malignas, tendo o retroperitônio como localização mais frequente. Tem baixa resposta ao tratamento quimioterápico e a radioterapia não pode ser considerada como modalidade curativa. Apresenta uma taxa de recidiva de 10% e probabilidade de metástase de 16% em cinco anos, sendo o pulmão o principal sítio de metástase. **Relato de Caso:** Paciente de sexo masculino, 44 anos, com antecedente de nefrectomia havia 2 anos por lipossarcoma que dez meses depois foi ressecado novamente por conta da recidiva em loja renal, com dor em dorso. No raio-x de tórax evidenciava uma massa em hemitórax direito, em tomografia mostrava-se como massa de 6 x 6 cm vindo da parede torácica. O paciente foi submetido à toracectomia com ressecção de 3 arcos costais, parede torácica e pleura, e apesar de comprimir parênquima pulmonar, não apresentava invasão. O tumor apresentava 9 cm em seu maior eixo e crescia a partir da parede torácica. **Conclusão:** Os lipossarcomas retroperitoneais devem ser ressecados em bloco, pois a ressecção completa é o melhor preditor de sobrevida em cinco anos. O caso aqui relatado apresentava acometimento intratorácico, mas que não era mediastinal nem pulmonar.

PO.135 CISTOS BRONCOGÊNICOS MEDIASTINAIS – DEVEM SER TODOS RESSECADOS?

NILTON HAERTEL GOMES; BRUNO DE MORAES GOMES; DÉCIO VALENTE RENCK; LAURA DE MORAES GOMES; SAULO RECUERO; IVAN LUDTKE; VALÉRIA JORGE; GUSTAVO ZERWES

SANTA CASA DE PELOTAS – UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, RS

Introdução: A traqueia se desenvolve como um divertículo ventral do intestino primitivo a partir da quarta semana de gestação, seguindo-se à formação brônquica e seu desenvolvimento. Os cistos bronco-gênicos decorrem do crescimento aberrante de brotos brônquicos, desconectados

da via aérea principal. Em adultos, cistos bronco-gênicos podem ser achados radiológicos. Se assintomáticos, devem ter apenas acompanhamento clínico? **Método:** Apresentamos a revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes adultos com cisto bronco-gênico mediastinal operados em nosso serviço nos últimos dez anos (2000-2010). Foram coletados os dados demográficos, a apresentação clínica, as técnicas de diagnósticas de imagem/endoscopia e os achados cirúrgicos. **Resultados:** No período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010, foram operados 12 pacientes adultos com o diagnóstico anatomopatológico final de cisto bronco-gênico do mediastino, 7 mulheres e 5 homens, com idades de 17 a 69 anos (média de 39 anos). Três pacientes (25%) eram assintomáticos à apresentação clínica com os primeiros exames radiológicos realizados com dois anos de antecedência. Tosse e dor foram os sintomas mais comuns. Dois pacientes (16%) apresentaram disfagia como sintoma inicial motivando a avaliação com endoscopia digestiva. Basendo-se nos achados de imagem, o cisto bronco-gênico foi considerado como diagnóstico no pré-operatório em 7/12 (66%). Um paciente teve quadro de compressão de via aérea e eliminação de secreção purulenta pela via aérea, sem que se identificasse a fistula na broncoscopia. A toracotomia lateral com preservação muscular total foi empregada em oito ocasiões, a ressecção videoassistida em uma ocasião, a medistinoscopia cervical em duas ocasiões e a broncoscopia rígida uma vez (ressecção parcial com drenagem para a luz traqueal). Um paciente teve reintervenção por pneumotórax que não regredia e que mostrou ser consequência de muito pequena fistula traqueal identificada com dificuldade, que respondeu à sutura simples. **Conclusões:** a) Cistos bronco-gênicos podem tornar-se sintomáticos; b) As complicações tornam a cirurgia mais dificultada, eliminando a possibilidade de ressecção videoassistida; c) A ressecção cirúrgica deve ser indicada em todos os pacientes com condições clínicas favoráveis com suspeita de cisto bronco-gênico mediastinal.

PO.136 HIDATIDOSE MÚLTIPLA PERICÁRDICA

NILTON HAERTEL GOMES; BRUNO DE MORAES GOMES; DÉCIO VALENTE RENCK; LAURA DE MORAES GOMES; ODILSON B. SILVA; IVAN LUDTKE; SANDRO MOTA SILVA

SANTA CASA DE PELOTAS – UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, RS

Introdução: Os cistos hidáticos, em sua maioria (55%), são hepáticos e 40% pulmonares causados pela ingestão de ovos do *Echinococcus granulosus*, que liberam os embriões que são absorvidos via intestinal, chegando por meio da circulação porta aos sinusoides hepáticos. Ultrapassando-se essa barreira, alcançam os capilares pulmonares. Os cistos hidáticos pericárdicos são extremamente raros (0,5%), chegam por via coronariana e têm localização epicárdica, de preferência no ápice cardíaco. A estrutura muscular e a contratilidade miocárdica não permitem que se desenvolvam grandes cistos, levando à ruptura com multivesiculação e hidatidose secundária local, provocando multiloculações septadas (reação inflamatória). **Relato de Caso:** Paciente masculino, 44 anos, branco. Havia 2 anos ao realizar exames de rotina pós-IAM, no RX TX foi evidenciados nódulos em

mediastino, solicitado ecocardiograma, cintilografia de tórax e tomografia do tórax. A TC evidenciou múltiplos cistos intrapericárdicos medindo até 5,3 cm, circundando a artéria pulmonar, em lobo inferior direito e base pleural. Foi indicado pelo médico assistente acompanhamento clínico e exames periódicos. Três meses após, apresentou episódios de síncope e picos febris, sudorese e calafrios, tosse seca, sibilos e dor em rebordo costal direito, o que o levou ao pronto-socorro e internação durante 14 dias sendo realizado tratamento clínico, sem investigação das alterações radiológicas. Após alta hospitalar, procurou seu médico que solicitou nova tomografia de tórax notando aumento das imagens císticas e encaminhando o paciente ao nosso serviço. A ultrassonografia abdominal era normal. O paciente internou na SCP e submetido à toracotomia lateral direita, no dia 13/1/2009, para retirada de cistos pericárdicos e mediastinais à direita, recebeu alta hospitalar em boas condições com tratamento clínico com albendazol. Na re-internação, apresentava ausculta com hipofone de bulhas pulmonares. No dia 9/4/2009, submeteu-se à esternotomia para retirada de cistos pericárdicos anteriores remanescentes, loculados em torno da aorta e da artéria pulmonar e seus ramos principais. Recebendo alta em excelentes condições. História social: ex-morador de zona rural, alimentando os animais com vísceras cruas. Hábitos e vícios: ex-tabagista durante 18 anos, 10 cigarros/dia. Conclusão: Os cistos hidáticos pericárdicos são extremamente raros. O diagnóstico é feito a partir do grau de pericardite constritiva causada pelo crescimento das hidátides e da reação inflamatória local. A remoção cirúrgica é o único tratamento curativo. A prevenção da disseminação local trans-operatória com substâncias escolhidas cloreto de sódio hipertônico a 33% ou água oxigenada - é mandatória. O tratamento com drogas benzimidazólicas é útil apenas para profilaxia de hidatidose secundária que possa ocorrer por ruptura de cistos no ato operatório.

PO.137 EXPERIÊNCIA INICIAL COM A CIRURGIA ROBÓTICA EM TUMORES DO PULMÃO E MADIASTINO

RICARDO S. SANTOS; ANDRÉ C. TRAJANO; ALTAIR S. COSTA; EDUARDO C. WEREBE; JOSÉ RIBAS M. CAMPOS; LAERT O. ANDRADE; JOSÉ E. SUCCI; BERNARD J. PARK

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN

Introdução: A cirurgia torácica videoassistida (VATS) vem comprovando os seus benefícios ao longo dos últimos 20 anos. A cirurgia torácica robótica é mais recente e, portanto, ainda existem poucas evidências na literatura. Neste trabalho, descrevemos o uso do sistema robótico Da Vinci em pacientes acometidos por neoplasias intratorácicas em série pioneira na América Latina. **Método:** Em novembro de 2010, em única instituição, quatro pacientes (3 homens), com idade média de 66,5 anos, foram submetidos à VATS com auxílio robótico para tratamento de tumores do timo (2) e pulmão (2). Foram realizadas 2 timentomias por toracosopia esquerda e 2 lobectomias pulmonares por toracosopia direita (lobo inferior e superior). **Resultados:** Não houve conversão para cirurgia aberta ou transfusão sanguínea em nenhum dos pacientes. O tempo operatório médio foi de 237 min para as timentomias e 330 min para as

lobectomias. O tempo de internação hospitalar foi de 2,5 dias (timentomias) e 4,5 dias (lobectomias). A única complicação foi a presença de extenso enfisema subcutâneo em paciente submetido à lobectomia inferior direita, resolvido com a colocação de segundo dreno. **Conclusões:** A cirurgia torácica robótica encontra-se em seus primórdios na América Latina e mundialmente. Essa experiência inicial demonstrou que pode ser realizada de forma segura e eficaz em nosso meio. Estudos futuros devem ser executados para demonstrar suas vantagens e desvantagens em comparação com a cirurgia videoassistida convencional.

PO.138 TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE LACERAÇÕES TRAQUEAIS IATROGÊNICAS COM STENTS – UMA ALTERNATIVA AO TRATAMENTO CONVENCIONAL

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO; EDUARDO HARUO SAITO; RODRIGO TEIXEIRA LIMA; RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES; GUSTAVO PERISSÉ MOREIRA VERAS; NILSON COUTO JÚNIOR

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ

Introdução: As lacerações traqueais iatrogênicas normalmente seguem-se a intubações traumáticas. São relativamente raras, mas não infrequentes. Trata-se de entidade grave que, se não tratada rapidamente, fatalmente levará o paciente a óbito. O tratamento standard é o cirúrgico, mas muitas vezes o paciente não tem nenhuma condição clínica para suportar a intervenção (toracotomia direita), de modo que o tratamento endoscópico surge como excelente alternativa. **Objetivos:** Analisar 7 casos de laceração traqueal (LT), de nossa casuística, decorrentes de intubação traumática, tratados endoscopicamente com stents; quanto ao tipo de lesão, tipo de stent utilizado e resultados quanto à interrupção da fuga aérea e progressão do enfisema subcutâneo. **Método:** Foram analisados os casos de 7 pacientes, retrospectivamente no período de 2007 a 2010. Seis pacientes eram do sexo feminino (85,71%) e um do masculino (14,29%). A idade variou de 13 a 86 anos e 5 pacientes tinham 80 anos ou mais. Cinco lesões ocorreram durante tentativa de intubação, 1 após tentativa de dilatação de estenose traqueal e 1 lesão foi secundária à intubação com tubo de Robert Shaw para cirurgia torácica eletiva. Em 6 lesões, houve acometimento extenso da membranosa e na estenose a lesão foi na transição da parede lateral direita com a membranosa. Duas das lesões chegavam até a carina. Cinco pacientes apresentaram pneumotórax hipertensivo bilateral, 1 paciente apresentou pneumotórax somente à direita. Um paciente não teve pneumotórax. Todos os pacientes apresentaram extenso pneumomediastino e enfisema subcutâneo extenso. Foram colocados 7 stents. Em 5 pacientes foram colocados stents metálicos de nitinol recobertos (ULTRAFLEX), sendo que em 1 desses pacientes, como a lesão era justa carinal, a prótese foi colocada no brônquio direito, ficando a ventilação do pulmão esquerdo pelas fenestras da parte não coberta do stent. Em 1 paciente foi colocada prótese em Y de silicone com aço (FREITAG) e no último paciente foi posicionada justa carinal um stent de polipropileno (POLIFLEX), de esfago invertida justa carinal. Um paciente já estava traqueostomizado. Os outros foram traqueostomizados durante a colocação do stent. O diagnóstico foi clínico-endoscópico em todos os casos.

Cinco pacientes já recebiam doses elevadas de noradrenalina quando fomos acionados. **Resultados:** Apenas 1 paciente demorou 48 horas para cessar a fuga aérea. Os outros todos tiveram a fuga aérea e a progressão do enfisema subcutâneo interrompidos logo imediatamente após o procedimento e puderam ser ventilados adequadamente. Dois pacientes receberam alta para o domicílio; 1 faleceu em 48 horas; outro em 10 dias; outro em 21 dias; outro em 7 dias, e outro em 30 dias contados a partir da data da colocação do stent. Os óbitos não foram por causa respiratória e em nenhum paciente foram detectadas coleções pleuromediastinais, após os implantes dos stents. **Conclusões:** Apesar da mortalidade elevada do grupo que se deveu a uma condição clínica subjacente, já muito grave e idade avançada, o objetivo de se vedar a lesão e ventilar o paciente sem ter de submetê-lo a uma toracotomia e rafia traqueal (inviável para esses pacientes), foi alcançado em todos os casos. Estudos prospectivos comparativos são necessários para validar o método, mas os stents traqueais podem ser excelente alternativa no tratamento desse tipo de lesão em pacientes selecionados, visto que o tratamento padrão ainda é o cirúrgico.

PO.139 CRIAÇÃO DE MODELO EXPERIMENTAL DE ENFISEMA PULMONAR UNILATERAL EM RATOS

BRUNO GOMES; GUILHERME LOUREIRO FRACASSO; EDUARDO FONTENA; ARTHUR RODRIGO RONCONI HOLAND; RAONI BINS PEREIRA; RODRIGO MARIANO; ARTUR PALUDO; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Diferentes modelos de enfisema pulmonar em animais de médio e grande porte têm sido descritos; entretanto, a criação de uma área localizada de enfisema em ratos nunca foi descrita na literatura. **Objetivo:** Criar um modelo animal de bolha única de enfisema pulmonar para seu potencial estudo com células-tronco. **Método:** Foram utilizados 17 ratos da raça Sprange Dawley, divididos em 3 grupos (n=5) de acordo com as diferentes concentrações de elastase porcina (1,3 e 6U/kg). Os animais foram anestesiados, intubados e submetidos a uma toracotomia lateral direita. Durante o procedimento, foram injetadas diretamente no lobo inferior direito as diferentes concentrações de elastase de acordo com o grupo de estudo. Posteriormente, o tórax foi fechado e os animais observados por 30 e 60 dias, sendo então sacrificados, com os pulmões analisados por H&E. Foram testadas a exequibilidade, reprodutibilidade e eficiência do método, além de verificado o volume de líquido a ser utilizado e a menor concentração de elastase capaz de criar uma bolha de enfisema grande suficiente para a injeção de líquidos ou células no seu interior. **Resultados:** Apenas dois animais morreram durante o procedimento, nenhum animal morreu durante o período de observação ou apresentou sofrimento respiratório. Não foi observado nenhum tipo de infecção pulmonar ou de ferida operatória. A análise microscópica revelou que todos os pulmões dos animais que receberam elastase porcina apresentavam áreas bem delimitadas de distensões alveolares e que essas eram circundadas por áreas de parênquima pulmonar normal – achados mais evidentes no grupo que recebeu 6U/kg. **Conclusões:** A elastase porcina aplicada diretamente

no parênquima pulmonar foi capaz de produzir área de dilatação alveolar de modo seguro e eficiente.

PO.140 INFLUÊNCIA DO TEMPO DE ISQUEMIA SOBRE A VIABILIDADE CELULAR EM MODELO EXPERIMENTAL DE ISQUEMIA/REPERFUSÃO PULMONAR EM RATOS

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JÚNIOR; GUSTAVO GRÜN; LUIZ FELIPE FORGIARINI; NELSON KRETZMANN; ANTONINO DE ALMEIDA NETO; RODRIGO MARIANO; RAONI BINS PEREIRA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: O pulmão é um órgão que apresenta baixa tolerância à isquemia. O estudo dessas alterações é importante no cenário de transplante pulmonar, uma vez que essa lesão é responsável por até 20% das mortes. **Objetivo:** Verificar em modelo experimental de isquemia/reperfusão pulmonar se o tempo de isquemia tem influência direta sobre a viabilidade celular em pulmões de ratos submetidos a diferentes tempos de isquemia normotérmica. **Método:** Vinte e quatro animais (média 300 g) foram submetidos à lesão de isquemia/reperfusão (IR) pulmonar por clameamento seletivo da artéria pulmonar esquerda, divididos em quatro grupos (n=6), de acordo com tempo de isquemia: grupo IR 15 min, IR 30 min, IR 45 min e IR 60 min. Após a reperfusão, os animais foram observados por 120 minutos e sacrificados. Foram registradas medidas hemodinâmicas, gasométricas e histológicas. A peroxidação lipídica foi avaliada por meio das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS), a caspase-3 por extrato colorimétrico e imunofluorescência. **Resultados:** A determinação das dosagens do TBARS, nos diferentes grupos de isquemia, não revelou diferenças significativas. Resultados semelhantes foram observados para a pressão parcial arterial de oxigênio, pressão parcial arterial de gás carbônico e medidas hemodinâmicas entre os grupos. Houve aumento significativo da atividade apoptótica do grupo IR 45 quando comparado aos demais grupos, enquanto no grupo IR 60 houve predominância de células necróticas. A histologia revelou um aumento progressivo do edema pulmonar de acordo com o aumento do tempo de isquemia. **Conclusão:** Nesse modelo, apesar de não ocorrerem alterações no desempenho pulmonar entre os diferentes tempos de isquemia, à medida que aumenta o tempo de isquemia, ocorre um aumento de células apoptóticas. Sugerimos que tempos de isquemia acima de 45 minutos sejam demasiado elevados para estudos de isquemia e reperfusão pulmonar por conta do grande número de células necróticas.

PO.141 PERFLUOROCARBONO LÍQUIDO AUMENTA O TEMPO DE PRESERVAÇÃO DE ENXERTOS PULMONARES SUBMETIDOS A DIFERENTES PERÍODOS DE ISQUEMIA FRIA EM MODELO ANIMAL

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JÚNIOR; ARTHUR RODRIGO RONCONI HOLAND; EDUARDO FONTENA; NELSON ALEXANDRE KRETZMANN FILHO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; LUIZ FELIPE FORGIARINI; NORMA POSSA MARRONI

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Os perfluorocarbonos (PFCs) líquidos são excelentes carreadores de oxigênio e gás carbônico, e quando

administrados diretamente nas vias aéreas recrutam alvéolos colapsados melhorando a oxigenação, além de fornecerem proteção à arquitetura pulmonar e possuírem propriedades anti-inflamatórias. **Objetivo:** Verificar se administração de diferentes doses de perfluorocarbono líquido endobrônquico, associado à solução de preservação pulmonar [Low Potassium Dextran (LPD)], aumenta o tempo de preservação reduzindo apoptose e morte celular nos enxertos pulmonares. **Método:** Foram utilizados 72 ratos machos da raça Wistar (média 250 g). O bloco cardiopulmonar foi perfundido com 20 ml de solução de preservação LPD a 4°C. Após esse procedimento, os pulmões foram randomizados em 3 grupos principais: controle (CO), onde foi utilizada somente solução de LPD; perfluorocarbono 3 ml/kg (PFC3) e perfluorocarbono 7 ml/kg (PFC7). Cada grupo principal foi dividido em quatro subgrupos (n=6) de acordo com o tempo de preservação (3, 6, 12 e 24 horas). Foram analisadas as variações das substâncias que reagem ao ácido tiobarbitúrico (TBARS), caspase 3, fator nuclear kappa-B (NF-kB) e alterações histológicas dos enxertos pulmonares. **Resultados:** Houve um aumento significativo do TBARS no grupo controle no tempo de 6 horas quando comparados aos grupos PFC3-7. Aumento significativo da atividade apoptótica do NF-kB no grupo controle quando comparado aos grupos PFC3-7 após 6, 12 e 24 de preservação. **Conclusão:** Independentemente da dose de perfluorocarbono utilizada, ocorre um aumento da viabilidade celular em períodos de isquemia mais prolongados, além de uma diminuição das células apoptóticas. Sugerimos que os PFCs líquidos podem ser utilizados como um método adicional na preservação de enxertos pulmonares.

PO.142 EFEITO DA UTILIZAÇÃO DE PERFLUOROCARBONO LÍQUIDO NA LESÃO DE ISQUEMIA E REPERFUSÃO PULMONAR EM RATOS

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JÚNIOR; GUSTAVO GRÜN; RODRIGO MARIANO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; NELSON ALEXANDRE KRETZMANN FILHO; EDUARDO FONTENA; RAÔNÍ BINS PEREIRA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Os mecanismos que envolvem a injúria de reperfusão ainda são responsáveis por cerca de 20% da mortalidade após o transplante pulmonar. **Objetivo:** Verificar se o uso de perfluorocarbono (PFC) líquido reduz os efeitos provenientes do processo de isquemia e posterior reperfusão pulmonar. **Método:** Dezoito ratos Wistars, com peso médio de 300 g, foram submetidos a modelo experimental de lesão de isquemia/reperfusão (IR) pulmonar por clampamento seletivo da artéria pulmonar esquerda por 45 minutos. Os animais foram divididos em três grupos: Isquemia-reperfusão(IR), sham e IR tratados com perfluorocarbono (IR+PFC). Após a reperfusão, os animais foram observados por 120 minutos e posteriormente sacrificados. Foram registradas medidas hemodinâmicas, gasométricas e histológicas. A lipoperoxidação foi avaliada por meio das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS) e a atividade da enzima antioxidante superóxido dismutase (SOD). **Resultados:** A análise do TBARS demonstrou redução significativa no grupo IR, tratado com perfluorocarbono, quando comparado ao IR. Verificou-se ainda um aumento significativo da SOD no grupo IR+PFC, quando comparado aos demais grupos. Ao analisarmos as variáveis hemodinâmicas e gasométricas, não observamos diferença

entre os grupos. Na análise histológica, observamos uma redução na lesão de reperfusão no grupo tratado com PFC, quando comparado aos demais. **Conclusão:** A utilização do perfluorocarbono líquido reduz o estresse oxidativo fornecendo proteção ao pulmão e preservando sua estrutura alveolar em modelo experimental de isquemia-reperfusão.

PO.143 EFEITO DO PERFLUOROCARBONO LÍQUIDO ENDOBRÔNQUICO NA VIABILIDADE DE ENXERTOS PULMONARES SUBMETIDOS A 12 HORAS DE ISQUEMIA FRIA EM MODELO ANIMAL DE TRANSPLANTE PULMONAR UNILATERAL ESQUERDO

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JÚNIOR; ARTHUR RODRIGO RONCONI HOLLAND; RODRIGO MARIANO; ANTONINO DE ALMEIDA NETO; ARTUR PALUDO; NELSON ALEXANDRE KRETZMANN FILHO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: O insulto isquêmico ao pulmão durante o período de armazenamento e implante pode induzir a uma resposta inflamatória capaz de afetar não somente a função do enxerto na reperfusão, como também no resultado funcional a longo prazo. **Objetivo:** Analisar o desempenho de enxertos pulmonares preservados com perfluorocarbono (PFC), endobrônquico por 12 horas em isquemia fria e que foram previamente perfundidos com solução de preservação pulmonar e posteriormente transplantados. **Método:** Foram utilizados vinte e quatro ratos Wistar (média 300 g), sendo doze doadores e doze receptores. O bloco cardiopulmonar dos doadores foi perfundido com 20 ml de solução de preservação LPD a 4°C. Após esse procedimento, os pulmões foram randomizados em 2 grupos: controle (CO) onde foi utilizada somente solução de LPD e o grupo perfluorocarbono 3 ml/kg (PFC 3). Os pulmões foram transplantados e após a reperfusão os animais, foram observados por 120 minutos e sacrificados. Foram registradas medidas hemodinâmicas, gasométricas e histológicas. A peroxidação lipídica foi avaliada por meio das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS) e analisamos ainda as enzimas antioxidantes superóxido dismutase (SOD) e catalase (CAT). **Resultados:** Houve um aumento significativo do TBARS no grupo controle quando comparado ao grupo PFC3, redução na enzima antioxidante SOD no grupo controle quando comparado ao PFC3, em relação à CAT não se observou diferença significativa. As medidas hemodinâmicas e gasométricas não apresentaram diferença. A análise histológica revelou diminuição da lesão de reperfusão nos enxertos pulmonares do grupo perfluorocarbono. **Conclusão:** O perfluorocarbono líquido protege o pulmão transplantado dos efeitos indesejáveis da isquemia e reperfusão pulmonar, bem como mantém a viabilidade do enxerto pulmonar após transplante.

PO.144 TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO DA TRAQUEIA – RELATO DE CASO

JOÃO PAULO VIEIRA; JORGE MONTESSI; EDMILTON PEREIRA DE ALMEIDA; MARCUS DA MATTA ABREU; CRISTIANO MACHADO DE OLIVEIRA; ELIAS DE OLIVEIRA MORAES

HOSPITAL MONTE SINAI

Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório é uma doença rara que ocasionalmente acomete as vias aéreas altas com sintomas clínicos de obstrução. Raros casos, porém, acometem via aérea baixa, especificamente a traqueia, com poucos casos publicados na literatura. **Objetivo:** O objetivo

do presente estudo é relatar caso clínico de paciente com lesão em traqueia distal cujo diagnóstico histopatológico foi de tumor miofibroblástico inflamatório, com quadro clínico inicial de asma brônquica. Método: Relato de caso clínico e revisão da literatura a respeito dos tumores miofibroblástico inflamatório. Resultados: Paciente M.E.G.M., 42 anos, comerciário, tratando havia aproximadamente 3 anos de asma brônquica, com piora progressiva dos sintomas e sem resposta satisfatória ao uso de broncodilatador. Realizou prova de função respiratória que revelou distúrbio obstrutivo severo, solicitada tomografia computadorizada do tórax mostrando lesão tumoral em traqueia distal. Submetido à broncofibroscopia, observando-se grande lesão tumoral, de superfície lisa, coloração amarelada, obstruindo totalmente a luz traqueal em seu terço distal; realizada prontamente ressecção endoscópica da lesão com diagnóstico histopatológico de tumor miofibroblástico inflamatório que foi confirmado em exame de imuno-histoquímica. Após 4 meses da ressecção, voltou a ser observado reaparecimento da lesão, sendo optado por tratamento cirúrgico convencional com traqueoplastica justa carinal, ressecado aproximadamente 5 cm da traqueia terminal. Conclusão: Apesar de raros, os tumores de traqueia devem estar no diagnóstico diferencial dos casos não responsivos ao tratamento de broncoespasmo severo. Para tratamento definitivo do tumor miofibroblástico inflamatório é necessária a sua ressecção completa com controle rigoroso das margens cirúrgicas.

PO.145 AVALIAÇÃO DA HIPERIDROSE PLANTAR E COMPENSATÓRIA EM MULHERES COM HIPERIDROSE PLANTAR PERSISTENTE APÓS SIMPATECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA POR MEIO DE QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; ERIKA RYMKIEWICZ; MARCO AURÉLIO MARCHETTI; EDUARDO IWANAGA LEÃO
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP

Introdução: A hiperidrose é uma disfunção frequente, com incidência entre 0,6 a 1% da população. A simpatectomia é realizada para tratamento da hiperidrose palmar, axilar ou craniofacial, com melhora variando de 80 a 95%. Os pacientes com suor plantar associado podem permanecer com hiperidrose, mesmo após a operação. Além disso, ocorre o efeito compensatório na maioria dos pacientes (cerca de 70%), com suor na região do abdome e das costas. A hiperidrose plantar pode aliviar após a simpatectomia em cerca de 50% dos pacientes. A persistência desse suor localizado é fonte de queixa frequente no pós-operatório. O diagnóstico da hiperidrose é exclusivamente clínico, baseado nas queixas dos pacientes e em suas limitações. Não há necessidade de nenhum exame adicional para determinar a existência da doença. Diante disso, a avaliação, após algum tratamento, também é feita de forma subjetiva, baseada na opinião do paciente e principalmente no seu grau de satisfação. Na tentativa de melhorar esse tipo de resposta ao tratamento, foram desenvolvidos questionários específicos sobre as queixas mais importantes e mais frequentes. Atualmente, dispomos de diversos questionários para avaliar o tratamento da hiperidrose, não o diagnóstico. Com o avanço tecnológico, surgiram aparelhos ("vapometer") usados para determinar o fluxo de evaporação da pele - chamado de higrometria de capacitância pela análise da perda transdérmica de água.

Esse é atualmente o mais promissor método para mensuração objetiva do suor. O valor é determinado em gramas por metro quadrado por hora (g/m²/h). Nosso objetivo foi avaliar a hiperidrose plantar e compensatória em mulheres com hiperidrose plantar persistente após simpatectomia por questionários específicos. Comparação com o questionário de qualidade de vida e vapometer. Método: Foi realizado um estudo de coorte prospectivo. A amostra populacional foi selecionada por contato telefônico e/ou e-mail das pacientes em pós-operatório tardio (mais de seis meses) de simpatectomia torácica. Fatores de inclusão: mulheres com hiperidrose plantar persistente com limitação para suas atividades habituais. Questionário para a hiperidrose plantar e suor compensatório, questionário de qualidade de vida para hiperidrose e mensuração da sudorese com "vapometer". Cálculo do tamanho amostral necessário: 30 pacientes. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo, sob o número 0609/08. Resultados: Foram incluídas 39 pacientes neste estudo. A média de idade foi de 26,5 anos ($\pm 6,3$), tempo médio de simpatectomia de 46,23 meses ($\pm 28,7$), índice de massa corpórea de 22,6 kg/m² ($\pm 1,8$). Tabela 1 - Médias das medidas com o vapometer. Temperatura PE D PE E Mão D Mão E Costas Abdome. Médias 24,18 128,07 121,37 62,65 74,20 29,07 30,43. Tabela 2 - Média dos valores dos questionários corrigidos para escala de 0 a 100. Quest QV Quest H. plantar Quest Suor compensatório. Médias 37,92 69,73 59,95. Os questionários de suor plantar e compensatório (costas e abdome) também identificaram a presença dos sintomas com valores acima do questionário de qualidade de vida. Conclusão: Este estudo mostrou que o vapometer é um instrumento prático e útil na avaliação do suor, além de fornecer uma medida objetiva. Houve correlação entre os sintomas relatados pelas pacientes e os valores medidos. O questionário de qualidade de vida pode não identificar a interferência do suor plantar e compensatório no pós-operatório

PO.146 EFEITO DA ADMINISTRAÇÃO DE METILPREDNISOLONA NA VIABILIDADE PULMONAR DE RATOS SUBMETIDOS À MORTE CEREBRAL

EDUARDO SPERB PILLA; RAÔNI BINS PEREIRA; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JÚNIOR; GUSTAVO GRÜN; EDUARDO FONTENA; ARTHUR RODRIGO RONCONI HOLAND; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS

Objetivo: Avaliar o efeito e o período ideal de administração de succinato-metilprednisolona (MET) (30 mg/kg) como fator protetor de pulmões de ratos que foram submetidos a modelo experimental de morte cerebral. Método: Vinte e quatro ratos Wistar foram anestesiados, traqueostomizados, colocados em ventilação mecânica (Harvard Rodent Ventilator, VC=10ml/Kg, FR=85irpm e FiO₂=0,2) e randomizados em 4 grupos (n=6): Sham (S): apenas trepanação; morte cerebral (MC): indução de morte cerebral e administração de solução salina; corticoide 5 min (Met5): indução de morte cerebral e após 5 min administração de MET e grupo corticoide 60 min (Met60): indução de morte cerebral e após 60 min administração de MET. Foram avaliados dados gasométricos e hemodinâmicos; dosagem de LDH, proteínas totais e citológico diferencial no lavado broncoalveolar (LBA); dosagem de substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS), superóxido dismutase (SOD) e catalase em tecido

pulmonar. **Resultados:** A determinação de SOD, catalase, PaO₂, PaCO₂, hemodinâmica e avaliação dos parâmetros do LBA não revelaram diferenças significativas entre os grupos. O TBARS aumentou significativamente ($P < 0,001$) em ambos os grupos tratados com MET em relação aos grupos sham e controle. **Conclusão:** O uso de corticoide após morte cerebral resulta em liberação de radicais livres de oxigênio, sem resultar em comprometimento da função e viabilidade pulmonar.

PO.147 EFETIVIDADE DA OXIBUTININA NO TRATAMENTO DE MULHERES COM HIPERIDROSE PLANTAR PERSISTENTE APÓS SIMPATECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; ERIKA RYMKIEWICZ; EDUARDO IWANAGA LEÃO; MARCO AURÉLIO MARCHETTI; ANDERSON DE OLIVEIRA

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP

Introdução: A hiperidrose é uma disfunção relativamente frequente, com incidência entre 0,6 a 1% da população. A simpatectomia por videotoracoscopia é realizada para tratamento da hiperidrose palmar, axilar ou craniofacial, com melhora variando de 80 a 95%. Os pacientes com suor plantar associado podem permanecer com hiperidrose mesmo após a operação. Além disso, ocorre o efeito compensatório na maioria dos pacientes (perto de 70%), com suor na região do abdome e das costas, entre outros. A hiperidrose plantar pode aliviar após a simpatectomia torácica em cerca de 50% dos pacientes, por mecanismos ainda não esclarecidos. A persistência desse suor localizado é fonte de queixa frequente no pós-operatório. A simpatectomia lombar laparoscópica é uma alternativa para o tratamento do suor plantar após a torácica. Há melhora da hiperidrose plantar após a simpatectomia lombar, porém é evidente o aumento da hiperidrose compensatória nas costas/abdome. A utilização de drogas anticolinérgicas orais na hiperidrose é conhecida, mas a experiência com oxibutinina é restrita. A literatura suporta tal afirmação somente com pequenas séries ou relatos de casos publicados. Nosso objetivo foi avaliar a efetividade da oxibutinina no tratamento da hiperidrose plantar persistente e a qualidade de vida em mulheres já submetidas à simpatectomia torácica. **Método:** Foi realizado um ensaio clínico prospectivo com uso de oxibutinina. A amostra populacional foi selecionada por contato telefônico e/ou e-mail das pacientes em pós-operatório tardio (mais de seis meses) de simpatectomia torácica. Fatores de inclusão: mulheres com hiperidrose plantar persistente com limitação para suas atividades habituais. Exclusão: gravidez, amamentação, glaucoma, uso de medicamentos tricíclico e uso prévio de anticolinérgico. Questionário para a hiperidrose plantar e suor compensatório, questionário de qualidade de vida para hiperidrose e mensuração da sudorese com "vapometer". As pacientes foram submetidas a essa avaliação antes e após trinta dias de uso da oxibutinina. Cálculo do tamanho amostral necessário: 14 pacientes. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo, sob o número 0609/08. **Resultados:** A média de idade foi de 25,8 anos ($\pm 6,8$), tempo médio de simpatectomia de 55,93 meses ($\pm 31,9$), índice de massa corpórea de 21,1 kg/m² ($\pm 2,1$). Os dados como temperatura e umidade não foram diferentes nos dois momentos avaliados. Tabela 1 – Médias das medidas

com o vapometer. Temperatura PE D PE E Mão D Mão E Costas Abdome. Pré-tratamento 24,4 137,4 129,7 58,17 67,22 42,7 42,06. Pós-tratamento 24,1 70,8 63,8 27,9 26,9 10,7 13,34. p 0,157 0,008 0,03 0,001 0,004 0,004 0,002. Wilcoxon test. Tabela 2 - Média dos valores dos questionários corrigidos para escala de 0 a 100. Quest DV Quest H. plantar Quest Suor compensatório Pré-tratamento 40,54 70,89 62,14. Pós-tratamento 18,30 21,43 20,83. $p < 0,001 < 0,001 < 0,001$. Wilcoxon test. Tabela 3 - Presença de efeitos colaterais. Efeito colateral: boca seca, intestino preso, sonolência. Pós-tratamento 100% 31% 18%. **Conclusão:** Este estudo mostrou que o tratamento com a oxibutinina foi efetivo no tratamento da hiperidrose plantar persistente, com melhora da qualidade de vida em mulheres já submetidas à simpatectomia torácica. Os questionários de suor plantar e compensatório (costas e abdome) também identificaram a presença dos sintomas antes do tratamento e a melhora.

PO.148 HEMANGIOENDOTELIOMA DE VEIA CAVA SUPERIOR: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS COM 2 PACIENTES TRATADOS NO HC – UNICAMP

KARINA CUZIOL; DANIEL LOMBO BERNARDO; ALEXIS LUÍS PEREIRA MASTRI; JOSÉ GERALDO DOS SANTOS; RICARDO KALAF MUSSI; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; ORLANDO PETRUCCI JÚNIOR; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO

HC – UNICAMP

Introdução: O hemangioendotelioma de veia cava superior é um tumor muito raro, sendo encontrados somente alguns relatos de caso na literatura. Trata-se da proliferação demasiada da célula endotelial. Podem ser encontrados no mediastino e em outros sítios que não este, sendo: glândula mamária, fígado, osso, músculo, pleura, útero e órbita. Os casos descritos dessa lesão no tórax caracterizam-se pelo fato de serem assintomáticos, fazendo o diagnóstico pelo radiograma de tórax de rotina. Nesse relato de caso serão apresentados 2 casos de paciente com esse diagnóstico operado em nosso serviço. **Relato de Casos:** Caso 1 – M.C.C., 55 anos, feminina, com história de desconforto torácico havia, aproximadamente, 6 meses, foi submetida a um radiograma de tórax que mostrou massa de mediastino médio e superior, sem síndrome de veia cava superior. Essa lesão foi confirmada pela tomografia computadorizada de tórax. Foi feita a hipótese de tumor de mediastino e indicada cirurgia. Durante o procedimento cirúrgico, observou-se que a lesão vinha da veia cava superior e, durante sua retirada, houve lesão desse mesmo vaso; optou-se pelo uso da circulação extracorpórea, com auxílio da cirurgia cardíaca. Como intercorrência no pós-operatório: trombose do enxerto de veia cava (PTFE) e IOT prolongada com traqueostomia. Após um longo período de recuperação na UTI, a paciente recebeu alta e está em seguimento ambulatorial até os dias atuais (5 anos de observação pós-operatória). Não apresentou recidiva da doença e não precisou de tratamento adjuvante. Caso 2 – A.P.C., 42 anos, masculino, com história de desconforto precordial havia 2 meses, sem outras queixas. Radiograma de tórax mostrou massa de mediastino que foi confirmada pela tomografia computadorizada de tórax, além de mostrar intenso contato da lesão com veia cava superior. Foi indicada ressecção da lesão que transcorreu sem intercorrências. Foi utilizado enxerto de pericárdio bovino tunelizado para reconstruiu a veia cava. No pós-operatório imediato, o paciente apresentou instabilização hemodinâmica com

necessidade do uso de drogas vasoativas em doses elevadas, além de queda dos níveis hematimétricos e possível hematoma mediastinal em mediastino no radiograma de tórax. Foi optado pela nova abordagem cirúrgica que não encontrou nenhum sangramento ativo. O paciente teve boa evolução clínica, recebeu alta hospitalar e encontra-se em seguimento pós-cirúrgico há 6 meses. O exame anatomopatológico dos dois pacientes confirmou se tratar de hemangioendotelioma de veia cava superior. Conclusão: Esse tipo de tumor é bastante raro, ainda mais quando no mediastino. Nessa localização podem acometer a veia cava superior ou a veia inominada. Apresentam comportamento borderline entre o tumor maligno (hemangiossarcoma) e o benigno (hemangioma), a depender do número de mitoses e atipias na lesão. Seu tratamento é cirúrgico com ressecção completa da lesão. A quimioterapia e radioterapia ainda não têm seu papel definido para esse tipo de tumor. Metástases para linfonodo, fígado, pulmão e osso podem ocorrer, mas são muito raras.

PO.149 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PULMÃO NA CIDADE DE SÃO PAULO

MARCEL MARTINS SANDRINI; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; CARLOS JOGI IMAEDA

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO

Introdução: No Brasil, a incidência de câncer de pulmão em 2009 foi de aproximadamente 19/100.000 habitantes, sendo predominante nas Regiões Sudeste e Sul, com 22,5/100.000 habitantes na Região Sudeste e 35,6/100.000 habitantes na Região Sul. Segundo dados do Inca, essa patologia foi responsável por aproximadamente 16% dos óbitos por câncer no país no período de 1998 a 2007, sendo a principal causa de óbitos por câncer no período. Tais dados mostram a importância dessa doença em nosso meio. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é de traçar um perfil epidemiológico dessa doença. **Método:** Conduzimos uma análise retrospectiva de 2.657 prontuários de pacientes atendidos em nosso serviço no período de 1994 a 2004, onde foram coletados idade, sexo, performance status, estadiamento, sintoma e tipo histológico. Para realizar análise estatística, agrupamos os tipos histológicos em: adenocarcinoma, carcinoma espinocelular (CEC), carcinoma de pequenas células, indiferenciado e outros. Neste trabalho, foi utilizada para o estadiamento a 6ª edição do TNM e foram considerados como estádios avançados a partir do estágio 3. **Resultados:** Foram atendidos 2.657 pacientes, sendo 1.883 homens (70,9%) e 774 mulheres (29,1%). A maioria dos pacientes era tabagista (2.264 – 85,2%), com uma média de 45 anos/maço (de 0 a 600 anos/maço). Apresentavam grande variabilidade no performance status (com variação de 0 a 100 e média de 73,69) e nos sintomas apresentados (2.462 pacientes sintomáticos – 92,6%). O estadiamento clínico dos pacientes foi assim distribuído: 1 A: 30 pacientes (1,1%), 1 B: 134 pacientes (5,1%), 2 A: 6 pacientes (0,3%), 2 B: 117 pacientes (4,4%), 3 A: 197 pacientes (7,4%), 3 B: 773 pacientes (29,1%) e 4: 1.400 pacientes (52,6%). A distribuição histológica foi: CEC com 857 casos (32,2%), seguido do adenocarcinoma (690 pacientes – 25,9%), indiferenciado (401 casos – 15,0%), carcinoma de pequenas células (275 casos – 10,3%) e carcinoide com 19 casos (0,7%). **Conclusão:** Na população estudada, mais da metade dos pacientes apresentava CEC ou adenocarcinoma. Apesar de

observarmos um performance status elevado nos pacientes, notamos um grande número de sintomáticos refletindo a proporção de estádios mais avançados. Concluímos que, em nosso meio, apesar do imenso ônus causado pela neoplasia pulmonar, ela ainda está sendo diagnosticada tardiamente.

PO.150 FIXAÇÃO DE TÓRAX INSTÁVEL COM GRAMPOS HCPA – RELATO DE CASO

DIEGO BALDISSERA; MAURÍCIO GUIDI SAUERESSIG; CARLOS EDUARDO BASTIANI; AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO; VIVIAN OLIVEIRA; NOSLEN RODRIGUES DE SOUZA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - HOSPITAL DE PRONTO-SOCORRO DE PORTO ALEGRE, RS

Introdução: Acreditou-se, por muitos anos, que o tratamento das fraturas de arcos costais se dava por meio de fixadores externos, contensão ou peso. Um quadro potencialmente grave de fraturas de arcos costais é visto em pacientes com instabilidade da caixa torácica, o dito “tórax instável”. O tratamento “padrão-ouro” para essa entidade clínica é a ventilação mecânica com pressão positiva para estabilização do arcabouço costal. Casos com dificuldade de desmame do ventilador, porém, indicam-se a fixação costal por meio de grampos, os mais conhecidos são os de Judet. **Objetivo:** Relatar caso de paciente de 32 anos, apresentando tórax instável após queda de motocicleta, com deformidade anatômica no tórax e movimento respiratório paradoxal. Foi ele encaminhado para unidade de tratamento intensivo (UTI) e, após 48 horas, ao bloco cirúrgico para fixação e reconstrução do arcabouço costal. **Método:** Revisão do prontuário e relato do caso. Utilização de grampo semelhante ao grampo de Judet desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** Após o procedimento cirúrgico, o pós-operatório se deu na UTI, permaneceu intubado e em ventilação mecânica por mais 12 horas, alta da UTI em 48 horas e alta hospitalar no 7º dia de internação. Não houve complicações. **Conclusão:** Em casos selecionados, pacientes com tórax instável podem ser submetidos à fixação de arcos costais. A técnica empregada é a toracotomia com fixação dos arcos costais por meio de grampos metálicos, tipo Judet. Os pacientes que mais se beneficiam de tal procedimento são aqueles com deformidade anatômica da caixa torácica e sem contusão pulmonar importante. Esse tratamento proporciona a alta precoce da UTI, menor tempo de internação, índice de complicações e custo de tratamento reduzido. Entretanto, o padrão-ouro para o tratamento do tórax instável ainda é a ventilação mecânica com pressão positiva.

PO.151 COMPARAÇÃO ENTRE AS SOLUÇÕES DE PRESERVAÇÃO PULMONAR PERFADEX E LPD-G NACIONAL EM UM MODELO DE AVALIAÇÃO PULMONAR EX-VIVO

ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FLÁVIO GUIMARÃES FERNANDES; FERNANDO DO VALLE UNTERPERTINGER; LUCAS MATOS FERNANDES; ALESSANDRO WASUM MARIANI; MAURO CANZIAN; FÁBIO BISCEGLI JATENE

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMUSP)

Introdução: As técnicas de preservação pulmonar visam melhorar a qualidade do enxerto e aumentar sua tolerância ao período de isquemia fria e reperfusão. A técnica mais

usada atualmente consiste na perfusão anterógrada da artéria pulmonar com Perfadex. Essa é uma solução com baixa concentração de potássio, que preserva melhor a integridade funcional e estrutural das células endoteliais, além de dextran 40, que contribui para reduzir o edema celular e tem efeito antitrombótico. A glicose funciona como substrato para o metabolismo aeróbio que ocorre nos pulmões mesmo no período de isquemia. O alto custo associado à importação dessa solução e as dificuldades logísticas ocasionadas pelas vicissitudes burocráticas do sistema aduaneiro dos portos e aeroportos brasileiros, com relação a materiais médico-hospitalares, têm causado problemas para os centros de transplante pulmonar no Brasil, dificultando sua manutenção, bem como a instalação de novos centros. Daí a necessidade de uma solução de preservação produzida no Brasil. **Objetivos:** Comparar a solução Perfadex com a solução de fabricação nacional LPD-G quanto ao grau de lesão de isquemia-reperusão em um modelo de avaliação pulmonar ex-vivo. **Método:** Foram usados doadores em morte cerebral, cujos pulmões foram recusados pelas equipes de transplante. Cada caso era incluído aleatoriamente em um dos grupos: no grupo 1, a preservação pulmonar era realizada com Perfadex, e no grupo 2, era usado o LPD-G, solução fabricada no Brasil com composição idêntica à do Perfadex. Após a captação, os pulmões eram armazenados a 4°C por 10 horas. A reperusão ocorria em um sistema de avaliação pulmonar ex-vivo, no qual o bloco pulmonar era ventilado e perfundido por uma solução acelular (Steen Solution) a 37°C por 60 minutos. A lesão de isquemia-reperusão era medida por meio de parâmetros funcionais (gasometria, resistência vascular pulmonar, complacência pulmonar, relação peso úmido/peso seco) e histológicos. Foram feitas biópsias pulmonares em 3 tempos: antes da captação, após 10 horas de isquemia fria e depois de 60 minutos de reperusão. As amostras foram preparadas para análise em microscopia de luz. Vários critérios foram usados (edema alveolar, edema intersticial, hemorragia etc.) para criar um escore de lesão pulmonar (ELP). A contagem de células apoptóticas foi feita usando o In Situ Cell Death Detection Kit, POD (Roche). **Resultados:** Após a reperusão, a capacidade de oxigenação média foi de 406,0 mmHg no grupo 2 e 405,3 mmHg no grupo 1 ($p = 0,98$). A mediana da resistência vascular pulmonar nos pulmões do grupo 2 foi de 378,3 dina.s.cm-5, enquanto no grupo 1 esse valor foi de 697,6 dina.s.cm-5 ($p = 0,035$). A complacência pulmonar média ao final da reperusão foi de 49,3 ml/cmH2O no grupo 2 e de 46,8 cmH2O no grupo 1 ($p = 0,816$). A razão entre o peso úmido e o peso seco foi em média 2,02 e 2,06 nos grupos 2 e 1, respectivamente ($p = 0,87$). Na biópsia realizada após reperusão, o ELP médio foi de 4,37 e 4,37 nos grupos 2 e 1, respectivamente ($p = 1,0$); a contagem de células apoptóticas foi de 137,50/mm² e 118,75/mm² nos grupos 2 e 1, respectivamente ($p = 0,71$). **Conclusões:** A solução de preservação nacional mostrou-se tão boa quanto Perfadex, solução usada pela maioria dos centros de transplante pulmonar. Os dois grupos foram semelhantes em todos os parâmetros analisados, exceto quanto à resistência vascular pulmonar, que foi maior no grupo Perfadex. A aplicação clínica da nova solução pode reduzir custos, facilitando a manutenção e a abertura de novos centros.

PO.152 TRATAMENTO ATÍPICO DE LESÃO TRAQUEAL GRAVE PÓS-INTUBAÇÃO COM STENT DE POLIPROPILENO RECOBERTO DE ESÔFAGO (POLIFLEX) INVERTIDO – RELATO DE UM CASO

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO; EDUARDO HARUO SAITO; RODRIGO TEIXEIRA LIMA; GUSTAVO PERISSÉ MOREIRA VERAS; NILSON COUTO JÚNIOR

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ

Introdução: As lacerações traqueais iatrogênicas são normalmente tratadas cirurgicamente. Entretanto, em pacientes graves e idosos, os stents traqueais podem ser uma alternativa eficaz e pouco invasiva no tratamento dessas lesões. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente idosa que, após broncoaspirar sangue durante uma epistaxe maciça enquanto era submetida à ventilação não invasiva com máscara total face, desenvolveu insuficiência respiratória e durante tentativa de intubação orotraqueal ocorreu laceração extensa da parede posterior e que foi tratada atipicamente com prótese de esôfago POLIFLEX invertida. **Método:** Paciente do sexo feminino, de 86 anos, internada prolongadamente por complicações de isquemia êntero-mesentérica, foi submetida a implante de stent traqueal de polipropileno recoberto com silicone (POLIFLEX) de esôfago com 16 mm de corpo, 18 mm na extremidade proximal e 80 mm de comprimento. Por ser uma prótese de esôfago, a extremidade proximal é mais larga. Nesse caso, esse tipo de prótese foi aplicada invertida justa carinal, de modo que a extremidade proximal da prótese ficou distal justa carinal, tendo sido toda a lesão cuja extremidade distal distava cerca de 1,5 cm da carina. Foi realizada traqueostomia e aplicada a prótese sob visão de endoscópio flexível. Uma cânula de traqueostomia nº 8 foi colocada no interior da prótese. A lesão foi tratada perto de 48 horas após o evento. Até o tratamento, a paciente foi mantida com tubo orotraqueal colado a carina e com o cuff hiperinsuflado. O enfisema subcutâneo era progressivo e a paciente apresentava grande perda do volume corrente por fuga pela cavidade oral. A tomografia de tórax mostrava pneumodiastino extenso. **Resultados:** A prótese foi aplicada sem dificuldades e logo após ter sido colocada a cânula de traqueostomia no interior da prótese, cessou-se a fuga aérea e a progressão do enfisema subcutâneo. No 7º dia de pós-operatório (DPO) houve hemoptise por trauma de aspiração controlada com broncoscopia flexível. No 12º DPO, já estava lúcida e fora da ventilação mecânica. No 24º DPO, foi colocada cânula de Shilley para fonação. No 48º DPO faleceu subitamente. Não houve formação de granuloma pelo menos até o 4º DPO e a tomografia de controle não evidenciou nenhuma coleção pleuromediastinal e o pneumomediastino já havia sido todo absorvido. **Conclusão:** A prótese de esôfago colocada invertidamente permitiu boa coaptação da prótese e a traqueia justa carinal gerando boa vedação, mesmo em pressão positiva. A condição da paciente não permitia cirurgia de modo que esse tratamento atípico, com material atípico, foi o ideal para a paciente, que faleceu por causa não relacionada à lesão traqueal.

PO.153 AVALIAÇÃO DE UM NOVO MÉTODO DE PRESERVAÇÃO PULMONAR – ECMO TÓPICO – EM UM MODELO DE PERFUSÃO PULMONAR EX-VIVO

ALESSANDRO WASUM MARIANI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; LUCAS MATOS FERNANDES; MAURO CANZIAN; FLÁVIO GUIMARÃES FERNANDES; FERNANDO DO VALLE UNTERPERTINGER; FÁBIO BISCEGLI JATENE

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMUSP)

Introdução: Nos últimos anos, o número de transplantes pulmonares aumentou significativamente; todavia, ainda é grande o número de pacientes que morrem em fila. Um dos maiores limitantes ao desenvolvimento do transplante pulmonar é o curto período de isquemia tolerado. Nesse sentido, o grupo de Steen e cols. desenvolveram, juntamente com o modelo de reperfusão ex-vivo, uma técnica de preservação que pode aumentar o tempo de isquemia conhecida como ECMO-tópico. **Objetivo:** Avaliação comparativa funcional e histológica de pulmões retirados de doadores não aceitos para transplante submetidos à preservação com a técnica do ECMO-tópico versus isquemia fria no modelo experimental ex-vivo. **Método:** Estudo experimental, controlado e randomizado, que utilizou doadores humanos em morte encefálica, que foram recusados para transplante pulmonar pelas equipes. Após a captação, o bloco pulmonar foi separado em direito e esquerdo, sendo aleatoriamente alocado para os grupos ECMO-tópico (EC) ou isquemia fria (IF), por onde permaneceram por 8 horas. Após esse período, o bloco pulmonar foi reconectado por meio de cânulas em “Y” nas artérias pulmonares e brônquios principais mantendo as veias separadas. **Resultados:** Foram captados 7 doadores com idade média de 53 anos (± 16); 4 homens (57,1%) e 3 mulheres (42,8%); causa do óbito: AVCh em 5 e TCE em 2 casos; motivo da recusa ao transplante em 6 casos foi a PaO₂ inferior a 300mmHg na gasometria pré-captação. O lado submetido ao ECMO-tópico foi direito em 4 (57,1%) casos e esquerdo em 3 (42,9%). A capacidade de oxigenação obtida durante a reperfusão pela PaO₂ média medida na gasometria foi de 468,00mmHg ($\pm 81,69$ mmHg) no grupo EC e de 455,86mmHg ($\pm 54,05$ mmHg) no grupo IF ($p=0,758$). A PCO₂ média foi de 17,457mmHg ($\pm 3,62$ mmHg) e 17,02mmHg ($\pm 3,18$ mmHg) nos grupos EC e IF, respectivamente ($p=0,617$). A mediana da resistência vascular pulmonar no grupo EC foi de 4,590 dina.s.cm-5 (IIQ: 0,598) e no grupo IF 4,745 dina.s.cm-5 (IIQ: 0,864) ($p=0,285$). A razão entre o peso úmido e o peso seco foi em média 2,77 ($\pm 0,93$) e 3,21 ($\pm 1,85$) nos grupos EC e IF, respectivamente ($p=0,358$). A análise histológica pelo escore de lesão pulmonar (ELP) após período de preservação foi de 34,71 ($\pm 4,786$) no grupo EC e 33,71 ($\pm 5,090$) no grupo IF ($p=0,644$). Após reperfusão, o ELP foi de 35,57 ($\pm 4,504$) e 33,86 ($\pm 6,122$) nos grupos EC e IF, respectivamente ($p=0,367$). A identificação de células apoptóticas pela reação TUNEL no tecido pulmonar colhido após o período de isquemia não demonstrou diferença significativa quando comparamos as médias de células apoptóticas por cinco campos. Após a preservação, encontramos uma média de 2,29 ($\pm 3,094$) e 1,00 ($\pm 1,155$) células apoptóticas/c nos grupos EC e IF, respectivamente ($p=0,253$). **Conclusão:** A técnica de preservação pulmonar ECMO-tópico não foi

superior à preservação por isquemia fria por um período de 8 horas, tanto na avaliação funcional quanto histológica.

PO.154 PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO DE PULMÃO COM INVASÃO DE ÁTRIO ESQUERDO

ANTERO GOMES NETO; LARISSA CALHEIROS GOMES; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; CECÍLIA BIANCA SILVA MOURA; RAFAEL FERNANDES VIANA DE ARAÚJO; EVANDRO AGUIAR AZEVEDO

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

Introdução: O pseudotumor inflamatório (PTI) é uma neoplasia benigna rara, de origem inflamatória, descrita na literatura como pneumonia organizante, histiocitoma fibroso, xantogranuloma, fibroxantoma, granuloma de célula plasmática ou tumor miofibroblástico inflamatório, por apresentar uma variedade de componentes celulares. **Objetivos:** Relatar um caso de PTI com apresentação clínico-radiológica rara, destacando a importância da confirmação diagnóstica e da conduta terapêutica adequada, no sentido de proporcionar a cura do paciente. **Método:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente masculino, 25 anos, não fumante, com história clínica de tosse seca havia um ano e pneumonia recorrente fazia oito meses. A radiografia de tórax mostrou discreto aumento da sombra hilar direita e a tomografia computadorizada uma massa tumoral sólida e heterogênea, de limites imprecisos, com tênue captação do contraste, medindo 5,0 x 4,0 cm. O tumor situava-se na região infracarinal, envolvia parcialmente o brônquio principal (BP), intermediário (BI), lobar médio (BLM) e lobar inferior (BLI), não tinha plano de clivagem com o esôfago, estenosava a veia pulmonar superior e crescia em direção ao átrio esquerdo. A broncoscopia mostrou redução de calibre do BLM e BLI por compressão extrínseca, com mucosa normal e sem lesão endobrônquica. O paciente foi inicialmente submetido a uma toracotomia direita, onde se observou a presença de um tumor endurecido envolvendo os brônquios acima descritos e invadindo o pericárdio e átrio esquerdo. Naquele momento, optou-se somente pela realização de uma biópsia incisional para esclarecer o diagnóstico. Os estudos histopatológico e imuno-histoquímico foram compatíveis com PTI. Dois meses depois da primeira cirurgia, o paciente foi submetido à outra toracotomia, dessa vez com o objetivo de ressecar o tumor. Foi instalada a circulação extracorpórea (CEC) por meio da canulação das veias cavas e da aorta. Com o paciente em CEC, realizou-se a abertura do átrio esquerdo, seguida da ressecção de suas paredes lateral e posterior juntamente com as veias pulmonares. Após a retirada da peça, o átrio foi reconstruído com patch de pericárdio bovino. O doente saiu de CEC, foi extubado no final da cirurgia e teve um pós-operatório sem complicações. O paciente mantém-se assintomático e sem sinais de recidiva tumoral no 4º ano de seguimento. **Conclusão:** A cirurgia tem papel importante tanto no diagnóstico quanto no tratamento do PTI de pulmão. O diagnóstico histológico dificilmente é feito no pré-operatório por biópsias endobrônquicas ou percutâneas, uma vez que o patologista necessita de uma boa amostra de tecido para diferenciá-lo de outros tumores como o sarcoma, linfoma e plasmocitoma. Isso torna a biópsia cirúrgica o método de escolha. Embora seja uma lesão de natureza inflamatória, o PTI pode evoluir com recidiva local e metástase à distância. Terapias com corticoides ou quimioterápicos têm se mostrado ineficazes. Por essas razões, mesmo ressecções mais radicais, como a do caso relatado, são justificadas para garantir uma maior sobrevida livre de doença.

PO.155 PLEURODESE DIÁRIA COM NITRATO DE PRATA A 1%, TÉCNICA PROATIVA. ANÁLISE DE 46 PACIENTES

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; ANDERSON DE OLIVEIRA; ERIKA RYMKIEWICZ; WLADMIR SAPORITO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SP

Introdução: O derrame pleural maligno ocorre em pacientes com doença neoplásica avançada e geralmente por obstrução da drenagem linfática pleural. A manifestação clínica mais frequente é a dispneia, seguida de dor torácica e sintomas relacionados ao tumor, como emagrecimento, anorexia e adinamia. Pode estar presente em até 50% das neoplasias. Os órgãos que originam as metástases pleurais com mais frequência são os pulmões (35%) e a mama (23%). O tratamento do derrame pleural maligno é a quimioterapia e pleurodese. Para tal, deve ser comprovada a expansão pulmonar total por uma toracocentese terapêutica (esvaziadora), geralmente realizada na investigação prévia da doença pleural. A substância para pleurodese com maior difusão em nosso meio é o talco. O nitrato de prata voltou a ser utilizado em uma concentração menor (1%) com resultados promissores. A técnica de utilizar a pleurodese diária é pouco relatada na literatura. **Objetivo:** Analisar a utilização do nitrato de prata a 1% como agente esclerosante em 46 pacientes submetidos à pleurodese. **Metodo:** Foram selecionados 46 pacientes com derrame pleural neoplásico, confirmado por citologia ou biópsia e com expansão pulmonar adequada confirmada por radiografia após toracocentese. Realizamos a pleurodese pelo dreno de tórax com nitrato de prata a 1% - 10 ml de forma seriada. Se o débito fosse menor que 200 ml/24h, o dreno era retirado. Caso persistisse um volume maior que esse montante, era realizada nova pleurodese diária até diminuição da drenagem. O paciente foi reavaliado em 7 dias e 30 dias. A eficácia da pleurodese foi considerada quando não houve derrame pleural ou se houver pequeno derrame pleural sem repercussão clínica limitante. A falha da pleurodese será considerada se ocorrer recidiva do derrame pleural com repercussão clínica, dentro do período de 30 dias. **Resultados:** Tivemos 28 pacientes do sexo feminino e 18 do sexo masculino com idade média de 63,7 anos, com variação de 28 a 89 anos. O diagnóstico mais frequente foi neoplasia de mama, em 28,26%, e pulmonar em 23,9%. A média de aplicação do nitrato de prata por paciente foi de 2,8 com variação de 1 a 12 instilações. Não houve recidiva em 30 dias. As complicações que encontramos foram dor importante em um paciente e dois empiemas com necessidade de drenagem aberta - morbidade de 6,5%. **Conclusão:** Concluímos que o nitrato de prata a 1% por esse método proativo foi uma excelente substância para pleurodese, com resultados semelhantes ao talco.

PO.156 RECONSTRUÇÕES DA PAREDE TORÁCICA APÓS ESTERNECTOMIA COM PRÓTESE DE POLIETILENO PERSONALIZADA - RELATO CLÍNICO DE DOIS PACIENTES

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; JOSÉ ERNESTO SUCCI; MARCO AURÉLIO MARCHETTI; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; EDUARDO IWANAGA LEÃO
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP

Introdução: A ressecção do esterno sempre foi seguida por uma pergunta: Como estabilizar a parede torácica e com o quê? Se a estabilidade estrutural é necessária, pode ser usado

material autólogo ou protético. Diversos materiais para a reconstrução da parede torácica anterior foram relatados: retalho miocutâneo, tela de Marlex, uma prótese rígida e da combinação entre eles. Mais comum, a prótese artesanal de "sanduíche de tela de Marlex- metilmetacrilato-Marlex" para minimizar o movimento da parede torácica. A prótese personalizada esternal, feita por um modelo de computador tomográfico, foi descrita em 1998, por Meyers. Estabilizou a parede torácica com esterno novo, protegendo os órgãos subjacentes, e assim evitou a ventilação pós-operatória prolongada e alcançou um resultado cosmético satisfatório. Relatamos nossa experiência com o uso da prótese de polietileno em dois pacientes. **Método:** Relatamos dois pacientes: um homem de 34 anos de idade, que desenvolveu uma metástase esternal do tumor neuroectodérmico primitivo, foi submetido a uma esternotomia total e fixação da prótese de polietileno com uma boa evolução. Esse paciente continuou suas atividades esportivas, inclusive esqui na neve; infelizmente, ele faleceu de progressão da doença dois anos após a operação. O outro, masculino, jovem de 22 anos, com uma metástase esternal de um tumor de Ewing, realizado uma esternectomia parcial e reconstrução da parede torácica por uma prótese de polietileno melhor, personalizada. Depois de dois anos pós-operatório, ele está bem. Ambas as ressecções da parede torácica foram seguidas da reconstrução por uma prótese esternal personalizada, feita de polietileno baseada na imagem da tomografia e retalho miocutâneo. **Conclusão:** Tumores do esterno têm sido considerado um problema de difícil resolução. A estabilidade e reconstrução de defeitos da parede torácica têm causado as principais dificuldades nas ressecções radicais. Aprimoramento das técnicas cirúrgicas, principalmente por materiais protéticos, resultou em sucesso nas esternectomias e reconstruções simultâneas. O desenvolvimento de técnicas seguras para a reconstrução da parede torácica ampliou o papel da cirurgia. A prótese personalizada esternal, baseada na tomografia computadorizada, é um dispositivo exclusivo para cada paciente, com a sua dimensão individual. É um material semirrígido e inócuo. Acreditamos que esse poderá ser o futuro promissor para as reconstruções da parede torácica.

PO.157 CORREÇÃO OPERATÓRIA DA PAREDE TORÁCICA NAS FRATURAS MÚLTIPLAS DE COSTELAS. FIXAÇÃO COM PLACAS DE OSTEOSSÍNTESE - RELATO CLÍNICO

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; FÁBIO LUCAS RODRIGUES; ANDERSON DE OLIVEIRA; ERIKA RYMKIEWICZ; WLADMIR SAPORITO; ERNESTO EVANGELISTA NETO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SP

Resumo: O trauma da parede torácica é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, especialmente na presença de um tórax instável, com movimento paradoxal. Pacientes com múltiplas fraturas de costelas exigem um controle rigoroso da dor, manter tosse eficiente e, muitas vezes, intubação e ventilação mecânica. Esta última tanto para uma estabilização pneumática interna do segmento instável quanto para ventilação e oxigenação adequadas. Isso pode resultar em uma permanência prolongada na UTI e complicações pulmonares, incluindo septicemia, pneumonia e barotrauma. A alta taxa de mortalidade varia de 10-36%.

Várias vantagens potenciais de estabilização operatória da parede torácica têm sido relatadas. Esses incluem redução da duração da ventilação mecânica, diminuem a permanência na UTI e internação, além de diminuição da probabilidade de disfunção clinicamente significativa a longo prazo respiratória e deformidade torácica. Apesar das vantagens da fixação da parede torácica, não existe consenso sobre a técnica de fixação e quando seria o melhor momento de realizá-la. Neste relato clínico, descrevemos um paciente masculino de 60 anos com importante trauma torácico por atropelamento. Ele apresentou tórax instável com fraturas de seis arcos costais à esquerda – do 3º, 8º, sendo necessária drenagem de tórax, intubação e ventilação mecânica. Evoluiu com infecção pulmonar e choque séptico com necessidade de drogas vasoativas. Apresentou melhora clínica, mas falha de extubação por duas vezes e foi submetido ao tratamento cirúrgico três semanas após o trauma. Foi realizada a estabilização da parede torácica com placas e parafusos. Optamos por uma toracotomia posterior, com secção do serrátil anterior, grande, uma pequena porção do trapézio e dos romboides. Fixamos o 3º, 4º, 5º, 6º e 7º arcos costais. Os critérios para a intervenção cirúrgica no tórax instável são: perda traumática de 30% do volume da cavidade pleural, a incapacidade de desmame do ventilador, incapacidade de controlar a dor torácica, apesar do cateter peridural, hemotórax volumoso, perda aérea prolongada, instabilidade esternal ou fraturas com sobreposição.

PO.158 QUANDO UTILIZAR DOIS DRENOS? ANÁLISE DE 758 PACIENTES COM APENAS UMA DRENAGEM PLEURAL (28FR) NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA TORÁCICA

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; EDUARDO IWANAGA LEÃO; ERIKA RYMKIEWICZ; ANDERSON DE OLIVEIRA; ERNESTO EVANGELISTA NETO
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – UNIFESP

Introdução: Como é sabido, a capacidade do sistema de drenagem é proporcional ao diâmetro do dreno e inversamente proporcional ao comprimento. É amplamente aceito o uso de dois drenos torácicos, um apical e anterior para o ar, e outro posterior e basal para o líquido, conforme descrito nos livros-texto. Não está claro quando essa prática se tornou uma rotina. Lilienthal, em 1922, estendeu a utilização do sistema no pós-operatório de toracotomia com dois drenos torácicos e, desde então, poucos estudos foram feitos com apenas um único dreno. O calibre do dreno é outro detalhe que temos de mencionar, qual é o diâmetro ideal para restaurar a pressão negativa intrapleural e permitir a expansão completa do pulmão? Como sabemos, dois drenos de grande diâmetro no tórax podem ser mais dolorosos e causar alguma restrição na respiração profunda, retenção de secreção e, em seguida, atelectasia. O uso de um dreno torácico na cirurgia pulmonar foi relatado na literatura, mas longe de se tornar um consenso. Temos como objetivo mostrar quando foi necessário usar dois drenos, baseado na nossa experiência no uso de apenas um dreno pleural (28FR) no pós-operatório de 758 pacientes, com sistema otimizado. **Método:** Estudo retrospectivo de uma base de dados prospectiva – tipo coorte. Os prontuários de 758 pacientes operados com apenas um dreno pleural e sistema otimizado (sem clampe e com extensão sem sifão), entre 2001 e 2008, foram analisados. Foram avaliados os pacientes sobre:

idade, gênero, diagnóstico, tempo de drenagem, tempo de internação hospitalar e complicações. **Resultados:** Os resultados mostraram 62,8% do sexo masculino e 33,2% do sexo feminino; a idade variou de dois meses a 91 anos, com média de 57,8 anos; o tempo médio de permanência foi de 6,18 dias, variando de 1 a 60 dias. A média do tempo de drenagem foi de 4,8 dias, variando de um a 36 dias. Tivemos 19 óbitos – mortalidade de 2,53% e morbidade de 28,92%, sendo a pneumonia a mais frequente, em 64 pacientes (8,44%). Tivemos 25 pacientes (3,23%) nos quais foram necessárias condutas adicionais em relação ao dreno – toracocentese, troca de dreno ou drenagem complementar. Tais procedimentos ocorreram por: posicionamento inadequado do dreno (21 pacientes – 76%) ou perda aérea com enfisema de subcutâneo grande (6 pacientes – 24%). Portanto, na maioria absoluta desses pacientes foi necessária nova intervenção por posição inadequada do dreno – muito posterior, muito anterior, dreno não atingiu o ápice da cavidade pleural, dreno na fissura (entre os lobos). Os pacientes com perda aérea prolongada com necessidade de dois drenos foram poucos nessa série. **Conclusão:** O uso de um dreno único no pós-operatório de cirurgia torácica se mostrou seguro e eficiente em mais de 90%. Quando for utilizado um dreno, deveremos seguir as orientações de mantê-lo em um sistema de drenagem otimizado (mínima resistência possível), posição do dreno na cavidade pleural até o ápice e medial (não anterior, nem posterior), evitar que o dreno fique na fissura. Em pacientes com risco de perda aérea prolongada – principalmente pulmão padrão DPOC, se faz necessário o uso de dois drenos 28FR.

PO.159 EMPIEMA PLEURAL E PLEUROSCOPIA: UMA REVISÃO DOS CASOS TRATADOS NO HC – UNICAMP NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

KARINA CUZIO, GIANA BALESTRO POLETTI; DANIEL LOMBO BERNARDO; ALEXIS LUÍS PEREIRA MASTRI; RICARDO KALAF MUSSI; JOSÉ GERALDO DOS SANTOS; JOSÉ CLÁUDIO TEIXEIRA SEABRA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO
HC – UNICAMP

Introdução: O empiema pleural é uma complicação bastante grave dos processos pneumônicos. Grande parte dos pacientes apresenta-se sépticos em sua chegada ao serviço de saúde e podem não suportar procedimentos mais invasivos que exijam uma toracotomia. A pleuroscopia passa a ter um importante papel nesses casos, pois tem alta resolutividade para drenagem e limpeza eficaz da cavidade pleural infectada, possibilitando tratamento mais adequado ao paciente. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é rever os casos de pacientes com empiema pleural que foram submetidos à pleuroscopia nos últimos 5 anos no HC – Unicamp. **Método:** A análise foi feita por meio da revisão sistemática dos prontuários dos pacientes diagnosticados com empiema e que foram tratados com pleuroscopia pela equipe de Cirurgia Torácica do HC – Unicamp no período entre janeiro de 2006 e junho de 2010. **Resultados:** Foram analisados 49 casos de paciente com empiema pleural clinicamente/laboratorialmente diagnosticados, sendo que deles, 40 são homens e apenas 9 mulheres. Dois casos foram submetidos à decorticação pleural como primeiro recurso intervencionista cirúrgico, enquanto os demais foram submetidos à pleuroscopia. Os extremos de idade foram: 23 e 84 anos. Apenas 22 pacientes tiveram a cultura do líquido pleural positiva. Nesse período, ocorreram 9 óbitos,

sendo que se tratava de pacientes graves, imunossuprimidos e com outras doenças associadas (6 óbitos na mesma internação em que foi tratada a infecção pleural). Alguns procedimentos adicionais precisaram ser realizados em 7 pacientes para resolução do quadro, tais como: 3 foram submetidos à nova pleuroscopia; 1 à decorticação pleural; 1 pleurostomia; 1 à videotoracoscopia, e 1 à toracotomia. **Conclusão:** A pleuroscopia é um método pouco invasivo e que pode ser muito útil no tratamento de uma doença tão grave quanto ao empiema pleural. No presente estudo, cerca de 40 pacientes foram submetidos a esse procedimento com boa resolução da infecção pleural, melhora clínica evidente e também radiológica. Há necessidade mínima de recursos materiais e é um procedimento que pode ser desempenhando com certa facilidade técnica. Mesmo em serviços menores, esse recurso pode ser utilizado e garantir o tratamento adequado do empiema pleural.

PO.160 A RETIRADA DO DRENO TORÁCICO, COM OU SEM ANESTESIA LOCAL – UM ESTUDO CLÍNICO PROSPECTIVO RANDOMIZADO. QUAL É O MELHOR MÉTODO?

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; CAIO AUGUSTO TERSE DA MATTA; MARCEL MARTINS SANDRINI; HUMBERTO M. C. DOS SANTOS; EDUARDO IWANAGA LEÃO; JOSÉ ERNESTO SUCCI; ERIKA RYMKIEWICZ

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – UNIFESP

Introdução: O uso de dreno torácico nas operações torácicas e cardíacas é frequente. Todos os anos são colocados mais de 1 milhão de drenos, nos Estados Unidos, e nós podemos imaginar quantos drenos são usados no mundo inteiro por ano. A presença de drenos torácicos é sinônimo de dor pós-operatória e sua retirada é um desconforto para o paciente. A dor durante a remoção é caracterizada como uma das mais angustiantes para os pacientes e algumas pessoas a relataram como pior lembrança durante a internação. Apesar de seu uso muito frequente, poucos estudos sobre a melhor maneira de remover um dreno foram feitos e estamos longe de um consenso. Existem algumas técnicas de analgesia para tornar menos dolorosa a retirada do dreno, como morfina, óxido nítrico, medicações por via oral, tópica ou injetável, anestésicos locais e outras menos tradicionais – uso de gelo ou música. Atualmente, com uso de drenos menos calibrosos, a remoção seria mesmo uma experiência dolorosa? É muito comum remover o dreno apenas com medicação oral, justificado pelo desconforto temporário desse procedimento, que dura menos de 20 segundos. Poucos estudos foram publicados descrevendo os métodos eficazes para minimizar o desconforto do paciente. A fim de verificar qual seria o melhor método para retirar um dreno de tórax, que faz parte da rotina do cirurgião torácico, propomos um estudo prospectivo randomizado para comparar a remoção do dreno torácico, com ou sem anestesia local (que atualmente é a nossa rotina). O objetivo foi realizar um estudo clínico prospectivo randomizado para comparar a retirada do dreno, com ou sem anestesia local. **Método:** Foi realizado um estudo clínico prospectivo randomizado em nossa enfermaria de cirurgia torácica durante 2009. Foram avaliados os pacientes submetidos à drenagem torácica apenas (apenas um dreno), tamanho 28FR, cirurgias eletivas e realizada pela nossa disciplina de cirurgia torácica. Divididos em dois grupos: A – sem

anestesia local (SA) e grupo B – com um anestésico local (CA), lidocaína a 2% – 10 ml injetado em torno do dreno com anestesia espaço intercostal. Os critérios de exclusão: O uso crônico de analgésicos ou sedativos ou ansiolíticos, perturbações psiquiátricas, quimioterapia ou radioterapia, re- operação, operações de emergência ou doenças com invasão pleural ou da parede torácica. Foram incluídos 36 pacientes, avaliados por meio de um questionário para verificar a dor por uma escala visual analógica de dor, graduada de 0 a 10. Esses parâmetros foram coletados antes e após a remoção do tubo. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo, sob o número 1111/09. **Resultados:** Os grupos (18 em cada um) foram semelhantes em idade, sexo, tempo de drenagem, IMC, tipo de procedimento realizado e tempo de internação. Na tabela seguinte são mostrados os resultados dos grupos A e B:

	Grupo A (SA)	Grupo B (CA)
Escala de Dor (0-10)		
Maior valor	5,68	6,54
1º Po	5,13	5,18
3º Po	2,63	3,87
Anestesia Local	0,00	2,17
Antes de retirar o dreno	1,98	1,76
Durante a remoção do dreno	1,76	1,20
Após a retirada do dreno	0,47	1,44
Na alta	0,48	0,18
Tipo de sensação quando retirado o dreno (número de pacientes)		
Queimação	3	3
Puxar	5	7
Pressão	2	0
Desconforto	3	2
Nada	5	6

Conclusão: Os resultados não mostraram diferença após a análise estatística. Portanto, não há necessidade de utilizar anestesia local para retirar um dreno de tórax. Também constatamos que a retirada não é um processo angustiante e doloroso, com níveis de dor menor do que 2.

PO.161 SINOVIOSSARCOMA GIGANTE PRIMÁRIO DO MEDIASTINO TRATADO COM QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E CIRURGIA COM UM RESULTADO SURPREENDENTE – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO; EDUARDO HARUO SAITO; RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES; BRUNO PINHEIRO COSTA; PAULO SÉRGIO PERELSON; GUSTAVO PERISSÉ MOREIRA VERAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ

Introdução: Esse tipo de neoplasia mesenquimal, ocorrendo no mediastino, é muito raro. Há poucos casos na literatura. Normalmente eles não têm boa resposta à quimioterapia. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente jovem, com massa mediastinal gigante, cuja biópsia revelou tratar-se de sinoviossarcoma primário do mediastino e que foi tratado com quimioterapia neoadjuvante e cirurgia com resposta surpreendente. **Método:** No nosso caso, o paciente que tinha 30 anos foi admitido por dor torácica, dispneia, ortopneia,

tosse, rouquidão e perda de peso durante um período de 3 meses e dramática piora na semana que antecedeu a admissão. A radiografia de tórax era compatível com síndrome do hemitórax opaco à esquerda e desvio mediastinal contralateral importante e a tomografia computadorizada revelaram uma massa heterogênea gigante do mediastino, atelectasia pulmonar e pequeno derrame pleural. O paciente foi submetido a uma biópsia de Chamberlain, sob anestesia local, e o diagnóstico de um sarcoma sinovial foi obtido após a análise imuno-histoquímica. **Resultado:** Por causa de seu mau estado geral, recebeu quimioterapia em primeiro lugar, com uma resposta dramática, após o que a massa que tinha sido reduzida foi removida cirurgicamente. Depois de quatro anos de seguimento, não há sinais de recidiva da doença. **Conclusões:** As massas mediastinais muito grandes devem ser sempre submetidas a biópsias com retirada de material suficiente para estudo imuno-histoquímico, para que se chegue a um diagnóstico confiável. A quimioterapia neoadjuvante pode ser tentada nos casos de lesões muito grandes com ressecabilidade questionável, mesmo em doenças que não tenham boa resposta aos quimioterápicos.

PO.162 A CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA – O QUE É MAIS IMPORTANTE: A TECNOLOGIA OU O CONCEITO? A APLICAÇÃO DO CONCEITO SEM USO DE GRAMPEADORES ENDOSCÓPICOS, ANÁLISE DE 50 PACIENTES

ALTAIR DA SILVA COSTA JR.; LUÍS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; JOSÉ ERNESTO SUCCI; CROMWELL B. DE CARVALHO MELO; ERIKA RYMKIEWICZ; EDUARDO IWANAGA LEÃO; HUMBERTO M. C. DOS SANTOS

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – UNIFESP

Introdução: Embora a cirurgia torácica videoassistida (CTVA) e robótica ganha popularidade como uma técnica minimamente invasiva, as toracotomias poupadoras (com preservação muscular) também são amplamente utilizadas. É evidente que a tecnologia trouxe um avanço impressionante no manejo dessas técnicas, com benefícios para os pacientes. Mas o que é necessário para realizar cirurgias minimamente invasivas? O benefício para os pacientes é por conta dos avanços tecnológicos em materiais e ferramentas ou conceitos que eles modificaram? Uma década atrás, poucos cirurgiões torácicos consideravam alta hospitalar precoce em menos de cinco dias, a utilização de drenos menores, extubação precoce e pós-operatório imediato na enfermaria, sem terapia intensiva. Alterar esses conceitos só foi possível pela segurança criada pelos avanços tecnológicos que temos disponíveis em nossa rotina. Mas seria possível manter o conceito de cirurgia minimamente invasiva, sem a utilização de materiais especiais, tais como grameadores endoscópicos e vídeo? **Objetivo:** Aplicar os conceitos de cirurgia minimamente invasiva à cirurgia aberta sem o uso de grameadores endoscópicos. **Método:** Um estudo de coorte prospectivo clínico foi realizado em cirurgia torácica para avaliar a implementação dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva em cirurgia aberta – toracotomias. Analisamos o tempo de internação, tempo de drenagem, intensidade da dor, a quantidade de analgésico utilizado e complicações. **Crítérios de inclusão:** pacientes com indicação de toracotomia. **Crítérios de exclusão:** os pacientes que apresentaram história de dor crônica; uso crônico de

analgésicos ou sedativos/ansiolíticos; doenças psiquiátricas; quimioterapia ou radioterapia prévia; re-operação; operações de urgência/emergência; doenças com invasão pleural ou de parede torácica; toracectomia ou pleurectomia. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo, sob o número 1.112/2009. **Resultados:** Durante o período de março de 2009 a setembro de 2010, foram incluídas 50 pacientes no estudo. A idade média foi de 48,78 anos, sexo feminino prevaleceu em 65,8%, o IMC de 23,25 kg/m², história de tabagismo em 25% dos pacientes com uma média de 42,8 maços por ano. **Procedimentos:** 18 lobectomias, 2 bilobectomias, 19 segmentectomias, 4 ressecções mediastinais, 3 ressecções de metástases e 4 bulectomias. **Dados peri-operatórios:** a analgesia epidural realizada em 50% e 21% com bloqueio intercostal.

Tabela – Dados peri-operatórios.

Tempo de cirurgia (min)	199
Hemorragia (ml)	151.5
Uso de aspiração	44%
Média da quantidade de drenagem (ml)	1.143.5
Drenagem de tempo (dias)	4,3
Tempo de internação (dias)	6,2
Escala de dor (0-10)	
Maior valor	4,5
1º PO	3,8
3º PO	2,6
Na alta	1,4
Complicação	18,40%

Conclusão: A aplicação dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva em toracotomias é perfeitamente viável, com adequada analgesia, extubação precoce, o uso mínimo de drenos e alta precoce. Quando comparamos nossos dados com os dados de pacientes submetidos a técnicas minimamente invasivas por vídeo da literatura consultada, são semelhantes.

PO.163 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE TRAQUEAL POR PARACOCCIDIOMO MICOSE

ELIAS DE OLIVEIRA MORAES

HU-UFJF: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. FMS-JF: FACULDADE DE MEDICINA SUPREMA DE JUIZ DE FORA, MG

DESCRIPTORIOS: ESTENOSE; TRAQUEIA; MONTGOMERY.

Objetivo: Relatar um caso de paracoccidioso micose em traqueia. **Método:** Análise retrospectiva de prontuário médico. **Relato de Caso:** J.V.R.M., 61anos, apresentava lesão em língua. Realizada biópsia, diagnosticou-se infecção por paracoco, postergando início do tratamento farmacológico, procurando auxílio médico quando iniciou quadro dispnéico obstrutivo. À broncofibroscopia, visualizou estenose traqueal 3 cm abaixo da corda vocal, obliterando 70% da luz, estendendo-se por mais de 5 cm, biopsiou-se e diagnosticou-se infecção por paracoco. Dilatações traqueais realizadas sem sucesso, optando-se por cirurgia. No ato operatório, estenose traqueal calcificada,

extensão que impedia ressecção completa e anastomose. Realizou-se secção traqueal longitudinal, inseriu-se prótese de Montgomery, mantendo as bordas traqueais afastadas, confeccionou-se rede de Vycril 3 zeros bordo a bordo, acima da prótese, rodou-se um retalho muscular de cada esternocleidomastoideo por sobre a rede de Vycril para aerostasia. Trinta dias após retirou-se a prótese de Montgomery, com controle broncoscópico mensal durante seis meses, não houve reestenose e onde se confeccionou a rede de Vycril, com retalhos musculares, observou-se a formação de calcificação.

PO.164 LINFOMA MALT PULMONAR – RELATO DE CASO – POSTER

CARLOS HENRIQUE R BOASQUEVISQUE; HISBELLO CAMPOS
FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: Os linfomas do pulmão são divididos em linfomas de Hodgkin e não Hodgkin. Os linfomas primários do pulmão são raros correspondendo a aproximadamente 0,3 a 0,5 % dos tumores de pulmão. O envolvimento secundário do pulmão pelo linfoma é bem mais comum, podendo ocorrer em até 40% dos casos e geralmente decorre de disseminação de um linfoma mediastinal, muitas vezes doença de Hodgkin. A maioria dos linfomas primários de pulmão (50-70%) é de baixo grau e originário de células B. **Objetivo:** Relatamos um caso de linfoma MALT primário do pulmão e sua abordagem terapêutica. **Método:** Análise retrospectiva dos registros médicos da paciente. **Resultados:** E.S.M., 70 anos, sexo feminino, apresentou-se com queixa de tosse seca havia aproximadamente 3 meses. Sem relato de febre, emagrecimento ou hemoptoicos, em bom estado geral. A paciente era tabagista passiva. Radiografia do tórax em PA e perfil e TC do tórax evidenciaram uma massa pulmonar de limites bem definidos, localizada no lobo inferior esquerdo e comprometendo a fissura pulmonar. Espirometria mostrou VEF1=103% e CVF= 101% do teórico. TCs do crânio e abdomen foram normais. A broncofibroscopia mostrou edema e redução da luz do brônquio do segmento 6. O lavado, escovado e biópsia brônquica mostraram processo inflamatório e ausência de células malignas. BAAR e pesquisa para fungos foram negativos. Paciente foi submetida a uma toracotomia lateral esquerda limitada para fins diagnósticos, quando se observou lesão sólida no lobo inferior esquerdo comprometendo a fissura pulmonar. Exame de congelação revelou um linfoma pulmonar e não se procedeu com a ressecção pulmonar. A imuno-histoquímica foi compatível com o diagnóstico de LINFOMA DA ZONA MARGINAL EXTRALINFONODAL ou LINFOMA MALT PULMONAR. O tratamento consistiu de quimioterapia com esquema CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona) e a paciente encontra-se sem evidência de doença 4 anos após tratamento. **Conclusão:** O tratamento do linfoma MALT não é consensual. Tem sido relatada a vigilância clínica nos pacientes assintomáticos e com curso indolente da doença, quimioterapia, radioterapia e cirurgia isolados ou uma combinação dessas modalidades. Nessa paciente, a cirurgia provavelmente seria uma pneumonectomia esquerda, não se justificando, portanto, considerando a natureza indolente da lesão, a magnitude da cirurgia e suas complicações e a idade da paciente.

PO.165 MUCORMICOSE NO TRANSPLANTE PULMO-NAR

CARLOS HENRIQUE R. BOASQUEVISQUE; ERKAN YILDRIM; KAREN REDMOND; ANDREW PIERRE; TOM WADDELL; MARC DE PERROT; LIANE SINGER; SHAF KESHAVJEE

TORONTO GENERAL HOSPITAL, UNIVERSITY OF TORONTO, ON, CANADÁ

Introdução: A mucormicose é a 3ª causa mais frequente de infecção fúngica invasiva após a candidase e a aspergillose e tem uma incidência de 1,5% no transplante pulmonar, com 80% dos casos nos primeiros 6 meses pós-transplante. É causada por fungos da classe dos zigomicetos, ordem mucorales, causadores de infecções angioinvasivas em pacientes imunocomprometidos com mortalidade > 60%. Na ordem mucorales, destacam-se os gêneros Mucor, Rhizopus, Rhizomucor, Absidia, Apophosomyces, Cunninghamella e Saksenea. São saprófitas de distribuição universal e isolados do solo e matéria orgânica em decomposição. Estudos recentes sugerem aumento na incidência dessa infecção (17/100.000 admissões). **Objetivo:** Relatar um caso de infecção por Rhizopus microsporus em um paciente transplantado de pulmão. **Método:** Análise retrospectiva dos registros médicos. **Resultados:** Homem, 43 anos, com silicose avançada, intubado no pré-operatório por pneumonia, foi submetido a um transplante unilateral esquerdo com by-pass cardiopulmonar. Desenvolveu disfunção primária do enxerto grau III e no 3º PO foi instituído suporte por NOVALUNG por meio dos vasos femorais e ventilação de alta frequência, sem sucesso, obrigando a conversão para ECMO veno-arterial. Foi submetido a retoracotomias por sangramento no 8º, 9º, 12º e 15º PO. Apresentou leucopenia pela azatioprina e no 12º PO foi retransplantado (clamshell), sendo politransfundido, saiu de ECMO e foi iniciada hemodiálise. No 24º PO, desenvolveu necrose na virilha e na toracotomia, sendo desbridado cirurgicamente. Confeccionado retalho do músculo sartório para proteção dos vasos femorais direitos. No 30º PO, teve o diagnóstico de infecção por Rhizopus microsporus (mucormicose) e foi submetido a um novo desbridamento cirúrgico radical, anfotericina B tópica, anfotericina lipossomal IV, posaconazol VO e diminuição da imunossupressão. Como medida adjuvante, foi utilizado tratamento em câmara hiperbárica, porém ocorreu convulsão e foi cessado. No 40º PO, ocorreu ruptura da artéria femoral direita e foi submetido a um by-pass da artéria femoral comum para a artéria femoral superficial. Foi utilizado curativo tipo VAC na toracotomia e na virilha como medidas adjuvantes. A infecção na toracotomia e virilha direita foi controlada e enxertada com pele no 84º PO. Na evolução, ocorreram vários episódios de sepse pulmonar e urinária por P. aeruginosa multiresistente. No 104º PO, foi realizada CT e RM dos membros inferiores mostrando alterações no trocanter menor, plateau e metáfise tibial direitas e coleção inguinal direita, que foi drenada. Realizado também aspirado do joelho direito. No 129º PO, o by-pass femoral direito ocluiu. Novo desbridamento foi realizado. **Resultados de cultura** mostraram infecção persistente por R. microsporus, sendo a opção terapêutica a desarticulação, não aceita pelo paciente que faleceu no 145º PO. **Conclusão:** A mucormicose é uma infecção extremamente grave cujo tratamento básico é o amplo desbridamento cirúrgico. Nosso paciente apresentou vários fatores predisponentes para esse tipo de infecção: 1) imunossupressão; 2) quebra da barreira

da pele [toracotomia, Novalung e ECMO]; 3) leucopenia; 4) insuficiência renal.

PO.166 RABDOMIÓLISE PÓS-PNEUMONECTOMIA ESQUERDA POR DECÚBITO LATERAL PROLONGADO: UM DILEMA TERAPÊUTICO

CARLOS HENRIQUE RIBEIRO BOASQUEVISQUE, GUSTAVO LUCAS LOUREIRO, NADJA POLISSENI, LUIZ PAULO LOIVOS, MARCOS VENTURA, ALEXANDRE COSSIA, ELOÁ BRABO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: A rabdomiólise pode ocorrer após esmagamentos e isquemia de grandes grupos musculares. Tem sido descrita em grandes catástrofes como os terremotos, no trauma, após cirurgias da obesidade e cirurgias prolongadas. Seu tratamento consiste na hiper-hidratação e alcalinização da urina com infusão IV de bicarbonato para se evitar a precipitação da mioglobina e CPK nos túbulos renais e a consequente insuficiência renal aguda, o contrário do preconizado no paciente pneumonectomizado, para se evitar o edema pulmonar pós-pneumonectomia. **Objetivos:** 1) Relatar um caso de rabdomiólise em um paciente submetido a uma pneumonectomia esquerda por CA de pulmão; 2) Discutir a abordagem terapêutica nessa situação paradoxal. **Método:** Análise retrospectiva dos registros médicos desse paciente. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 60 anos, 1,75 m, 90 kg, com adenocarcinoma multicêntrico pulmonar esquerdo, foi submetido a uma pneumonectomia esquerda. Essa era a 3ª toracotomia no hemitórax esquerdo. O pulmão encontrava-se aderido em toda sua extensão e uma lise cuidadosa das aderências foi realizada, não sendo necessária transfusão sanguínea. Havia comprometimento limitado da parede torácica pela neoplasia, sem invasão óssea, que foi tratada com ressecção pela "técnica da gaiola de Ribeiro Neto". Por se tratar de pneumonectomia, o anestesista restringiu a reposição volêmica. Observou-se no pré-operatório, hipotensão e acidose metabólica, que foi corrigida com aminas vasoativas em doses baixas e hidratação cuidadosa. O procedimento durou 14 horas e o paciente foi extubado na sala de cirurgia. No pós-operatório imediato, constatou-se edema da face direita, empastamento muscular na parede torácica lateral direita e coxa direita e dor nessas regiões. No 1º PO, constatou-se elevação da CPK (>10.000 UI) e mioglobina (> 4000 UI). A creatinina era de 2 mg%. Foi feito o diagnóstico de rabdomiólise e pelos achados do exame físico descritos acima, atribuiu-se ao decúbito prolongado, com isquemia muscular por compressão das áreas citadas. Apesar da rabdomiólise requerer uma hidratação generosa para se manter uma boa diurese horária e alcalinização da urina para se evitar a precipitação da mioglobina nos túbulos renais, foi adotada uma estratégia para manter a diurese entre 0,5-1ml/kg/h, e a infusão de bicarbonato foi restrita pela metade. Aceitamos o risco da insuficiência renal aguda que poderia ser manuseada com hemodiálise ao edema pulmonar pós-pneumonectomia com sua mortalidade por volta de 80%. A CPK e a mioglobina atingiram picos de 19.000 UI e 9.000 UI, respectivamente, no 3º PO e estas se normalizaram por volta do 7º PO, bem como a função renal, sem necessidade de diálise. Paciente recebeu alta no 28º PO, sem sequelas e foi submetido à radioterapia adjuvante da parede torácica, estando sem evidência de doença 6 meses após. **Conclusões:** 1) A rabdomiólise, nesse caso, ocorreu pelo decúbito prolongado, provavelmente intensificado pela hipovolemia e acidose decorrentes da restrição hídrica

peroperatória; 2) No paciente pneumonectomizado, a hiper-hidratação requerida para o tratamento da rabdomiólise deve ser evitada, pois pode causar o letal edema pulmonar pós-pneumonectomia e, portanto, nessa situação, a hidratação não poderá ser generosa, correndo-se um maior risco de insuficiência renal aguda, que será manuseada com a hemodiálise.

PO.167 ANÁLISE DE VARIANTES GENÉTICAS OGG1 ENTRE OS PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS NO BRASIL

CARLA MARIA SILVA E ALVES; ALYNE FONSECA DE VILHENA; NILSON FIGUEIREDO AMARAL; JULIANA GARCIA CARNEIRO; MARIA APARECIDA BICALHOL; LEONARDO BRAND RODRIGUES; ANDRÉ DE VAL BARRETO; RAFAEL AUGUSTO OLIVEIRA SODRÉ LEAL

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL - HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - REDE FHEMIG, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS - BRASIL

Resumo: Os defeitos de reparo do DNA são cogitados para ser uma das causas do desenvolvimento de câncer. O gene DNA glicosilase 8-oxoguanine 1 (OGG1) é mapeado no cromossomo humano 3. Ele participa da via de reparo por excisão de bases codificando uma enzima de reparo do DNA que remove o hydroxyguanine 8 (8-OHG), um produto que oxidativamente causa danos na dupla-hélice de DNA. Uma variante Ser326Cys é encontrada no gene OGG1, e sua prevalência é maior na Ásia, na população branca. Tem sido demonstrado que a proteína OGG1-326Cys tem uma menor capacidade para prevenir a reparação de danos ao DNA do que OGG1 proteína 326-Ser. Estudos anteriores mostraram uma associação entre o polimorfismo OGG1 Ser326Cys e um aumento do risco de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC), especialmente entre os fumantes. O presente trabalho visa estabelecer uma relação entre a presença de polimorfismo Ser326Cys, tabagismo e a incidência de câncer de pulmão entre os pacientes de uma população brasileira. **Método:** Quarenta e sete pacientes com câncer de pulmão não pequenas células [33 homens e 14 mulheres, média de 61,1 - 9,5 anos (média - SD, escala 35-77) foram selecionados para este estudo. Esses pacientes foram classificados de acordo com o tipo histológico do tumor e do tabagismo. O DNA foi extraído de amostras de tecido tumoral e as reações de PCR cobrindo todo o gene foram feitas. Análises de sequenciamento dos éxons OGG1 foram realizadas para verificar quaisquer alterações ao nível do gene, incluindo polimorfismo Ser326Cys. **Resultados:** A análise do sequenciamento mostrou que 25,5% dos nossos pacientes carregam o alelo polimórfico codificação de uma cisteína na posição 326 da proteína OGG1. A partir disso, 33,3% estão em estado de homozigose. Todos os pacientes que o polimorfismo foi encontrado eram fumantes pesados, com exceção de um. De acordo com o tipo histológico de câncer, 50,0% foram classificados como carcinoma celular escamoso, 41,7% de adenocarcinoma e um caso de carcinoma de células grandes. Curiosamente, um polimorfismo intrônicos IVS4-15C> G foi encontrado apenas nos pacientes com polimorfismo Ser326Cys OGG1. **Conclusão:** O presente estudo mostrou uma prevalência do alelo polimórfico OGG1-326Cys em 25,5% dos pacientes com NSCLC. Essa porcentagem é maior do que a prevalência dessa variante; entre os caucasianos apresentaram em estudos anteriores. A alta porcentagem encontrada em nosso

estudo poderia ser explicada pela grande heterogeneidade da população brasileira. No entanto, precisamos aumentar o número de casos em nosso trabalho para confirmar nossos dados. É também de grande interesse para realizar mais estudos sobre essa via de reparo do DNA.

PO.168 ANÁLISE DOS CASOS DE ESTENOSES TRAQUEAIS E LARINGOTRAQUEAIS EM CRIANÇAS TRATADAS COM DILATAÇÃO POR BRONCOSCOPIA

CARLA MARIA SILVA E ALVES; LEONARDO BRAND RODRIGUES; ANDRÉ DE VAL BARRETO; ÁTILA VICTORIA; LEONARDO ALVES; BRUNO NIGRI RESENDE; THIAGO QUEIROZ; BRENO SCARDINI

HOSPITAL ODILON BEHERENS E FACULDADE DE SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA - FASEH - BELO HORIZONTE - MG - BRASIL

Introdução: Define-se estenose de via aérea como uma lesão estrutural, obstrutiva à passagem do ar, resultante de um estreitamento variável da luz de um segmento da árvore laringotraqueobrônquica, de causa congênita ou adquirida, que pode acarretar ou não manifestações clínicas e com altos índices de morbidade e mortalidade. Há 20 anos, o prognóstico era péssimo por conta da ausência de técnicas seguras e eficazes. Mais recentemente, vimos surgir inúmeras modalidades terapêuticas. Merecem destaques as opções cirúrgicas como: reconstruções laringotraqueais com enxertos cartilaginosos, a traqueoplastia deslizante e ressecção e anastomose término-terminal. Como alternativa à cirurgia ou em complemento, são descritas técnicas endoscópicas de dilatação com balão, ressecção a laser e inserção de stents. Em nossa prática, adotamos a dilatação endoscópica com o próprio broncoscópio rígido para o tratamento e diagnóstico de casos sintomáticos, adquiridos, em crianças menores de dois anos de idade. **Objetivo:** Avaliar os resultados a médio e longo prazos obtidos com o tratamento endoscópico seriado utilizando a dilatação com o próprio broncoscópio rígido, realizado em crianças abaixo de dois anos de idade com estenose laringotraqueobrônquica cicatricial, no Serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital Odilon Behrens no período de 2005 a 2009. **Método:** De janeiro de 2005 a dezembro de 2009, cinquenta e seis (56) crianças foram diagnosticadas como portadoras de estenose laringotraqueobrônquica, sendo submetidas a tratamento pela dilatação por broncoscopia rígida. Foram objeto de estudo as 39 crianças (69,6% do total dos pacientes portadores de estenose) consideradas curadas após a primeira semana de acompanhamento pós-tratamento. **Resultados:** Realizado contato telefônico em fevereiro de 2010, com 31 pacientes (responsável legal deles), representando 79,5% do total da amostra, sendo que 31 (100% do total de pacientes contactados) não apresentam sinais clínicos de reestenose, mostram crescimento e desenvolvimento dentro do esperado para a faixa etária. Um paciente faleceu por doença não relacionada à via aérea durante o período de controle de cura. O tempo de acompanhamento do controle de cura variou de 0 a 48 meses (média de 15,8 meses - DS 13,17). Das 39 crianças tratadas, 18 possuíam traqueostomia (46% dos pacientes considerados curados), sendo que 12 crianças foram decanuladas ao final do tratamento e também não apresentavam alterações. Seis crianças permanecem traqueostomizadas por conta da doença de base ser considerada curada em relação à estenose. **Conclusão:** Broncoscopia com dilatação endoscópica seriada utilizando o próprio broncoscópio rígido como dilatador é

uma abordagem terapêutica possível para casos de estenose laringotraqueobrônquica adquirida e os resultados a médio e longo prazos, em 100% dos pacientes pediátricos contactados, não evidenciaram sinais de recidiva.

PO.169 AMILOIDOSE TRAQUEOBRÔNQUICA

ROBERTO RUBEN PANDO SERRANO; ROBERTO DE MENEZES LYRA; MÁRCIO ROGÉRIO ALCALÁ GOMES; OLANREWAJU MUISI ADEAMOLA LADIPO; LUIZ CARLOS FILGUEIRA LEIRO; LUIZ FRANCISCO MÉDICI *TRABALHO REALIZADO NO HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL, SANTO ANDRÉ (SP) BRASIL*

Introdução: A amiloidose traqueobrônquica é uma das formas raras da amiloidose, que no aparelho respiratório pode se apresentar como forma nodular, parenquimatosa ou pulmonar difusa. **Objetivo:** A conduta e os métodos utilizados para o diagnóstico de patologia respiratória rara, cuja evolução lenta e progressiva, com sinais e sintomas inespecíficos, dificultou o diagnóstico. **Método:** Paciente masculino, 52 anos de idade, com início lento e progressivo de problemas de saúde, com falta de ar e dor do hemitórax esquerdo. Refere diabetes como doença prévia. Tratado sintomaticamente como asma brônquica e internações hospitalares por pneumonia. Consciente, orientado, aparelho cardiovascular sem anormalidades, aparelho respiratório com expansibilidade simétrica, murmúrio vesicular bilateral com sibilos na base pulmonar esquerda. A radiografia de tórax que mostra opacidade retrocardíaca esquerda sugestiva de pneumopatia inflamatória. A tomografia computadorizada do tórax, com velamento no segmento basal posterior do lobo inferior esquerdo. Submetido a três laringotraqueobroncoscopias com visualização de lesão de aspecto neoplásico nodular na mucosa do lobo inferior esquerdo. Sem definição diagnóstica nos exames de lavado broncoalveolar e das biópsias broncoscópicas, foi indicada e realizada a biópsia cirúrgica por toracotomia esquerda. O lobo inferior encontrava-se colabado com sua estrutura brônquica lobar de consistência lenhosa e firme, acompanhando longitudinalmente o trajeto do brônquio fonte até a carina principal. **Resultado:** A biópsia cirúrgica da lesão não elucidou o diagnóstico no exame de congelação, nem no anatomopatológico. Quando, porém, por meio de análise microscópica, o material foi especificamente corado com “vermelho congo”, que resultou positivo para substância amiloide. O paciente continua em tratamento sintomático até a atualidade. **Conclusão:** A amiloidose no aparelho respiratório é uma patologia rara que necessita de análise microscópica, em que o material deve ser especificamente corado com “vermelho congo” de modo a identificar a substância amiloide, que é um depósito extracelular de proteína anormal.

PO.170 CISTO BRONCOGÊNICO EM HEMICÚPULA DIAFRAGMÁTICA ESQUERDA

MANOEL XIMENES NETTO; LÍGIA TÂMARA DE SOUZA SANTOS; EDUARDO N. F. XIMENES; HUMBERTO ALVES OLIVEIRA; ISABELA CONDE WATANABE

TRABALHO DA CLÍNICA DO TÓRAX DO HOSPITAL SANTA LÚCIA E FACULDADE DE MEDICINA DO PLANALTO CENTRAL (FAMEPLAC)

Introdução: Cistos bronco-gênicos representam de 6 a 15% dos tumores mediastinais 1. A grande maioria localiza-se no mediastino visceral e, em alguns casos, no parênquima

pulmonar; casos mais raros na pele, tecido subcutâneo, pericárdio e diafragma 2. O tratamento é pela ressecção completa e, mais modernamente, pela videotoroscopia com excelentes resultados. **Objetivos:** Descrever um caso de cisto broncogênico situado na hem cúpula diafragmática esquerda, tratado pela ressecção por videotoroscopia. **Método:** Paciente M.S.L., 46 anos, funcionária pública, natural de Ponta Grossa. Foi avaliada com dor abdominal alta e no processo de investigação foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdômen que evidenciou hemangioma hepático volumoso localizado no lobo direito do fígado. Foi detectada uma anormalidade na base pulmonar esquerda que, na TC do tórax, evidenciou massa localizada em diafragma esquerdo com características císticas (Figuras 1 e 2). Ao exame físico: PA 120 x 80mmHg, altura 152 cm, peso 71 kg, mucosas coradas, anictérica, acianótica, sem adenomegalias. Na revisão de sistemas ouvidos, nariz e tireoide normais. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, o abdome apresentou-se globoso, com presença de diástase dos músculos retoabdominais adquirida pós a gestação. Sem edema nos membros inferiores. Exames complementares normais. Em 6/8/2010, foi submetida à videotoroscopia com ressecção completa da massa tumoral e alta hospitalar no 3º DPO. Trinta dias depois foi submetida à ressecção do hemangioma hepático com sucesso. **Resultados:** O laudo histopatológico revelou estrutura cística uniloculada medindo 2,5 x 2 cm (Figura 3). A superfície externa se apresentava lobulada, coloração pardacenta. Aos cortes, o conteúdo apresentou aspecto mucoide e superfície interna esbranquiçada e trabeculada. **Microscopia:** lesão cística revestida por epitélio colunar pseudoestratificado ciliado do tipo respiratório, sem atipias (Figura 4). **Conclusões:** Os cistos broncogênicos são encontrados em sua grande maioria na árvore traqueobrônquica e mediastino 2. A localização em diafragma é extremamente rara. A maioria é achado incidental e assintomático, o que dificulta o diagnóstico que é feito após a retirada do tumor e exame histopatológico. Na revisão de literatura encontramos dezoito casos e apenas um descrito no Brasil. A excisão completa do cisto foi pela cirurgia torácica videoassistida, técnica recente e minimamente invasiva. A ressecção por toracosopia é uma técnica geralmente fácil por conta da natureza pouco vascularizada dessas massas.

PO.171 ESOPHAGEAL MUCOCELE: A SERIOUS COMPLICATION OF THE EXCLUDED ESOPHAGUS

MANOEL XIMENES NETTO; MARCOS A. PIAULINO; HUMBERTO A. OLIVEIRA; REINALDO O. SILVA; EDUARDO N. F. XIMENES
CHEST CLINIC HOSPITAL SANTA LÚCIA AND HOSPITAL DE BASE, BRASILIA, DF. MEDICAL STUDENT, PLANALTO CENTRAL SCHOOL OF MEDICINE, BRASILIA, DF

Purpose: Esophageal bypass surgery is frequently performed for benign disease usually following caustic stenosis not amenable to conservative treatment or malignancy (1,2). If the bypassed esophagus is closed at the distal and proximal ends, secretion may accumulate in the native organ, thus converting into a mucocele, a rare complication of this type of procedure. The aim of this study is to describe four cases of this complication and its management. **Methods:** Retrospective review of four cases of mucocele following esophageal reconstruction for benign disease. **Results:** In a 20-year period we reconstructed the esophagus for benign disease in 201 patients. Four patients developed a

mediastinal mass diagnosed as a mucocele (2%). The average age was 42 (range 18-62), all female, except one. The time interval between the primary esophageal reconstruction and development of the mucocele varied between 2 and 17 years. The presenting symptoms consisted of drainage of mucus material either through the mouth (2 cases) or the neck (2 cases). In all cases, but one the blind esophagus was closed at both ends. Chest plate and CT scan, demonstrate a dilated, fluid-filled esophagus without air fluid level. Esophagectomy was performed through a right thoracotomy with great difficulties due to adhesions. No deaths and all patients are doing well, except one that died from lung cancer 3 1/2 year later. **Conclusions:** Esophageal mucocele is a rare complication of esophageal reconstruction that in most cases is asymptomatic and no treatment is needed. When this complication occurs drainage of mucus material either through the mouth or the neck are the main symptoms (3,4). CT scan is diagnostic and the treatment consists in removal of the dilated native organ through a right thoracotomy and great technical difficulties may be encountered during the procedure.

PO.172 ÍNDICE DE PERFUSÃO COMO INDICADOR DO SUCESSO DA SIMPATECTOMIA

EDUARDO N. F. XIMENES; GABRIEL ALVES SIQUEIRA; MANOEL XIMENES NETTO; HUMBERTO ALVES OLIVEIRA; MARCOS AMORIM PIAULINO; FREDERICO A. BERNIZ ARAGÃO

TRABALHO DA CLÍNICA DO TÓRAX DO HOSPITAL SANTA LÚCIA E FACULDADE DE MEDICINA DO PLANALTO CENTRAL, BRASILIA, DF

Introdução: Simpatectomia torácica via endoscópica tem sido usada como tratamento definitivo para hiperidrose focal. Essa técnica permite a visão ampla da cavidade pleural e a operação feita de forma rápida e complicações mínimas. A simpatectomia dos membros superiores se associa ao incremento do fluxo sanguíneo para o lado ipsilateral. Como consequência, deve ocorrer aumento do índice perfusional (IP) intra-operatório que serviria como monitoramento do sucesso da simpatectomia (1). O presente trabalho objetiva demonstrar os resultados em pacientes submetidos à simpatectomia para hiperidrose focal. **Método:** A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (FEPECS). Num período de 6 meses foram operados, pelos autores, 14 paciente com hiperidrose focal com distribuição igual de sexos e a idade entre 16 e 47 anos, média de 23.71. Os pacientes apresentavam a seguinte distribuição: palmar apenas, 4; axilar apenas, 4; palmar e axilar 5 e facial apenas 1. Todos foram operados sob anestesia geral e intubação não seletiva, iniciando pelo lado esquerdo, usando equipamento de 3 mm, iniciando com pequena incisão na região subareolar (câmera) e outra na axila (hook). Para colapsar o pulmão usamos CO2 num fluxo de 1.5 a 2 L/min e pressão máxima de 10 mm Hg. Os pacientes eram posicionados em decúbito dorsal e elevação do dorso até 30 graus. O equipamento para mensuração do índice de perfusão era Prince 100 H (wrist pulse oximeter, PC 68 B, Prince 100 H) posicionado na altura do pulso e o sensor no dedo indicador. As mensurações eram feitas de forma basal e após o procedimento a cada minuto até 5 minutos e ao final. **Resultados:** A técnica usada foi eletrocauterização do simpático no nível da terceira e quarta

costelas para a hiperidrose palmar, quarta e quinta costelas para hiperidrose axilar e nível de C 2 para hiperidrose facial. Após o procedimento, o pulmão era reexpandido pelo cateter nº 10 em selo d'água. Não houve necessidade de drenagem pleural e todos obtiveram alta no mesmo dia. A mensuração do IP nos pacientes com hiperidrose palmar apenas (nível 3-4) foi de 1.675 inicial e final de 4.875, aumento de 291%; na hiperidrose axilar apenas (nível 4-5) inicial de 1,29 e final 6,19, aumento de 479%; palmar/axilar, inicial 1,86, final 8,06, aumento de 432% e facial inicial de 0,8 e final de 2,65, aumento de 331%. Todos os pacientes obtiveram alívio da sintomatologia. **Conclusão:** A simpatectomia se associa quase sempre à diminuição da resistência arterial e consequente aumento do fluxo sanguíneo arterial e que se reflete no aumento da temperatura da pele e do índice perfusional. Uma forma capaz de avaliar o sucesso do procedimento no momento da operação constitui um adjunto importante, tanto na condução do procedimento como permitir o nível adequado de transecção. Outras técnicas demandam equipamento especial e um custo elevado (2). O método descrito é simples, eficiente e de baixo custo.

PO.173 LIPOMA GIGANTE DE PAREDE TORÁCICA

MANOEL XIMENES NETTO; MARCOS AMORIM PIALUNO; HUMBERTO ALVES OLIVEIRA; JOAQUIM E.M.ARAÚJO; REINALDO OLIVEIRA SILVA; FREDERICO AUGUSTO BERNIZ ARAGÃO

TRABALHO DA UNIDADE DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF

Introdução: Os tumores benignos da parede torácica são lesões raras que podem se originar de estruturas ósseas, cartilagem, vasos sanguíneos e gordura. Este último constitui uma raridade e que eventualmente pode atingir grandes proporções (1,2). **Objetivos:** O presente trabalho tem como finalidade descrever tumor de parede torácica de natureza benigna que assumiu grandes proporções, causando deformidade, mas sem envolvimento pleural. **Método:** Uma paciente de 15 anos de idade foi atendida, referindo que desde os 9 anos notou massa na região supra e infraclavicular direita de crescimento progressivo (Figura 1). Uma tentativa de ressecção anterior não obteve sucesso. Uma tomografia computadorizada de tórax evidenciava massa tumoral de grandes proporções, mas sem comprometer a parede torácica (Figura 2). **Resultados:** Foi submetida à ressecção da tumoração por meio de incisão desde a clavícula, que foi seccionada até o cavo axilar, sem abertura da cavidade pleural, deixando um hemovac por dez dias. A massa media 20 x 12 cm, pesava 1.700 kg e o aspecto histológico confirmou tratar-se de lipoma (Figuras 3, 4). Alta hospitalar em 12 dias com a ferida bem cicatrizada e assintomática (5). **Conclusão:** Lipomas gigantes da parede torácica são raros e o tratamento é pela ressecção completa. A definição de gigante é dada em tumores acima de 10 cm em uma dimensão e pesando um mínimo de 1.000 g, conforme critério de Sanchez (3). O crescimento rápido deve levantar a suspeita de transformação maligna, isto é, lipossarcoma (4,5). Descrevemos uma paciente de 15 anos com lipoma gigante da parede torácica, sem envolvimento pleural que foi removido com sucesso.

PO.174 ABSCESSO FRIO TUBERCULOSO - 15 CASOS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

LEIRO, LCF; GOMES, MRA; LADIPO, OMA; SERRANO, RRP; STELMACH, D; MIRANDA, GF; VAIDERGORN, J

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA "DR. SALVADOR MERCÚRIO NETTO" - HOSPITAL HELIÓPOLIS - SÃO PAULO

Resumo: Os autores apresentam 15 casos de abscesso frio tuberculoso em parede torácica, todos os casos já haviam sido abordados para biópsia a qual foi inconclusiva. Todos no pós-operatório imediato ou tardio iniciaram com supuração que variou de secreção clara a purulenta. A idade variou de 17 a 70 anos e tivemos 3 pacientes que, no momento da abordagem da parede, apresentavam lesão axilar e pulmonar. Dos quinze pacientes, dois foram abordados para "limpeza" da lesão e evoluíram com supuração posteriormente. Os 13 pacientes restantes foram abordados por costectomia e esvaziamento linfonodal, evoluíram com parada da supuração e não recidiva dos sintomas após tratamento específico. As culturas das secreções raramente são positivas para tuberculose; exceção feita quando as culturas são processadas com enriquecimento. Os autores sugerem que, nas lesões de parede torácica que cursam sem edemas ou sinais flogísticos, que seja investigado exaustivamente tuberculose, caso for indicada a abordagem cirúrgica que seja feita por costectomia e esvaziamento linfonodal e posteriormente tratado com esquema antituberculoso. Naqueles pacientes, que se suspeita de abscesso frio e que não foram abordados por biópsia ou punções diagnósticas, sugerimos tratar com esquema antituberculoso antes de fazer qualquer procedimento invasivo.

PO.175 CISTO BRÔNQUICO: APRESENTAÇÃO DE 27 CASOS

LEIRO, LCF, GOMES, MRA, LADIPO, OMA, VAIDERGORN, J, SERRANO, RRP, MIRANDA, GF

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA "DR. SALVADOR MERCÚRIO NETTO" HOSPITAL HELIÓPOLIS - SÃO PAULO

Introdução: Cistos brônquicos são anomalias congênitas que se desenvolvem a partir do intestino primitivo. Podem ser mediastinais (65%) e pulmonares (30%), e se desenvolvem próximo à carina primária, brônquio fonte, traqueia, esôfago e pericárdio. Os cistos brônquicos perfazem 10 a 15% dos tumores mediastinais, podem ser simples ou múltiplos e a sintomatologia varia desde assintomático até sinais de compressão ou pneumonias com quadro supurativo. **Método:** Os autores mostram 27 pacientes com cisto brônquico. **Resultado:** Com maior número em homens (17), localizado em 19 casos à direita e o maior número de casos foi tratado na faixa de idade entre 20 e 40 anos, com um caso com idade menor que 10 anos e 1 caso com mais de 60 anos. Desses casos, tivemos 1 intrapulmonar com necessidade de bissegmentectomia apical do inferior e posterior do superior esquerdo e 1 caso de localização para traqueal direito. Vinte e quatro pacientes foram abordados por toracotomia clássica e 3 foram abordados por videotoracoscopia. Todos os pacientes tiveram boa evolução clínica, exceção feita a 2 pacientes que foram reabordados por conta da fistula brônquica e coágulo retido.

PO.176 BRONCOPLASTIAS - ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS

HUMBERTO MALDONADO CAMPOY DOS SANTOS; FÁBIO NISHIDA HASIMOTO; MARCEL MARTINS SANDRINI; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATTA; RENATO DE OLIVEIRA; RODRIGO CAETANO DE SOUZA; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUÍS EDUARDO VILAÇA LEÃO
EQUIPE DE CIRURGIA TORÁCICA DA UNIFESP/EPM

Introdução: As lobectomias pulmonares associadas a broncoplastias têm sido muito utilizadas para preservar lobos saudáveis. Sabe-se também que as taxas de morbimortalidade de pneumonectomias são maiores do que as encontradas nas ressecções lobares. Sendo assim, acredita-se que é válido qualquer esforço para se evitar uma pneumonectomia desnecessariamente e, dessa maneira, garantir uma melhor reserva funcional para esses pacientes. **Objetivo:** Avaliação da evolução clínica dos pacientes submetidos a ressecções pulmonares com o artifício de uma broncoplastia e análise da experiência do nosso serviço de Cirurgia Torácica. **Método:** Análise do banco de dados da disciplina de Cirurgia Torácica da Unifesp/EPM e revisão das descrições cirúrgicas dos pacientes submetidos a qualquer tipo de ressecção pulmonar no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Foram selecionados pacientes operados apenas no Hospital São Paulo e que necessitaram de uma broncoplastia no seu ato operatório. Foram excluídos os pacientes que vieram a falecer na mesma internação da cirurgia. Pesquisamos condições clínicas gerais de saúde no seguimento ambulatorial e levantamos os laudos das últimas broncoscopias realizadas por todos esses pacientes. **Resultados:** Nesse período foram selecionados 13 pacientes submetidos a uma ressecção pulmonar com o artifício de uma broncoplastia. A idade média dos pacientes foi de 46,77 anos e, destes, sete (54%) eram do sexo masculino e seis (46%) do feminino. As ressecções se dividiram em uma (8%) bilobectomia - média e superior direita, oito (61%) lobectomias superiores - sendo 5 à esquerda e 3 à direita - e quatro (31%) lobectomias inferiores - sendo 2 à esquerda e 2 à direita. As etiologias para essas ressecções pulmonares, de acordo com seus diagnósticos anatomopatológicos, foram dez (76%) neoplasias malignas, uma (8%) neoplasia benigna, uma (8%) hiperplasia linfonodal e uma (8%) doença supurativa. Apenas dois desses pacientes perderam seguimento ambulatorial até os dias de hoje, porém todos os demais se encontram assintomáticos do ponto de vista respiratório e ainda mantêm acompanhamento no nosso serviço, mesmo que anualmente. A grande maioria dos pacientes tem o registro de uma broncoscopia no pós-operatório e em dez casos (76%) a anastomose brônquica tem um bom aspecto. Em nenhum caso houve a necessidade de uma re-operação ou nenhuma outra intervenção por complicação da broncoplastia. **Conclusão:** As lobectomias pulmonares com broncoplastias realizadas neste estudo nos mostraram bons resultados. A maioria das ressecções pulmonares é por conta das neoplasias malignas e mesmo com ressecções pulmonares menores foi possível obter boas taxas de sobrevida. Assim, fica evidente que todo esforço para se preservar um parênquima pulmonar sadio é válido, tanto no pós-operatório recente como no acompanhamento a longo prazo.

PO.177 TRAUMA LARINGOTRAQUEAL - SÉRIE DE CASOS

JULIANA BENTO DA CUNHA; LARISSA CORREIA ALVES DA SILVA; MIRNA CAVALCANTE GURJÃO; PRISCILA NOBRE DANTAS; HENRIQUE JOSÉ DA MOTA

DISCIPLINA DE MEDICINA DE URGÊNCIA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTEGRADA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFRN - HOSPITAL WALFREDO GURGEL - SESAP, RN

Introdução: As lesões laringotraqueais pós-trauma cervical são relativamente raras, entretanto podem ocasionar significativa morbidade e mortalidade quando não adequadamente reconhecidas e conduzidas, sendo o seu diagnóstico frequentemente subestimado e o tratamento retardado. Quando do atendimento inicial, a prioridade é assegurar uma via aérea definitiva a qual poderá ser obtida por meio de intubação orotraqueal convencional, com o auxílio de broncoscopia ou eventualmente por traqueostomia de urgência. **Objetivo:** Relatar uma série de casos de lesão laringotraqueal traumática atendidos pelo autor principal (HJM) em Hospital Geral de Emergências em Natal, RN, em um período de dez anos. **Método:** Consulta em base de dados do autor principal (HJM) seguido de revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes atendidos no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Natal, RN, encaminhados ao referido autor com trauma diagnóstico suspeito ou confirmado de lesão de vias aéreas superiores atendidos entre março de 2000 e agosto de 2010. Foram analisados sexo, idade, mecanismo do trauma, lesões associadas, métodos propedêuticos, procedimentos terapêuticos e complicações. **Resultados:** Série de 12 casos de trauma cervical com lesão laringotraqueal traumática. Onze (92%) do sexo masculino e um (8%) feminino; a idade variou de 10 a 67 anos (média: 29 ± 16); nove (75%) sofreram trauma contuso e três (25%) ferimentos penetrante. A via aérea foi garantida com intubação orotraqueal em 6 pacientes (58,3%), traqueostomia em 4 (33,3%) e laringotraqueostomia pela separação laringotraqueal em 1 (8,3%). A avaliação propedêutica foi realizada com broncoscopia rígida em 8 casos; broncoscopia flexível em 3; esofagoscopia rígida em 1, e laringoscopia direta em 1. Disjunção laringotraqueal completa foi encontrada em 4 pacientes; separação subtotal em 3; lacerações da mucosa em 2; um acompanhado de laceração de parede posterior da faringe e outro de fratura de C2; fratura das cartilagens cricoide e tireoide acompanhado de lesão das cordas vocais em 1; hematoma subglótico em 1. Foi realizada laringotraqueoplastia com traqueostomia em oito pacientes, um deles sendo submetido posteriormente à colocação de tubo T; o paciente com hematoma subglótico foi tratado conservadoramente com sucesso; em um dos casos, foi feita laringofissura com fixação de cartilagens e colocação de tubo T e em outro traqueostomia e colocação de tubo T. Como complicações, houve 2 casos de abscesso cervical e 2 de fistula traqueocutânea persistente, e uma ocorrência de obstrução do tubo T. Não houve óbitos decorrentes do trauma. Todos os pacientes foram decanulados; entretanto, uma paciente evoluiu com paralisia bilateral de cordas vocais, requereu refazer traqueostomia; os demais tiveram a função das cordas vocais aparentemente recuperadas; no entanto com voz audível, mas rouca. **Conclusões:** O número de casos de lesão laringotraqueal traumática em nosso hospital foi semelhante ao encontrado na literatura. Sabe-se que esse tipo de lesão é de alta morbidade; entretanto, o

diagnóstico precoce e o tratamento adequado evitaram os óbitos e minimizaram as complicações.

PO.178 RABDOMIOSSARCOMA PRIMÁRIO DE PULMÃO EM CRIANÇA – RELATO DE CASO – ÁREA: CANCEROLOGIA

GABRIELA CERQUEIRA CALDAS PINTO; ROMILTON VIANA MACHADO; SÉRGIO TADEU L. F. PEREIRA; IURY ANDRADE MELO
HOSPITAL DA CRIANÇA MARTAGÃO GESTEIRA – SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA, BA

Introdução: O rabdomiossarcoma é o sarcoma mais comum na infância e adolescência, porém é um tumor raro, representando cerca de 3 a 4% das neoplasias nessa faixa etária. Tem pequena predominância em homens, afro-descendentes e mais comum entre os 15 e 19 anos. A sua localização pulmonar é ainda mais rara, sendo mais comumente encontrado como implantes secundários. No pulmão, são caracterizados por heterogeneidade histológica e seu diagnóstico é difícil, às vezes requerendo ressecção ampla da lesão. Os casos de doença primária de pulmão se resumem a relatos de casos. **Objetivo:** Apresentar o caso de uma criança com apresentação atípica de um sarcoma pulmonar. **Descrição:** Paciente L.V.J.S., 5 anos, natural e procedente de Itabuna, BA, com relato de pneumotórax espontâneo à direita recorrente havia um ano, já tendo sido submetida a duas toracotomias com drenagem fechada. Em março de 2010, apresentou novo episódio, sendo novamente drenada, porém com expansibilidade pulmonar incompleta, sendo então transferida para o serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Martagão Gesteira – Salvador, BA. Por conta do encarceramento pulmonar, foi realizada toracotomia exploradora (em maio de 2010), que evidenciou presença de fibrina pleural com encarceramento pulmonar, sendo realizado decorticação, com ótimo aspecto e expansibilidade pulmonar intra-operatória. Recebeu alta em boas condições clínicas e com RX normal. Em outubro de 2010, retornou para consulta ambulatorial com queixa de dispneia havia perto de 20 dias, 1 pico febril (38) e abaulamento de hemitórax direito, tendo realizado tomografia de tórax com imagem de opacificação homogênea de todo hemitórax sugestiva de derrame pleural. Submetida à toracocentese, diagnóstica sem retorno satisfatório de líquido, sendo indicada intervenção cirúrgica por suspeita de empiema pleural. Durante procedimento, entretanto, foi encontrada uma volumosa tumoração de aspecto sarcomatoso proveniente e que destruía o lobo inferior direito, com diversos nódulos e implantes em demais lobos, pleural parietal e diafragma. Retirado material para exame, tendo posteriormente a anatomia patológica evidenciando neoplasia maligna, contida por células redondas e com frequentes mitoses compartimentalizadas por septos conjuntivos espessos sugestivos de sarcoma primário de pulmão, com imuno-histoquímica posteriormente confirmando diagnóstico de rabdomiossarcoma. Estadiamento posterior demonstrou ausência de doença extratorácica, sendo atribuído ao pulmão como sítio de origem e iniciado quimioterapia adjuvante, com aparente resposta clínica e radiológica inicial. **Conclusão:** Os sarcomas primários de pulmão são entidades raras, sendo ainda mais incomum o rabdomiossarcoma primário

pulmonar. Nossa paciente desenvolveu uma apresentação incomum, com manifestação inicial por pneumotórax de repetição, seguido de um crescimento rápido e agressivo da tumoração previamente indetectável. Até onde conhecemos, não há relato de rabdomiossarcoma com crescimento rápido e manifestação inicial por pneumotórax.

PO.179 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA BILATERAL EM CRIANÇA – RELATO DE CASO – ÁREA: DOENÇAS CONGÊNITAS

GABRIELA CERQUEIRA CALDAS PINTO; ROMILTON VIANA MACHADO; SÉRGIO TADEU L. F. PEREIRA; IURY ANDRADE MELO
HOSPITAL DA CRIANÇA MARTAGÃO GESTEIRA – SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA, BA

Introdução: As hérnias diafragmáticas congênitas (HDC) ocorrem em um a cada 2.000 nascimentos e correspondem a 8% de todas as anormalidades congênitas. Entretanto, hérnia diafragmática bilateral corresponde a tão somente 1% de todos os tipos de HDC e são geralmente fatais pelas comorbidades associadas, principalmente agenesia pulmonar. Anomalias associadas a outras tais, como cardiovasculares, onfalocelo e síndrome de Down são comuns, estando presente em até 50% dos casos; e diferentemente dos pacientes adultos, hérnias diafragmáticas em crianças geralmente são associadas com sintomas respiratórios. Os pacientes que sobrevivem são identificados apenas em relatos de casos, assim como no caso que apresentamos. **Objetivo:** Apresentar o caso de uma criança com diagnóstico tardio de hérnia diafragmática de Morgagni, bilateral sem agenesia pulmonar, associada e com apresentação clínica sequencial. **Relato de Caso:** Paciente N.A.S., masculino, 2 anos e 4 meses, com história de internamento prévio por conta de quadro pneumônico, sendo identificada em investigação radiológica a presença de hérnia diafragmática à direita, anterior (hérnia de Morgagni). Não apresentava mais nenhum sintoma respiratório associado ou limitação às suas atividades habituais. Tomografia confirmou hérnia diafragmática anterior com conteúdo abdominal à direita. Submetido à correção cirúrgica por toracotomia lateral direita e reparo primário, com resultado imediato satisfatório e RX normal no momento da alta hospitalar, no 4º dia pós-operatório. Retornou em ambulatório 28 dias após a cirurgia, com queixa de tosse havia 3 dias, sem outros sintomas e sem maiores achados clínicos; sendo realizado RX de tórax que evidenciou presença de hérnia diafragmática anterior esquerda com conteúdo de alças intestinais, sendo submetido então a reparo primário por toracotomia de hérnia diafragmática anterior à esquerda. **Resultado:** As hérnias diafragmáticas congênitas são incomuns e sua ocorrência bilateral ainda mais rara. Esse paciente apresentava uma hérnia diafragmática bilateral, mas sem evidências no intra-operatório de extensão do anel contralateral (uma vez que ambos foram identificados e individualizados, sem comunicação aparente entre eles), vinda a manifestação clínica e radiológica aparecer posteriormente somente após a correção do primeiro lado, provavelmente por aumento de pressão e conteúdo abdominal no pós-operatório. Esse caso reforça a necessidade de rotina de tentar avaliar sempre

o diafragma contralateral para afastar bilateralidade do processo.

PO.180 INSTILAÇÃO DE MARCAÍNA INTRAPLEURAL EM SIMPATECTOMIA INTRATORÁCICA MELHORA A ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA?

FERNANDO LUIZ WESTPHAL; LUIZ CARLOS LIMA; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO; RILDO GOMES; DANIELE C. WESTPHAL; PRISCILLA RODRIGUES CERQUEIRA; MÁRCIA SILVA SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

Introdução: A simpatectomia videotoracoscópica constitui hoje, no tratamento cirúrgico para a hiperidrose facial, palmar e axilar, com um alto grau de satisfação pós-operatório. Apesar de ser amplamente utilizada para esse fim em vários serviços de cirurgia torácica, é passível de complicações pós-operatórias que incluem a sudorese compensatória, pneumotórax residual, hemotórax, recidiva dos sintomas e dor. Apesar das inúmeras técnicas utilizadas na anestesia para esse procedimento, ainda não se chegou a um consenso sobre a técnica ideal que diminua a dor no pós-operatório. **Objetivos:** Comparar a efetividade entre a analgesia sistêmica com tramadol, tilatil e dipirona, e a analgesia sistêmica com tramadol, tilatil e dipirona associado à instilação de marcaína intrapleural pós-simpatectomia, avaliar a morbidade respiratória pós-operatória. Estimar o escore de dor pré e pós-operatória, contabilizar os dias de internação hospitalar pós-operatório e avaliar a necessidade de terapia analgésica oral adjuvante com Aines e morfina. **Método:** Trata-se de um ensaio clínico prospectivo, randomizado, duplo-cego, comparando as técnicas de analgesia sistêmica com tramadol, dipirona e tilatil, com o uso de tramadol, dipirona e tilatil acrescido de instilação de marcaína intrapleural no pós-operatório de simpatectomia no período de 1º de agosto de 2007 a 31 de julho de 2008. Estão no estudo pacientes submetidos à simpatectomia por conta da hiperidrose pelo serviço de Cirurgia Torácica do HUGV da Ufam (HUGV/Ufam) e do Hospital Beneficente Portuguesa do Amazonas no período de 1º/8/2007 a 31/7/2008. **Resultados:** A escala visual numérica de dor (EVD), aplicada na recuperação pós-anestésica (RPA) com duas horas de pós-operatório, variou de 1 a 10 com média de $5,15 \pm 2,6$ para os pacientes do grupo 1, variando de zero a 8, com média de $4,6 \pm 2,59$ para os pacientes do grupo 2, não havendo diferença entre os dois grupos ($p=0,659$). A mesma avaliação feita na enfermaria, com 24 horas de pós-operatório, variou de 1 a 7 com média de $3,2 \pm 2$ para os pacientes do grupo 1 e para os pacientes do grupo 2 variou de zero a 6 com média de $2,0 \pm 1,6$, não havendo diferença entre os grupos ($p=0,114$). **Conclusão:** O fato de não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o grupo em estudo e o grupo controle pode-se dever ao fato de o número reduzido de pacientes alocados no estudo, uma vez que foi observada uma tendência a melhores parâmetros pós-operatórios na EVD e no PFE no grupo 2, quando comparado com o grupo 1, necessitando, portanto, de uma amostra maior para visualizarmos se realmente o uso de anestésico intrapleural traz um benefício real no controle da dor no pós-operatório de simpatectomias por videotoracoscopia.

PO.181 CISTO BRONCOGÊNICO TRATADO POR CATETER DE PIG TAIL ORIENTADO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

FERNANDO LUIZ WESTPHAL; LUIZ CARLOS LIMA; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO; DANIELE C. WESTPHAL; PRISCILLA RODRIGUES CERQUEIRA; MÁRCIA SILVA SANTOS, CRISTIANE PAULAIN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

Introdução: Os procedimentos cirúrgicos seguem uma tendência em se tornarem minimamente invasivos, sendo cada vez mais frequente a diminuição das cirurgias convencionais para o tratamento de diversas doenças que acometem os órgãos dentro da cavidade torácica. A introdução de cateteres finos como sistema de drenagem, substituindo os drenos torácicos calibrosos, é uma realidade cada vez mais utilizada na prática diária do cirurgião torácico. **Objetivo:** Relatar caso de um paciente com cisto bronco gênico tratado com cateter de Pig Tail, orientado por tomografia computadorizada de tórax (TAC). **Relato de Caso:** Paciente masculino, 28 anos, foi admitido no serviço de Cirurgia Torácica com pneumonia lobar, no pulmão esquerdo, associado a extenso derrame pleural. Iniciou tratamento antibiótico e toracocentese diagnóstica e evoluiu bem, com redução do quadro infeccioso e diminuição do comprometimento pleural. Entretanto, uma coleção pleural, na região inferior do hemitórax esquerdo, justa diafragmática, manteve-se ao longo dos meses seguintes, a despeito da melhora clínica. Após 7 meses do episódio de pneumonia, foi realizada a introdução de um cateter de Pig Tail guiado pela TAC com boa resolução do quadro e expansão pulmonar completa. Durante o período de observação, não houve recidiva do cisto. **Conclusão:** A evolução da cirurgia nas últimas décadas determinou a procura de procedimentos menos invasivos para o tratamento cirúrgico, por intermédio de cirurgias videotoracoscópicas e pelo aumento do número de procedimentos realizados.

PO.182 DESPIGMENTAÇÃO DA PELE PÓS-SIMPATECTOMIA – RELATO DE CINCO CASOS

FERNANDO LUIZ WESTPHAL; LUIZ CARLOS LIMA; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO; DANIELE C. WESTPHAL; PRISCILLA RODRIGUES CERQUEIRA; MÁRCIA SILVA SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

DESCRIPTORIOS: HIPERIDROSE; SIMPATECTOMIA; DISCROMIA.

Introdução: A hiperidrose primária é um distúrbio idiopático, caracterizado pela sudorese excessiva e incontrolável em determinadas regiões do corpo. Sua incidência varia de 0,3 a 4,5%. O manejo clínico é difícil e nem sempre eficaz. O tratamento definitivo é obtido cirurgicamente por meio da simpatectomia torácica por videotoracoscopia. Apesar da grande eficácia e baixa morbidade, a técnica não está isenta de complicações e a sudorese compensatória é o principal inconveniente descrito. **Objetivo:** Descrever cinco casos de discromia localizada em região superior do tórax em pacientes submetidos à simpatectomia torácica por videotoracoscopia para tratamento de hiperidrose. **Relato de Casos:** Os pacientes, todos do sexo masculino com idade média de 30,8 anos, foram submetidos à simpatectomia torácica, quatro por clipagem em T3 e T4 para tratamento de hiperidrose palmar e axilar, e um paciente por ablação de T2, T3 e T4 para tratamento de hiperidrose craniofacial, axilar e palmar. A evolução pós-operatória foi excelente com regressão dos sintomas de hiperidrose nos cinco casos,

porém com hiperidrose compensatório intenso. Entretanto, após cerca de oito meses os pacientes perceberam uma despigmentação da região correspondente à área de anidrose, seguindo a linha do dermatomo correspondente ao bloqueio do estímulo simpático, em toda circunferência do terço superior do tronco. A região adjacente com inervação simpática preservada não apresentou nenhuma alteração de cor. Atualmente, a discromia encontra-se bem evidente, com piora após exposição solar. Relatam que essa alteração determina um novo constrangimento, pois evitam ficar expostos sem roupa na presença de outras pessoas. **Conclusão:** Essa alteração foi detectada em cinco pacientes de cor parda. Esse fato poderia ser explicado por duas hipóteses: a origem embrionária em comum do melanócito e do sistema nervoso, pois ambos se originam de células da crista neural, ou pela possível presença de contato direto entre terminações nervosas cutâneas e melanócitos epidérmicos, por um mecanismo semelhante à sinapse nervosa. Ambas as situações tornam possível que o estímulo à produção da melanina seja influenciado pela interrupção do estímulo nervoso. Assim, o bloqueio na transmissão do estímulo nervoso simpático poderia alterar a produção local de melanina.

PO.183 CORREÇÃO DE FÍSTULA ESOFÁGICA COM TUBO DE MONTGOMERY

FERNANDO LUIZ WESTPHAL; LUIZ CARLOS LIMA; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO; INGRID QUEIROZ LIMA; DANIELE C. WESTPHAL; PRISCILLA RODRIGUES CERQUEIRA; MÁRCIA SILVA SANTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

Introdução: A correção das fístulas consequentes a anastomoses esofagogástricas cervicais é um desafio para o cirurgião, visto que o enxerto pode ser inutilizado no caso de uma estenose após a deiscência da sutura. Em fístulas de alto débito, a utilização do tubo de Montgomery é uma opção para o seu manejo para evitar esse desfecho. **Objetivos:** Relatar um caso no qual foi utilizado com sucesso o tubo de Montgomery na deiscência de anastomose esofagogástrica com a finalidade de reconstruir o trânsito intestinal. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 39 anos. Procurou este serviço com a queixa principal de perfuração esofágica. Paciente portador de fenda palatina ingeriu durante refeição um pedaço de osso de galinha que perfurou o esôfago torácico e induziu a um quadro de mediastinite. O tratamento instituído foi toracotomia com desbridamento da cavidade pleural e descompressão do mediastino e pericárdio, que apresentava secreção purulenta. Associado àquela, foi submetido à esofagostomia cervical com cerclagem do esôfago superior e abdominal, além da gastrostomia para alimentação. Após cerca de 6 meses, foi submetido à reconstrução do trânsito alimentar pela técnica de Graviu retrogrado. No pós-operatório, apresentou deiscência total da parede anterior da anastomose esofagogástrica com uma fístula de alto débito, que foi tratada com a colocação do tubo de Montgomery. Após 15 meses, o tubo foi retirado e a esofagoscopia revelou bom trânsito alimentar pelo local da anastomose. **Conclusão:** Um dos grandes problemas encontrados na cirurgia de reconstrução do trânsito esofágico é a deiscência da anastomose que pode determinar a perda permanente do enxerto. Nesse caso, o tubo de Montgomery permitiu a conexão entre as duas extremidades - estômago e esôfago sem o desenvolvimento de estenose.

PO.184 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RECIDIVA DA HIPERIDROSE POR RE-SIMPATECTOMIA

FERNANDO LUIZ WESTPHAL; LUIZ CARLOS LIMA; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO; INGRID QUEIROZ LIMA; DANIELE C. WESTPHAL; PRISCILLA RODRIGUES CERQUEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

Introdução: A simpatectomia videotoracoscópica constitui hoje no tratamento cirúrgico para a hiperidrose facial, palmar e axilar, com um alto grau de satisfação pós-operatório. Apesar de ser amplamente utilizada para esse fim em vários serviços de cirurgia torácica, é passível de complicações pós-operatórias que incluem a sudorese compensatória, pneumotórax residual, hemotórax, dor e recidiva dos sintomas. A recidiva da sudorese é uma complicação mais rara, com relatos de acometer até 6% dos pacientes submetidos à cirurgia. **Objetivos:** Relatar quatro casos de pacientes submetidos a re-simpatectomia pela recidiva da hiperidrose após tratamento cirúrgico. **Método:** Estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários de 393 pacientes submetidos à simpatectomia bilateral por videotoracoscopia, sendo cinco casos de re-simpatectomia no Hospital Universitário Getúlio Vargas e Sociedade Beneficente Portuguesa, no período de março de 2001 a dezembro de 2010, na cidade de Manaus. **Resultados:** Foram analisados 393 pacientes, com média de idade de 26 anos, e 78% do sexo feminino. Em 5 casos, após a recidiva da hiperidrose, os pacientes foram submetidos à re-simpatectomia. Em todos os casos, após a primeira cirurgia, houve melhora da hiperidrose. Apresentaram recidiva dos sintomas em média após 4,6 meses. Todos tiveram a recidiva da hiperidrose na axila, sendo que um caso foi bilateral. Em um caso, além de hiperidrose axilar, o paciente teve hiperidrose palmar. Três pacientes foram submetidos à re-simpatectomia bilateral e dois à unilateral; em 3 casos os pacientes apresentavam aderências pleurais, em dois casos a cadeia simpática se apresentava ressecada parcialmente em nível de T3, sendo realizado a clipagem dessa cadeia; em um caso não se verificou a causa da recidiva sendo realizada então a simpaticotomia por ablação em nível de T2 e T5. Nos dois últimos casos, foi encontrada cadeia acessória e não foi encontrado aderências durante a cirurgia. Em dois casos, as pacientes foram submetidas à drenagem pleural, por fuga aérea, sendo que em ambos os drenos foram retirados no 2º dia de pós-operatório. **Conclusão:** A recidiva da hiperidrose se apresenta geralmente de 3 a 6 meses após a primeira cirurgia e na maioria dos casos se deve a uma cadeia simpática parcialmente íntegra. A re-simpatectomia deve ser indicada nesses casos, sendo que esta apresenta um maior número de complicações por conta das aderências pleuropulmonares, levando a um maior tempo de internação comparado à primeira cirurgia e em nossos casos uma sudorese compensatória mais intensa, observada em todos os pacientes.

PO.185 HIPERDISTENSÃO DE BOLHA PULMONAR DURANTE VIAGEM AÉREA – RELATO DE CASO

FERNANDO LUIZ WESTPHAL; LUIZ CARLOS LIMA; JOSÉ CORRÊA LIMA NETTO; INGRID QUEIROZ LIMA; DANIELE C. WESTPHAL; PRISCILLA RODRIGUES CERQUEIRA; MÁRCIA SILVA SANTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Objetivos: Relatar caso de um paciente que apresentou hiperdistensão de bolha pulmonar durante viagem aérea. **Relato de Caso:** Homem, 62 anos, apresentou dispnéia

intensa e dor torácica durante viagem aérea, sendo necessário pouso de emergência. Deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor torácica de forte intensidade, de início súbito acompanhado de dispnéia em repouso. Eletrocardiograma e dosagem de enzimas realizada imediatamente após sua chegada no pronto-socorro. A tomografia computadorizada de tórax revelou área de hipotransparência arredondada, com fina camada líquida em seu interior ocupando todo segmento anterior do lobo superior esquerdo, medindo 12,2 x 9,0 cm. Vascularização do parênquima pulmonar normal. Ausência de linfadenectomia ou derrame pleural. Vasos mediastinais e hilares de aspecto e calibres normais. Foi submetida à toracotomia esquerda, com intubação seletiva. Foi encontrada bolha pulmonar localizada em lobo superior esquerdo, ocupando toda a face mediastinal do pulmão. Foram realizadas ressecção e sutura com grampeador linear de toda área acometida e pleurodese abrasiva. Evoluiu sem complicações no pós-operatório, sendo retirado o dreno no 5º DPO. O RX de tórax de controle mostrou pulmão expandido com área de hipotransparência em terço médio do pulmão que foi atribuído a edema e hematoma no local da sutura. O exame histopatológico da peça cirúrgica foi compatível com transformação adenomatosa cística. Recebeu alta hospitalar no 11º dia de pós-operatório em bom estado geral sendo orientado a manter fisioterapia respiratória e controle médico adequado.

PO.186 RESSECÇÃO DE METÁSTASES PULMONARES DE CARCINOMA COLORRETAL – RESULTADOS DE 42 CASOS OPERADOS

FÁBIO JOSÉ HADDAD; JEFFERSON LUIZ GROSS; MARCUS V. B. BARANAUSKAS

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL A. C. CAMARGO

Introdução: A ressecção de metástases pulmonares é um tratamento bem estabelecido com intenção curativa para pacientes selecionados. Entre os carcinomas metastáticos para os pulmões, aquele com maior número de pacientes que preenchem os critérios de seleção e com melhores resultados na literatura está o carcinoma de origem colorretal. **Objetivo:** Objetivamos apresentar nossos resultados de sobrevida dos pacientes operados em nosso serviço para ressecção de metástases pulmonares de origem colorretal, com análise subsequente de fatores prognósticos para sobrevida desses pacientes. **Método:** Trata-se de trabalho retrospectivo, com dados obtidos por levantamento de prontuários dos pacientes operados em nosso serviço entre 1991 e 2004. Foram coletados dados demográficos dos pacientes, dados do tratamento do tumor primário e dados da cirurgia de ressecção de metástases pulmonares. A análise univariada dos fatores prognósticos e a análise de sobrevida foram obtidas pelo método de Kaplan-Meier e a comparação das curvas foi feita pelo teste de Log Rank. **Resultados:** Um total de 42 pacientes, com idade mediana de 62 anos, foi submetido à ressecção completa de metástases pulmonares provenientes de carcinomas colorretais. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (n=30). Trinta pacientes tinham três metástases pulmonares ou menos. Em 30 pacientes, o maior diâmetro das metástases era de três centímetros. A sobrevida global dos pacientes foi de 43% em cinco anos. Na análise univariada, o intervalo livre de doença maior que três anos e a unilateralidade das metástases foram

os únicos fatores que tenderam a ter significado estatístico positivo no prognóstico dos pacientes (p=0,07 e p=0,05, respectivamente). **Conclusão:** A ressecção de metástases pulmonares originárias de carcinoma colorretal oferece chances de sobrevida de cinco anos a 43% dos pacientes submetidos à excisão completa. Em nosso estudo, não houve fatores prognósticos significativos para a sobrevida global, talvez pelo baixo número de pacientes analisados. O intervalo livre de doença maior que três anos e a unilateralidade foram fatores que tenderam a ter significado estatístico positivo na sobrevida global dos pacientes.

PO.187 DESCRIÇÃO DE CORDOMA MEDIASINAL

JAIRO VAIDERGORN; LUÍS CARLOS F. LEIRO; ANA CRISTINA M. MENCARINI

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA E PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS, SP

Introdução: Cordomas são tumores malignos de crescimento lento, que se formam como remanescentes da notocorda descrito inicialmente por Virchow, em 1857, com o nome de *Ecchordosis phisaliphora*. Em 1894, Ribbert descreveu a origem do tumor nos remanescentes da notocorda primitiva. Um terço se forma na base do crânio (clivus), podendo também se formar na região lombossacral. Cerca de 50% localiza-se na região sacral e constitui a neoplasia primária mais comum dessa região. É cerca de duas vezes mais frequente no sexo masculino e ocorre predominantemente da 5ª à 7ª décadas de vida, apresentando crescimento lento com baixo poder metastatizante. Todos são encontrados na linha média. Os tumores de clivus envolvem a sela túrcica, com destruição da hipófise, seios cavernosos e esfenoidais. Na coluna, as regiões cervical, torácica, lombar e sacral são afetadas nas proporções de 5:1:1:20. Os tumores são extradurais, só excepcionalmente intradurais sendo destrutivos do osso, irregulares, lobulados, frequentemente com calcificações e impregnam-se por contraste. Na ressonância, são isso ou hipointensos em T1 e hiperintensos em T2, indicando alto grau de hidratação. **Objetivo:** Mostrar um caso de tumor de mediastino, raro na literatura, seu tratamento e evolução. **Método:** Paciente masculino, de 54 anos, natural de São Paulo, procedente de Carapicuíba, branco e operador de empilhadeira. Referia dor retroesternal de forte intensidade, contínua, sem irradiação, associada à dispnéia ao repouso em decúbito dorsal horizontal havia seis meses. Ocorreu início da dispnéia havia três meses na posição ortostática, com tosse seca e eupneico sentado. A ausculta cardíaca era normal. Os murmúrios vesiculares eram presentes bilateralmente e ↓ em 2/3 inferiores do hemitórax direito. Havia boa expansibilidade torácica e som claro pulmonar à percussão. Os exames de imagem mostravam um grande alargamento mediastinal anterior e posterior, envolvendo esôfago, aorta descendente e infiltrando a 8ª vértebra torácica. O paciente foi submetido à toracotomia anteroposterior direita, com intubação orotraqueal seletiva para ressecção completa do tumor, retirada do corpo vertebral e substituição por bloco metálico. Houve a descompressão traqueal e esofágica que permitiram o fim dos sintomas. Após dois meses, foi submetido à quimioterapia que manteve o paciente assintomático, sem lesões por seis meses. Em nova tomografia de tórax, notou-se a recidiva da doença bilateralmente quando foi submetido a novo esquema quimioterápico empírico. O exame de anatomia patológica revelou ser um cordoma

com peso de 1.100 mg, era lobulado, opaco, firme-elástico. Resultados de imuno-histoquímica: Proteína s100 sigma +, AE1/AE3 -, DAKO +, EMA (Antígeno epitelial de membrana) - NOVOCASTRA +, Vimetina +, CD 10 Neomarkers + focalmente, 35bh11 citoqueratina de baixo peso +, HBME +, Citoqueratina de alto peso - e CA 19-9 -. Conclusão: Na vida embrionária precoce, a notocorda é uma coluna de células que se encontra, no embrião, em seu eixo longo entre o tubo neural e o intestino primitivo, tipicamente na linha média. Durante a quinta semana de vida intrauterina, o mesênquima se condensa ao redor da extremidade cefálica da notocorda, para formar os platôs paracordal e precordal do condrocânio. A continuada multiplicação das células da notocorda resulta em um número de cordões que penetram na base do crânio em diferentes direções e que podem ramificar-se para a nasofaringe e espaços parafaríngeos.

PO.188 OSTEOCONDROMATOSE MÚLTIPLA HEREDITÁRIA (OMH)

LEIRO, LCF; VAIDERGORN, J; GOMES, MRA; LADIPO, OMA
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA "DR. SALVADOR MERCÚRIO NETTO" - HOSPITAL HELIÓPOLIS - SÃO PAULO

Introdução: A osteocondromatose múltipla hereditária ou exostose múltipla ósteo-cartilaginosa é uma lesão que gera protusões por ossificações da capa de cartilagem em áreas de crescimento metafisário de ossos longos e de distribuição simétrica. A transmissão é por herança autossômica dominante com penetrância completa e expressividade variável. Tem incidência de 0,9 a 1,4 em cem mil habitantes. O crescimento das exostoses acompanha o crescimento do indivíduo cessando com a fusão das epífises ósseas. Pode existir dor pleurítica, persistente pela irritação e compressão neural intercostal, assim como há casos de hemo ou pneumotórax pelas espículas e trauma direto ou pelas fraturas dos arcos costais, conforme Caetano (2008). **Objetivo:** Descrever um caso isolado de lesões múltiplas no arcabouço torácico, sua abordagem inicial e tratamento. **Método:** Paciente de 5 anos, masculino, branco, natural de São Paulo, referia dispnéia aos grandes esforços físicos havia dois meses. Na avaliação estática, foram notados dois abaulamentos na 5ª e 6ª costelas direitas lateralmente que eram firmes à palpação. A ausculta pulmonar era simétrica. Ao raio-x de tórax, havia áreas de opacidade nas referidas costelas, assim como em 10ª costela esquerda. As imagens repetiram-se na tomografia de tórax. O paciente foi submetido à ressecção dos fragmentos desses arcos costais sob anestesia geral. Evoluiu sem intercorrências até a alta hospitalar. O diagnóstico foi de exostose múltipla. Após 2 meses da cirurgia, com novo controle radiológico, notou-se o surgimento de outra lesão em 2º arco costal direito. A conduta foi expectante por conta de o paciente estar assintomático com o diagnóstico definido. Após o 5º mês de pós-operatório, o paciente continuou assintomático, sem outras lesões. **Discussão:** O paciente era do gênero masculino, concordando com a maioria, pela forma de transmissão da doença e teve sua neoformação reconhecida, como ocorre em 75% dos casos citados. A OMH também ocorre em cães de grande porte e em cavalos (Kleiner, 2010). A doença também pode aparecer em joelho, antebraço e tornozelo. A malignização pode ocorrer para o condrossarcoma lentamente após os 20 anos de idade, fato que orientou a conduta expectante após o surgimento da terceira lesão. A presença de lesões em arcos costais ocorre em até 40%

dos pacientes, corroborando com o caso acima. **Conclusão:** Deve-se saber a origem das lesões ósseas, seguir o paciente com controle radiológico e evitar grandes ressecções ósseas desnecessárias.

PO.189 TIMOMA ECTÓPICO ASSOCIADO À MIASTENIA GRAVIS

VAIDERGORN, J; LEIRO, LCF; GOMES, MRA; LADIPO, OMA
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA "DR. SALVADOR MERCÚRIO NETTO" - HOSPITAL HELIÓPOLIS - SÃO PAULO

Introdução: A miastenia, já descrita desde 1694, pode estar associada ao timoma, que é um tumor frequente do mediastino anterior. Por sua vez, o timoma pode estar localizado em outras áreas do tórax e associar-se à miastenia gravis. Não basta a localização do tumor para a sua identificação; é necessária a comprovação anatomopatológica com imuno-histoquímica. Apresentaremos um caso de evolução corriqueira com localização tumoral rara. **Objetivo:** Relatar caso de presença de timoma com localização rara mediastinal, mas associado à miastenia gravis e suas consequências. **Método:** Paciente feminina, 55 anos, natural e procedente da Grande São Paulo, evoluía com pneumonias de repetição havia dois anos. Nos antecedentes pessoais havia: hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo por seis meses, pancreatite, DPOC, leve coleciostopatia calculosa e incontinência urinária. Ao avaliar a insuficiência respiratória, notou-se uma forma de opacidade para cardíaca direita, homogênea, regular de cerca de 7,0 cm de diâmetro, confirmada pela tomografia de tórax. Fazia uso de prednisona 60 mg e mestinon nove cps/dia. Após toracotomia mediana, realizou-se retirada dessa massa para cardíaca e de todo tecido adiposo da região mediastinal anterior, aderida às pleuras. A anatomia patológica confirmou tratar-se de timoma para cardíaco. Após um ano da cirurgia, usava 15 mg de prednisona e 1 cp de mestinon, o que lhe permitia trabalhar e viver sem complicações. **Discussão:** O timoma pode estar no mediastino posterior, conforme citou Forsee (1953), mantendo sua associação com a miastenia. Faz-se necessária a sua ressecção para diminuir a sua influência sobre as fibras musculares e a consequente diminuição de força motora, aumentando a sobrevida dos pacientes. No caso acima ocorreu não somente uma diminuição do uso de corticoesteróide, mas uma melhoria na qualidade de vida com aumento das atividades motoras pela paciente. **Conclusão:** O timoma pode estar localizado em qualquer parte do mediastino e associar-se à miastenia. A ressecção é um recurso terapêutico eficaz, que pode curar a miastenia e/ou auxiliar no seu tratamento clínico.

PO.190 LIMITED RESECTION OF EARLY STAGED LUNG CANCER: A RETROSPECTIVE REVIEW AND FIVE YEAR FOLLOW UP COMPARING LOBAR RESECTION AND SEGMENTAL AND WEDGE RESECTION

JD MILLER; M AL ABDULMOHSEN; K OSTRANDER, C FINLEY
DIVISION OF THORACIC SURGERY, MCMASTER UNIVERSITY, HAMILTON ON, CANADA

Introduction: The Canadian Lung Cancer Study Group (LCSG) published their findings comparing lobectomy and segmental resection of early stage lung cancer in 1997. Despite the fact that little or no clear survival advantage was demonstrated by the larger resection (lobectomy) the thoracic community has not embraced limited resection. Lobectomy remains the basic standard operation for patients

with resectable lung cancer. NCIC-BR5 in association with international intergroup study has begun a new randomized controlled trial to evaluate segmental and lobar resections for lung tumours 2cms or less in diameter. This report is a retrospective review of our experience with limited resection over the past several years. **Objective:** This pilot assessment of long term outcomes will help develop our role and understanding as we prepare to evaluate limited resection in a multinational RCT (NCIC-BR5). Disease recurrence and disease free and overall survival are our primary outcomes. **Methods:** Using the Division of Thoracic Surgery Data base and office and hospital charts, consecutive patients who have undergone either a lobectomy or lesser resection for early staged lung cancer is shown in Table 1. Survival appears equivalent between groups but lesser resections are associated with more local recurrences. A Kaplan-Meier survival analysis was performed comparing the time survived since surgery between the two treatment groups. **Results:** The overall survival appeared better in the lobectomy group, sample size limits statistically significant. **Conclusion:** These results show a trend toward increased survival in the surgical group over the other treatment. The results of this study encourage us to more fully study the possible advantage of a sub-lobar resection and the long term outcomes.

	Lobectomy	Limited Resection
Demographic Data N	70	18
Age years	68.8	65.8
M: F	37:33	8:10
FEV1 % pred	78%	69%
Smoking Hx pk-yrs	48.8	43.6
LOS days	9.0	8.5
Stage of Cancer Stage IA	32(46%)	13(72%)
Stage IB	38 (54%)	5 (27%)
Surgical Pathology Squamous cell	27 (39%)	8 (44%)
Adenocarcinoma	32 (46%)	7 (39%)
BAC	5 (7%)	1 (6%)
Large Cell	1 (1.4%)	1 (6%)
Carcinoid	3 (4%)	0
Small Cell	1	0
Recurrence Local Recurrence	3 (4%)	5 (28%)
Distant Recurrence	22 (31%)	4 (22%)
Recurrence free	42 (60%)	11 (61%)
Recurrence Present	24 (34%)	6 (33%)
Lost	4	1
Results Overall Survival	54.8m	46.1
Disease free interval	35m	32m

PO.191 MUSCLE SPARING THORACOTOMY (MST) HAS ADVANTAGES OVER POSTERIOR LATERAL THORACOTOMY (PLT) AND NEEDS TO BE OUR FIRST CHOICE FOR AN OPEN APPROACH TO LUNG CANCER: A 10 YEAR REVIEW

J. D. MILLER, W. DANG, A. KHALIFA, T. SOEYONGGO, X. ZHANG
DIVISION OF THORACIC SURGERY, MCMASTER UNIVERSITY,
HAMILTON ON, CANADA

Introduction: Thoracotomy remains a morbid approach

to the chest. Efforts to reduce the post operative pain and discomfort and the resultant complications is a struggle sponging new techniques for surgical access to the lung. A small muscle sparing incision is an alternative to the old standard PLT. **Objectives:** To compare MST and PLT. **Methods:** Pre-operative and post-operative data from 1487 patient charts were retrospectively collected. From this database 283 patients with lung cancer and had undergone PLT or MST by a single surgeon between 2002-07 were included. Length of hospital stay (LOS), chest tube drainage (CTd), blood loss, and complications following surgery were all reviewed. Data presented as mean, mode and standard deviation. Statistical analysis was conducted using SPSS v.15.0, using student's t-tests for continuous data and chi square test for data. **Results:** 283 patients were reviewed, 123PLT and 159MST. Mean length of hospital stay for PLT and MST was 10.88 and 8.74 days respectively (p >0.052). The average number of days of chest tube drainage for PLT patients was 7.77 and 6.20 days in patients who underwent a MST (p=0.05). Clinically important blood lost of more than 450cc was twice as frequent in patients undergoing a PLT [93% (0-450cc) and 7% (>450cc) of PLT patients; 97.5% (0-450cc) and 2.5% (>450cc) of MST patients]. An increase in patient post-op complications was 50% more likely for those that underwent PLT [MST -77% of patients with no complications; PLT-69% of patients with no complications]. **Conclusions:** MST was generally superior to PLT. Our study demonstrated clinically important differences in length of hospital stay, chest tube drainage, and amount of inter-operative blood lost all favouring MST. It also identified a relative increase of 50% more post-operative complication

**DEMOGRAPHICS Muscle Sparing Thoracotomy (N=159)
Posterolateral Thoracotomy (N=123) p**

Age	65 years old	63 years old	
Male	80	83	
Female	44	76	
SMOKING			
Smoker & ex-smoker	107	130	
Pack History	42.58 pack years	34.25 pack years	
CO-MORBIDITIES			
Heart Disease	71	97	
Renal Disease	7	2	
Hepatic Disease	7	14	
Diabetes	16	20	
RESULTS			
Length of Hospital Stay (days)	8.74 (±7.28)	10.88 (±10.29)	P=0.052
Chest Tube Duration (days)	5.09 (±3.231)	7.77 (±6.987)	P<0.05
Post-Op Complications	23.39% (38/159)	30.89% (38/123)	P=0.2234
Blood loss (>500cc)	2.5% (2/82)	7% (4/58)	P=0.5415

in patients undergoing PLT. The differences were all felt to be clinically important but the study size was insufficient to demonstrate statistical significance for each of the observation. This retrospective study is useful and informs patients surgeons and health care administrators and encourages us to assess MST is a prospective controlled study.

PO.192 ESTUDO COMPARATIVO DOS FATORES HEMATOLÓGICOS PROGNÓSTICOS DA PNEUMONIA NECROSANTE NA CIDADE DE MANAUSFERNANDO LUIZ WESTPHAL; MÁRCIA DOS SANTOS DA SILVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM

Introdução: Avaliar os fatores hematológicos prognósticos da pneumonia necrosante em crianças. A pneumonia é um processo infeccioso agudo do parênquima pulmonar, geralmente de causa bacteriana. Uma complicação rara da pneumonia é a forma necrosante, caracterizada por focos necróticos em áreas consolidadas. Estão implicados na sua patogênese a extensão da necrose associada à trombose dos vasos pulmonares proximais. **Método:** Estudo observacional, prospectivo, descritivo, com componente analítico. O trabalho foi desenvolvido em dois hospitais infantis da cidade de Manaus. Os pacientes foram selecionados a partir de dados clínicos e radiológicos, e divididos em três grupos, um com pneumonia necrosante (grupo 1), um com pneumonia associada a derrame pleural (grupo 2) e outro com pneumonia grave (grupo 3). Foram analisados parâmetros inflamatórios (PCR e contagem de leucócitos) e de hipercoagulabilidade sanguínea (contagem de plaquetas, TAP e TTPA). Os exames laboratoriais foram realizados no 1º, 7º e 14º dias de internação hospitalar. Foi calculada a mediana da diferença entre o 7º dia em relação ao 1º, 14º em relação ao 7º e os valores encontrados em cada grupo foram comparados por meio do teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** Foram incluídos 24 pacientes, com média de idade de 21,9 ($\pm 10,1$) meses, sendo 17 (70,8%) do sexo masculino. No grupo 1, foram alocados seis pacientes; no grupo 2, oito pacientes, e no grupo 3, dez pacientes. A análise do PCR mostrou níveis persistentemente elevados no grupo 1, e redução progressiva nos grupos 2 e 3 ($p = 0,056$). A análise dos fatores de hipercoagulabilidade não identificou diferenças significativas na evolução dos três grupos, bem como a contagem de leucócitos. **Conclusão:** Nesse grupo de pacientes não encontramos alterações significativas nos parâmetros analisados, com exceção do valor da PCR, que se encontrava maior no grupo 1.

PO.193 SIMPATECTOMIAS TORÁDICAS VIDEOASSISTIDAS: COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÕES

VAIDERGORN, J; LEIRO, LCF

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

"DR. SALVADOR MERCÚRIO NETTO" - HOSPITAL HELIÓPOLIS - SÃO PAULO

Introdução: A cirurgia de secção e cauterização de nervo simpático está indicada principalmente para os pacientes cujo suor excessivo atrapalha/impede as atividades profissionais, seus relacionamentos pessoais ou ainda ao promover lesões bolhosas e infecciosas nas várias localidades (mãos, axilas, face e região cervical). No intuito de observar transversalmente uma série de pacientes, decidimos pesquisar sobre seus antecedentes familiares, locais de compensações no intuito de conhecer melhor a doença, sua transmissão para melhorar as indicações no futuro. **Objetivo:** Descrever uma série de pacientes portadores de hiperidrose localizada, que foram submetidos à STVA, suas características iniciais, os procedimentos usados com suas consequências. **Método:** Foram submetidos 128 pacientes, portadores de hiperidrose localizada em um local ou em combinação à STVA entre

2006 e 2010. A idade variou de 9 a 51 anos. Na avaliação pré-operatória constava: RX de tórax (PA e Perfil), ECG, hemograma, coagulograma, T3 e TSH, dosagem sérica de: sódio, potássio, glicemia de jejum, ureia, creatinina, TGO. Nos pacientes acima de 40 anos, fez-se teste ergométrico e/ou ecocardiograma bidimensional com doppler. Após jejum de 8 horas, fez-se anestesia geral com intubação orotraqueal simples. Em posição semissentada, os trocateres e a óptica de 5 mm eram posicionados pelos 2º e 4º espaços intercostais da linha axilar média sequencialmente. Os nervos simpáticos eram fulgurados sobre os arcos costais, conforme a necessidade, T2-facial e cervical, T3-palmar e T4-axilar. Foram realizadas radiografias torácicas na sala de operação para avaliar a presença de pneumotórax. No período de pós-operatório, foram usadas as medicações (paracetamol 750 mg, prometazina e tramadol 50 mg) orais, conforme a necessidade. Todos os pacientes foram avaliados no período de pós-operatório tardio. **Resultados:** Foram operados 76 (59,37%) pacientes do gênero feminino e 52 (40,63%) masculinos. A faixa etária prevalente foi de 21 a 30 anos, com 65 (50,78%) pacientes, sendo 39 do gênero feminino. Foram realizados 258 procedimentos primários e 2 respirações. As localizações mais frequentes foram axilo-palmar com 34 (26,15%) pacientes e axilo-palmar-podálico com 32 (24,61%) pacientes. Notou-se que 19 (14,84%) pacientes tinham parentes com hiperidrose, sendo o(a) irmão(a) o mais frequente. A drenagem pleural ocorreu em 8 pacientes por pneumotórax residual e em 2 por sangramento. Em uma re-operação foi feita uma toracotomia de emergência. A hiperidrose compensatória esteve mais presente nos 12 pacientes axilo-palmar-facial de um total de 38 (29,68%) pacientes com hiperidrose compensatória. A sudorese compensatória ficou instalada no dorso de 18 pacientes, enquanto que nos membros inferiores ocorreu em 14 vezes, associados ou não. A hiperidrose compensatória ocorreu em pacientes que tinham as áreas axilares e palmares acometidas em 34 pacientes. Em apenas 6 pacientes fizemos o uso de oxibutinina oral. Consideramos que 76 (59,37%) pacientes obtiveram ótimo resultado, que 23 (18,0%) evoluíram com bons resultados pela pequena e discreta sudorese e 29 (22,65%) apresentaram um resultado ruim em função da ocorrência de suor compensatório, pelas re-operações e toracotomia. **Conclusões:** As pacientes jovens foram as mais frequentes, tendo o gênero feminino os melhores resultados. A re-operação não foi um método em nossa série por complicações. Não conseguimos ainda estabelecer se há ou como é feito o vínculo.

PO.194 SEQUESTRO PULMONAR – A PROPÓSITO DE 9 CASOS

LEIRO, LCF, GOMES, MIRA, LADIPPO, OMA, VAIDERGORN, J, STELMACH, D, MIRANDA, GF

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA "DR. SALVADOR MERCÚRIO NETTO" - HOSPITAL HELIÓPOLIS - SÃO PAULO

Introdução: Sequestro pulmonar é uma patologia congênita que envolve a parte circulatória e parte tecidual dos pulmões. Geralmente a circulação arterial vem de artérias sistêmicas e a circulação venosa é feita pela própria drenagem pulmonar. Naquele sequestro, em que todo o segmento está coberto por pleura própria, é chamado de sequestro extralobar e aquele que está dentro do lobo pulmonar chama-se intralobar. Este é três vezes mais frequente do que o extralobar. Nos adultos, o

intralobar é o mais frequente e o extralobar é mais frequente em crianças. **Relato de Casos:** São apresentados 9 casos de sequestro pulmonar, todos em adultos e com predomínio da forma intralobar (sete casos) e 2 extralobares. Em todos os casos, a localização era no lobo inferior e tivemos 5 casos à direita e 4 casos à esquerda. O diagnóstico foi presuntivo em todos os casos pelo exame radiológico simples, planigrafia e tomografia computadorizada, em 3 casos foi efetuada aortografia a qual mostrou ramo da artéria aorta abdominal, aorta torácica e artéria intercostal. Todos os casos foram abordados do modo clássico; os sequestros intralobares foram submetidos à lobectomia e não apresentaram nenhuma complicação intra ou pós-operatória. Os pacientes portadores de sequestro extralobar foram submetidos à “sequestrectomia” e em um paciente houve complicação de sangramento e foi convertida a cirurgia para lobectomia inferior direita. **Conclusão:** Os autores sugerem a indicação cirúrgica de todos os sequestros e que não há necessidade de arteriografias para fazer o diagnóstico, uma vez que a tomografia helicoidal apresenta uma boa resolução, porém nos casos em que não foi presumida a patologia a dissecação cuidadosa principalmente na região diafragmática é fundamental.

PO.195 AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE ISQUEMIA-REPERFUSÃO PULMONAR EX-VIVO EM RATOS: COMPARAÇÃO ENTRE PERFADEx E SOLUÇÃO LPD-GLICOSE DE FABRICAÇÃO NACIONAL

PAULA ROBERTA OTAVIANO SOARES; KARINA ANDRIGUETTI DE OLIVEIRA BRAGA; NATÁLIA APARECIDA NEPOMUCENO; ROGÉRIO PAZETTI, ARTEIRO MENEZES; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; FÁBIO BISCEGLI JATENE; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES
LAB. PESQUISA EM CIRURGIA TORÁCICA - LIM 61/FACULDADE DE MEDICINA. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - INCOR

Introdução: O transplante pulmonar representa uma forma consolidada para tratamento de doenças pulmonares em estágio avançado. Apesar dos bons resultados, a morbidade e mortalidade dessa terapia ainda são significativamente alteradas pela lesão de isquemia-reperfusão, caracterizado pelo conjunto de injúrias que se inicia após a morte cerebral, continuam durante o período de isquemia fria, finalizando com a reperfusão do órgão após o implante, sendo necessário o uso de soluções de preservação nos transplantes de órgãos sólidos. **Objetivo:** Avaliar os efeitos na função pulmonar da solução de perfusão comercial Perfadex® e da solução de fabricação nacional LPD após isquemia fria e reperfusão. **Método:** Foram utilizados 60 ratos machos adultos da raça Wistar, randomizados para os seguintes grupos experimentais conforme a solução utilizada: Perfadex® (LPD, n=20), LPD nacional (LPDnac, n=20) e solução salina (SAL, n=20). Em cada grupo foram testados 2 períodos de isquemia: 6 e 12 horas. Após os procedimentos específicos, o bloco coração-pulmão foi extraído e conectado ao aparelho Harvard apparatus (IL-2 - Isolated Perfused Rat or Guinea Pig Lung System) para reperfusão com sangue venoso de ratos doadores. Durante 60 minutos foram coletadas medidas do perfusato (pressão, fluxo, pO₂, pCO₂ e pH), assim como medidas de mecânica ventilatória (fluxo inspiratório máximo, complacência e volume corrente). A análise estatística foi realizada pelo programa Statistical Package

for the Social Sciences, versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) e a comparação entre os grupos foi feita por ANOVA, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Os pulmões com isquemia de 6 horas demonstraram melhor mecânica ventilatória quando comparados aos pulmões com 12 horas (p= 0,137 e p= 0,256, respectivamente). A capacidade de oxigenação não apresentou diferença entre os grupos tratados com LPD e LPDnac, independente do tempo de isquemia. Pulmões tratados com SAL apresentaram PCO₂ mais alto em comparação com as outras soluções. O peso dos pulmões aumentou gradativamente durante o tempo de perfusão; entretanto, não apresentou diferença significativa entre as soluções testadas (LPD p=0,23; LPDnac p=0,41 e SAL p=0,26). **Conclusão:** Diante dos resultados descritos, concluímos que os pulmões submetidos a 12 horas de isquemia apresentaram prejuízo na mecânica ventilatória e que a solução LPDnac é similar à solução convencional LPD (Perfadex®) quanto a troca gasosa e formação de edema pulmonar.

PO.196 CORPO ESTRANHO INTRATORÁCICO - SÉRIE DE 26 CASOS

LEIRO, LCF, GOMES, MRA, LADIPO, OMA, VAIDERGORN, J, SERRANO, RRP, MIRANDA, GF

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA “DR. SALVADOR MERCÚRIO NETTO” - HOSPITAL HELIÓPOLIS - SÃO PAULO

Introdução: Corpo estranho é qualquer material deixado inadvertidamente em cavidades orgânicas, especificamente na cavidade torácica existem poucos relatos dessas ocorrências, talvez por problemas ético-judiciais ou mesmo pelo não conhecimento do fato. **Relato de Casos:** Retrospectivamente, foram avaliados 26 casos de corpos estranhos na cavidade torácica; destes, alguns são decorrentes da própria técnica cirúrgica como ocorreu em 6 pacientes nos quais a causa da sintomatologia eram fios de sutura intrabronquica, 1 fio de sutura abdominal após gastrectomia, 1 fio de aço no esterno e 1 fio de aço na costela. Ressaltaremos a seguir os 17 casos restantes os quais não estão vinculados à técnica cirúrgica: 1 fio de marca-passo epicárdico com supuração e fistula esternal; 1 placa de chumbo intratraqueal, a qual foi usada para tratamento radioterápico; 1 fragmento de dreno tubular usado em empiema crônico; 2 drenos de penrose usado em cirurgias abdominais e que se exteriorizaram na cavidade torácica; 2 compressas; 14 gases, sendo que em 1 paciente havia 4 cases. Quanto à idade, o comprometimento foi maior na faixa entre 41 e 60 anos, acometendo 11 homens e 14 mulheres; 5 casos eram à direita, 11 à esquerda e 9 decorrentes de esternotomia. As abordagens efetuadas previamente foram 9 por cirurgias torácicas, 7 por cirurgias cardiovasculares, 8 por emergencistas e 1 por radioterapeuta. Exceção feita aos fios intrabronquicos, todos os outros foram abordados cirurgicamente e retirados. Em apenas 1 caso cuja gase estava alojada na região do ligamento arterioso, na retirada houve sangramento importante que levou a paciente ao óbito; os pacientes restantes tiveram boa evolução. **Conclusão:** Os autores sugerem que todo o cuidado seja tomado quando se usar gases na cavidade para evitar o esquecimento, principalmente nas urgências, onde ocorrem sangramentos importantes; se for usá-las, usar material marcado e nos

hospitais nos quais existem programas de qualidade médica já está sendo feita a contagem também de gases, além das compressas.

PO.197 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA – CASUÍSTICA DE 55 CASOS

LEIRO, LCF, GOMES, MRA, LADIPO, OMA, VAIDERGORN, J, SERRANO, RRP, BANDEIRA, COP

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA “DR. SALVADOR MERCÚRIO NETTO” - HOSPITAL HELIÓPOLIS - SÃO PAULO

Introdução: Trauma do diafragma pode ser resultante de ferimentos penetrantes na caixa torácica e abdômen e por trauma fechado. A magnitude do ferimento diafragmático depende do tipo de trauma, fechado ou perfurante, do tamanho e da qualidade do defeito diafragmático, da qualidade da cavidade pleural e o tempo decorrido entre o trauma e o diagnóstico. Se a lesão for pequena e a cavidade pleural estiver obliterada, provavelmente a herniação será pequena e com pouca sintomatologia ou não ocorrerá a herniação. **Método:** São apresentados 55 casos de hérnia diafragmática traumática. Tivemos 46 pacientes com trauma à esquerda, 8 casos à direita e 1 bilateral; desses casos, 4 foram abordados por via abdominal, 4 casos por toracotomia e laparotomia e 47 por toracotomia. A idade com maior número de casos foi na faixa entre 21 e 60 anos e o sexo masculino foi predominante. Tivemos 1 caso em que não havia história de trauma, porém na abordagem não existia peritônio íntegro e o ferimento era irregular. Houve 1 caso de ferimento bilateral que foi abordado por toracotomia sequencial. Quanto à etiologia dos traumas, tivemos: 35 traumas fechados, sendo 27 à esquerda e 8 à direita; 17 ferimentos por arma branca, todos à esquerda; 3 ferimentos por arma de fogo, sendo 2 à esquerda e 1 bilateral. Nos pacientes que foram abordados cronicamente, em 4 foi usado tela de Marlex, em 1 caso foi efetuado colostomia por conta da lesão colônica, e houve 2 casos com necessidade de rafia de cólon. No pós-operatório, 1 paciente evoluiu com empiema e foi submetido à limpeza da cavidade e drenagem fechada.

PO.198 SEQUESTRO PULMONAR EM PACIENTE PEDIÁTRICO – RELATO DE CASO

FERNANDA KELLY MARQUES DE SOUZA; RICARDO LOUREIRO VALLE; MARCOS ADRIANO GONÇALVES JÚNIOR; RAFAEL MIRANDA LIMA; JOYCE LISBOA FREITAS

Instituição: Hospital Universitário João de Barros Barreto

Introdução: Sequestro pulmonar é uma malformação congênita relativamente incomum, representando cerca 0,15 a 6,45% de todas as malformações pulmonares. É definida como uma massa de tecido pulmonar anormal e não funcional, sem conexão com a árvore traqueobrônquica normal, caracterizada pela aberrante nutrição sistêmica arterial. Sessenta a noventa por cento dos sequestros estão localizados no tórax posteroinferior esquerdo e lobo inferior. Dois tipos de sequestro pulmonar são reconhecidos: extralobar (SPE) e intralobar (SPI). O SPE, menos comum, possui revestimento pleural próprio, geralmente em íntima proximidade com o parênquima pulmonar. O SPI (75% dos casos) é caracterizado como um segmento do parênquima pulmonar situado dentro do revestimento pleural visceral de um lobo pulmonar normal. Classicamente, em ambas as formas, o tratamento é cirúrgico. **Relato de Caso:**

Paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, nascido de parto normal, sem intercorrências. Apresenta história de internações hospitalares para tratamento de pneumonia e empiema pleural desde os 11 meses de idade. Submetida a diversas drenagens torácicas e antibioticoterapia, sempre com recidivas do quadro. Internada com quadro de febre diária, tosse produtiva e dispneia. Realizada radiografia de tórax que demonstrou desvio importante do mediastino para a direita e coleção volumosa com nível hidroaéreo em lobo inferior de pulmão esquerdo. A TC de tórax mostrava lesão escavada com nível hidroaéreo em base pulmonar esquerda de aproximadamente seis centímetros. Submetida à toracotomia exploradora com achado de artéria anômala com origem na aorta torácica em direção ao lobo inferior esquerdo e lesão cística com conteúdo purulento. Realizada lobectomia pulmonar inferior esquerda e drenagem torácica fechada à esquerda. Evoluiu com melhora clínica e radiológica, retirado dreno torácico 10 dias após a cirurgia, recebendo alta hospitalar assintomática no 14º dia pós-operatório. **Resultado:** O sequestro pulmonar (SP) é uma anomalia congênita do tecido pulmonar isolado da comunicação brônquica normal e que recebe suprimento sanguíneo de um ramo arterial da circulação sistêmica. Pertence a um espectro de anomalias denominadas malformações broncopulmonares e do trato digestivo anterior. O diagnóstico, na maioria das vezes, é feito no início da vida adulta, quando o SIL se infecta e a maioria dos pacientes apresenta-se com pneumonia. O diagnóstico é sugerido por método de imagem e definitivo feito por estudo anatomopatológico. A apresentação radiográfica mais comum é de uma opacidade homogênea no segmento basal posterior do lobo inferior (geralmente à esquerda e em contiguidade com o hemidiafragma). Os aspectos tomográficos são variados, podendo-se observar desde a presença de massa homogênea até formações císticas. A TC pode demonstrar fidedignamente a origem e o curso dos vasos anômalos sistêmicos, principalmente após o advento dos equipamentos helicoidais. O planejamento cirúrgico definitivo depende essencialmente da exata visualização dos vasos que nutrem e drenam o sequestro. A arteriografia permite caracterizar bem as artérias anômalas, sua origem, número, curso, tamanho e drenagem venosa.

PO.199 HÉRNIA DE MORGANI

ADRIANO LANA PEREIRA; ALEXANDRE VINHAL DESIDERI; ANDREA ASSUNÇÃO NETO; MILTON PINTO ALMEIDA CASTRO NETO; VICENTE GUERRA FILHO; VITOR GARCIA FREIRE

HOSPITAL SANTA TEREZINHA

DESCRITORES: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA; FORAME DE MORGANI; DEFEITOS CONGÊNITOS DE DIAFRAGMA; VIDEOTORACOSCOPIA; LAPARATOMIA.

Introdução: O forame de Morgani foi descrito em 1769, sendo as herniações por ele um evento raro, correspondendo a 3% de todas as hérnias diafragmáticas tratadas cirurgicamente. **Objetivos:** Relatar o caso raro de hérnia de Morgagni volumosa com necessidade de abordagem por via torácica, associada à via abdominal. **Método:** Relatamos o caso de paciente com queixa principal de empanzamento e cansaço fácil, principalmente mediante prática esportiva. O paciente ainda relatava episódios esparsos de cólicas intensas. Ao exame físico apresentava-se com dispneia leve, padrão respiratório predominantemente torácico, abdômen globoso e flácido, obesidade grau II. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular abolido em base direita. Ao exame radiológico do

tórax, grande opacidade em hemitórax direito em sua porção anterior com controle compatível com alças intestinal em seu interior e em seguida encaminhado à tomografia computadorizada de tórax, com confirmação do diagnóstico de hérnia de Morgani. Foi realizado procedimento corretivo tanto por via torácica quanto por via abdominal. **Resultados:** O paciente apresentou, em pós-operatório imediato em UTI, sangramento pulmonar agudo, rapidamente abordado por meio de broncoscopia. A evolução posterior se deu de modo bastante satisfatório. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico da hérnia de Morgagni pode ser realizado tanto por via torácica quanto por via abdominal, porém no caso em questão as duas vias se somaram para permitir a adequada segurança ao procedimento.

PO.200 INFECÇÃO FÚNGICA EM PULMÃO REUMATOIDE

ADRIANO LANA PEREIRA; ALEXANDRE VINHAL DESIDERI; ANDREA ASSUNÇÃO NETO; MILTON PINTO ALMEIDA CASTRO NETO; VICENTE GUERRA FILHO; VITOR GARCIA FREIRE
HOSPITAL SANTA TEREZINHA

Descritores: *Imunodeprimidos; Infecção Fúngica Pulmonar; Artrite Reumatoide; Videotoracoscopia.*

Introdução: As micoses pulmonares em pacientes imunodeprimidos têm grande impacto na sobrevida destes, uma vez que suas defesas estão reduzidas, permitindo uma disseminação sistêmica precoce no curso da doença. O pulmão é particularmente o órgão acometido com maior frequência. **Objetivos:** Relatar um caso, no qual nos deparamos com as dificuldades relacionadas à imunossupressão, associada aos sintomas causados pela lesão cavitada no pulmão. **Método:** Descrevemos o caso de um portador de artrite reumatoide grave desde a sua adolescência, já com deformidades esqueléticas diversas e extensa cavitação em hemitórax direito evidenciada por exame tomográfico. Diante da extensão da lesão e também da repercussão funcional em um paciente que já apresentava dispnéia mediante deambulação, optamos pela abordagem operatória. **Resultados:** O tratamento cirúrgico de escolha foi a videotoracoscopia, tanto para o diagnóstico como para a adequada exérese da cavidade pulmonar, cuja análise anatomopatológica mostrou tratar-se de infecção por *Paracoccidioides sp*, sobreposta a um pulmão reumatoide, sendo ele imediatamente abordada. **Conclusão:** A importância do relato de casos como este se dá da necessidade em abordar uma patologia iminente cirúrgica em um paciente de difícil manuseio, com identificação posterior de infecção fúngica sobreposta.

PO.201 LOBECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA NO TRATAMENTO DE BRONQUIECTASIA

ADRIANO LANA PEREIRA; ALEXANDRE VINHAL DESIDERI; ANDREA ASSUNÇÃO NETO; MILTON PINTO ALMEIDA CASTRO NETO; VICENTE GUERRA FILHO; VITOR GARCIA FREIRE
HOSPITAL SANTA TEREZINHA

DESCRITORES: BRONQUIECTASIA; INFECÇÕES PULMONARES DE REPETIÇÃO; VIDEOTORACOSCOPIA.

Introdução: Apesar da diminuição da prevalência da bronquiectasia nas últimas décadas, tal patologia é ainda fonte significativa de morbi-mortalidade, demandando tratamento cirúrgico precoce, mesmo para os pacientes em uso de antimicrobianos de última geração. **Objetivos:** Relatar o primeiro caso de lobectomia por videotoracoscopia realizado por nossa instituição para a abordagem de

quadro de bronquiectasia. **Método:** Relatamos o caso de criança apresentando repetidos episódios de infecção pulmonar associado a aspecto tomográfico de consolidação atelectásica com broncogramas aéreos de permeio no segmento superior do lobo inferior direito, fazendo-se necessária uma intervenção cirúrgica minimamente invasiva. **Resultados:** A paciente apresentou evolução cirúrgica surpreendente, com alta hospitalar após 3 dias de internação e melhora significativa dos repetidos episódios de infecção pulmonar. **Conclusão:** A lobectomia por videotoracoscopia é procedimento seguro e eficaz para a resolução dos casos de bronquiectasia, sendo tecnicamente bastante exequível.

PO.202 OSTEOCONDROMA DE PAREDE TORÁCICA

ADRIANO LANA PEREIRA; ALEXANDRE VINHAL DESIDERI; ANDREA ASSUNÇÃO NETO; MILTON PINTO ALMEIDA CASTRO NETO; VICENTE GUERRA FILHO; VITOR GARCIA FREIRE
HOSPITAL SANTA TEREZINHA

DESCRITORES: OSTEOCONDROMA; TUMORES BENIGNOS DE PAREDE TORÁCICA; COSTELA; ESCÁPULA.

Introdução: O osteocondroma é o principal tumor benigno de costelas perfazendo aproximadamente 50% dos casos. Eles ocorrem comumente na metafise óssea, próximo à junção costo-condral e são caracteristicamente pedunculados com protuberâncias ósseas originados de sua superfície com aspecto de couve-flor. **Objetivos:** Relatar os referidos casos de tumorações em parede torácica de etiologia benigna, pois a sua diferenciação anatomopatológica, com entidades malignas, nem sempre é realizada de maneira tangível. **Método:** Relatamos dois casos de osteocondroma de parede torácica, sendo um em costela de parede anterior e outro adjacente à escápula. Ambos os pacientes eram do sexo masculino e apresentavam queixas de dor torácica persistente, associadas a imagens radiológicas compatíveis com massa em parede torácica de etiologia indeterminada. Optamos pela abordagem cirúrgica das referidas lesões com a finalidade de sua correta definição etiológica. **Resultados:** Os pacientes apresentaram excelente evolução pós-operatória, sendo que um deles apresentava limitação funcional da movimentação do ombro direito, totalmente sanada com o procedimento. **Conclusão:** A importância diagnóstica dos tumores do tipo osteocondroma se traduz em sua diferenciação das doenças malignas da parede torácica, uma vez que anatomopatológico nem sempre é elucidativo.

PO.203 PESQUISA SOBRE MANEJO DO DRENO DE TÓRAX NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA TORÁCICA

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; LUIS EDUARDO VILLAÇA LEÃO; ERIKA RYMKIEWICZ; JOSE ERNESTO SUCCI; EDUARDO IWANAGA LEÃO
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP

Introdução: A drenagem de tórax foi descrita desde Hipócrates (300 a.C.). A evolução do procedimento caminhou com o tratamento do empiema pleural e Playfair (1872) foi o primeiro a desenvolver o sistema com selo d'água, porém com frasco fechado. Munnell (1975) padronizou o sistema coletor de drenagem através da análise de um questionário enviado aos 442 membros da "Southern Thoracic Surgical Association". Uma das conclusões foi que o frasco de drenagem deveria ser graduado, com capacidade de 2 litros e que poderia ser esvaziado e usado novamente. A extensão deveria ter 180 cm e o conector deveria ser serrilhado. O

dreno de tórax é utilizado de rotina pelo cirurgião torácico e eventualmente pelo cirurgião geral. Há trabalhos na literatura sobre quando devemos retirar o dreno de tórax, com qual débito, de que maneira, manejo de perda aérea prolongada, entre outros porém, temos poucos estudos nacionais sobre dreno de tórax e seus cuidados. **Objetivo:** avaliar o manejo do dreno de tórax por cirurgiões torácicos através de um questionário on-line. **Método:** Os cirurgiões foram avaliados por um questionário on-line com 20 perguntas sobre a conduta em relação a algumas situações que envolvem o dia-a-dia com dreno de tórax. Foram coletados dados por meio de um formulário on-line, com cirurgiões torácicos como público-alvo. O contato foi feito por meio eletrônico (e-mail) dos sócios da SBCT, não houve identificação do médico e cada um só pode responder o questionário uma vez. A pesquisa foi realizada através do endereço eletrônico <http://surveymonkey.com> com uma conta básica, gratuita. A maioria das perguntas foi direcionada para verificar a conduta mais freqüente usadas pelos colegas no dia-a-dia, de forma prática. Por exemplo, quantos drenos utiliza no pós-operatório de lobectomia, quando usa aspiração contínua, critérios para retirada de dreno, condutas em relação a cavidade pleural residual, entre outras. **Critérios de inclusão:** Sócio da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica; Acesso a internet. O comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo, o número 1374-09. **Resultado:** Participaram da pesquisa 70 cirurgiões torácicos brasileiros, de cinco estados, sendo o mais frequente São Paulo. O tempo de atuação em cirurgia torácica foi avaliado, sendo que até 10 anos tivemos 39,1% dos participantes e entre 10 e 20 anos - 37,7%. Em relação à via de acesso preferencial para os procedimentos listados abaixo tivemos a seguinte distribuição: Biopsia pulmonar - videotoracoscopia - 62,9%; Segmentectomia / cunha - videotoracoscopia - 58,6%; Lobectomia - toracotomia lateral poupadora - 48,6%. A maioria preferiu utilizar dois drenos de tórax (28 e 36 fr) para lobectomia ou decorticação e um dreno 28 fr para biópsia ou segmentectomia pulmonar. Em pneumonectomias a cerca de 90% mencionou utilizar um dreno de tórax sendo que 65% o deixam fechado no pós-operatório. A aspiração contínua foi indicada pelos participante somente se não houvesse expansão pulmonar em 47%, e 67% usam -20cmH2O. A definição de Perda aérea prolongada foi avaliada e os participantes consideraram a consideraram a partir do 5º PO em 58,6% e a partir do 7º PO em 35,7%. No intra-operatório, após uma lobectomia pulmonar, você verifica que tem uma cavidade pleural residual grande, a maioria dos cirurgiões classificou em grau de importância as seguintes manobras: liberação do ligamento pulmonar, utilizar dois drenos, bloqueio do nervo frênico e tenda pleural (na lobectomia superior). Quando solicitamos para colocar em ordem de importância as medidas preventivas para evitar uma cavidade pleural residual após uma bilobectomia, obtivemos a seguinte sequência: Aerostasia e hemostasia 80%; Tenda pleural 61,4%; Fisioterapia 56%; Analgesia 44%; Uso de dois drenos 35%. Em relação à fixação do dreno, foi feita com nylon (37%) ou algodão (37%) e utilizado fios "2.0" (41%) ou "0"(41%). Quantos aos critérios de retirada de dreno em relação ao débito, em lobectomia, 57% aguardam um volume menor que 200 mL. Cerca de 60% retiram o dreno em apnéia, ao final da inspiração. **Conclusão:** Esta pesquisa permitiu ter um panorama sobre o manejo de dreno

de tórax pelos cirurgiões torácicos brasileiros. Os resultados deste estudo demonstram uma diversidade de pontos de vista sobre os drenos torácicos. Algumas manobras e procedimentos avaliados são semelhantes, e a maioria complementares. Provavelmente, a conduta é tomada baseada mais na formação (treinamento) do cirurgião do que balizada em dados científicos. Estudos futuros sobre este assunto tão comum para o cirurgião torácico devem ser realizados, assim como o desenvolvimento de protocolos padronizados para minimizar condutas desnecessárias e redundantes.

Anais Tórax 2011

Índice de Autores

A

Abrahão P, PO.041, PO.061
Abrão FC, PO.105, PO.107, PO.109
Abreu MM, AO.010, AO.022, PO.032,
PO.033 PO.039, PO.042, PO.051,
PO.052, PO.053, PO.144
Afonso GL, PO.108
Afonso Júnior JE, PO.102
Albuquerque ALP, PO.076
Alcaráz IEF, PO.019, PO.035
Alfinito FS, PO.072
Almeida EP, AO.010, AO.022, PO.032,
PO.033 PO.039, PO.042, PO.051,
PO.052, PO.053, PO.144
Almeida FM, PO.083
Almeida Neto A, PO.140, PO.143
Almeida P, AO.012
Almeida PJ, AO.012
Almeida VG, PO.074, PO.075, PO.088, PO.089
PO.090, PO.091, PO.092
Alonso LG, PO.126
Alvarez VS, PO.029
Alves CMS, PO.167, PO.168
Alves FC, PO.013
Alves FCMC, AO.002
Alves L, PO.168
Alves P, AO.019
Amaral NF, PO.167
Amorim E, PO.049
Amrein C, AO.005
Andrade CF, AO.014, AO.026, PO.088, PO.089
PO.090, PO.091, PO.092, PO.123, PO.124,
PO.128, PO.130, PO.139, PO.140, PO.141,
PO.142, PO.143, PO.146
Andrade F, PO.041
Andrade FM, AO.019, PO.007
Andrade LO, PO.137
Andrade LOA, AO.021
Aragão FAB, PO.172, PO.173
Aranha AGA, PO.026, PO.029, PO.050, PO.064
Araruna GF, PO.038, PO.040, PO.097
Araújo CAA, PO.087
Araújo GL, PO.087
Araújo JEM, PO.173

Araújo MB, PO.055, PO.056, PO.057, PO.058
PO.059, PO.060
Araújo PHXN, AO.016, PO.082
Araújo RFV, AO.013, PO.030, PO.154
Araújo TP, PO.038, PO.040, PO.097
Arendt A, PO.063
Arruda KA, AO.018, PO.046, PO.047
Asperti L, PO.026
Assunção Neto A, PO.199, PO.200,
PO.201, PO.202
Aun AG, AO.002
Avino A, AO.015, PO.015, PO.054
Avino AJG, AO.009, PO.034, PO.073
Ayres FMC, PO.032, PO.039
Azevedo EA, AO.013, PO.019, PO.030,
PO.035 PO.154

B

Babinski MA, PO.007
Baldissera D, PO.075, PO.150
Baleiro MA, PO.096, PO.138, PO.152, PO.161
Bandeira COP, PO.197
Baranauskas JCB, AO.007, PO.102
Baranauskas MVB, PO.025, PO.186
Barbosa GDV, PO.004, PO.017, PO.018, PO.020
Barnett C, AO.003
Barreto AV, PO.167, PO.168
Barros Filho TEP, PO.080, PO.081
Barros Junior R, PO.026, PO.029, PO.050, PO.064
Bastiani CE, PO.075, PO.150
Bellato RT, PO.077
Beraldo PSS, PO.133
Bergamin A, PO.038, PO.040
Bernardo DL, PO.028, PO.148, PO.159
Beyruti R, AO.016, AO.017, PO.112
Bibas BJ, AO.004, AO.020, PO.065, PO.066,
PO.067, PO.068, PO.069, PO.070, PO.071,
PO.072, PO.079, PO.082
Bicalhol MA, PO.167
Bigolin A, PO.062
Bizon JA, PO.122
Boasquevisque CHR, PO.164, PO.165, PO.166

Bodevan M, PO.058
Borges RSB, PO.056
Boussaud V, AO.005
Brabo E, PO.166
Braga F, PO.043
Braga KAO, PO.010, PO.014, PO.024, PO.195
Brahm D, PO.008, PO.011
Brambate Júnior ER, AO.013, PO.019, PO.030
PO.035
Brancher SLB, PO.015
Brandão DS, PO.132, PO.133
Brandão SLB, AO.009, AO.015, PO.034, PO.054
PO.073

C

Cabral ALS, PO.016
Camargo JJP, AO.026
Campos H, PO.164
Campos JRM, AO.023, PO.110, PO.137
Campos SV, PO.113
Canzian M, PO.010, PO.151, PO.153
Caramori ML, AO.007, PO.113
Carandina L, PO.045
Cardona ZJF, AO.008
Cardoso PFG, AO.001, AO.025, PO.014, PO.024
PO.083, PO.141, PO.142, PO.143, PO.146,
PO.195
Carelli G, PO.086
Carneiro EB, PO.106
Carneiro JG, PO.167
Carraro RM, PO.113
Carvalho ALA, PO.036, PO.037
Carvalho CLD, PO.016, PO.084
Carvalho Filho AB, AO.019, PO.041
Carvalho JS, PO.016, PO.084
Carvalho L, PO.117, PO.118, PO.119, PO.120
PO.121
Carvalho LR, PO.045
Carvalho LV, PO.029, PO.064
Carvalho PEO, PO.005, PO.044, PO.048
Casella FJB, PO.122
Castro Neto MPA, PO.199, PO.200, PO.201,
PO.202
Cataneo AJM, AO.018, PO.005, PO.044, PO.045
PO.046, PO.047, PO.048, PO.085, PO.086,
PO.100, PO.101
Cataneo DC, AO.018, PO.044, PO.045, PO.046
PO.047, PO.048, PO.085, PO.086, PO.100,
PO.101
Cattebeke TMH, PO.103, PO.106, PO.108, PO.111
PO.125
Cerqueira PR, PO.180, PO.181, PO.182, PO.183
PO.184, PO.185
Chaves AR, PO.103
Chiavoni CR, AO.023

Colombo Filho EP, PO.017
Correia AT, AO.007, AO.001, PO.014, PO.083
PO.105, PO.107
Cossia A, PO.166
Costa AS, PO.137
Costa BP, PO.161
Costa DS, PO.026
Costa JCM, PO.016 PO.084
Costa Junior AS, AO.011, AO.024, PO.127, PO.145
PO.147, PO.155, PO.156, PO.157, PO.158,
PO.160, PO.162, PO.203
Costa MG, AO.012
Coura Filho GB, PO.109
Couto Júnior N, PO.096, PO.138, PO.152
Crotti PLR, PO.055, PO.056, PO.057, PO.058
PO.059, PO.060
Cunha JB, PO.098, PO.099, PO.177
Cury FA, PO.002, PO.009
Cuziol K, PO.028, PO.148, PO.159

D

Dalben I, PO.012
Dantas PN, PO.099, PO.177
Daud DF, AO.024
Dang, W PO.191
De Azevedo-Pereira AE, PO.010
De Campos JRM, AO.021
De Perrot M, PO.165
Deffune E, AO.002, PO.013
Delgado AMB, PO.016
Desideri AV, PO.199, PO.200, PO.201, PO.202
Dias DF, PO.009
Dias Júnior M, PO.096
Domingues MAC, PO.101

E

Enami HI, PO.044
Escobar M, AO.012
Espinel JO, PO.088, PO.089, PO.090, PO.091
PO.092, PO.128
Evangelista Neto E, PO.095, PO.157, PO.158
Evaristo TC, AO.002, PO.013

F

Faria CMNM, PO.002, PO.009
Fechini K, PO.083
Felicetti JC, AO.026, AO.014, PO.123,
PO.124 PO.130
Felisbino SL, AO.002, PO.013

Félix EA, PO.128
 Fernandes FG, AO.006, PO.104, PO.151, PO.153
 Fernandes Filho R, PO.038, PO.040, PO.097
 Fernandes LM, AO.006, AO.007, PO.102, PO.104, PO.113, PO.151, PO.153
 Fernandes MK, PO.115, PO.116
 Fernandes WRMA, PO.087
 Fernandez A, PO.066, PO.067, PO.068, PO.070, PO.071, PO.078, PO.105, PO.107, PO.109
 Ferreira HPC, PO.087
 Ferreira JDN, AO.010, AO.022, PO.032, PO.039, PO.042
 Ferreira Neto AL, PO.028
 Ferreira TD, PO.043
 Fick MD, PO.117, PO.118, PO.119, PO.120, PO.121
 Figueiredo PHM, PO.025
 Figueiredo VR, AO.025, PO.006, PO.022
 Figueroa PAU, PO.115, PO.116
 Finley C, AO.003, PO.190
 Fischer GB, AO.026
 Fonseca AC, PO.056
 Fontena E, PO.130, PO.139, PO.141, PO.142, PO.146
 Forgiarini Júnior LA, PO.130, PO.140, PO.141, PO.142, PO.143, PO.146
 Forgiarini LF, PO.130, PO.140, PO.141
 Forte V, PO.095
 Fracasso GL, PO.139
 Fracasso PL, PO.060
 Freire VG, PO.199, PO.200, PO.201, PO.202
 Freitas JL, PO.198
 Froufe KSA, PO.021, PO.031
 Funai MM, PO.018

G

Garcia MF, PO.003, PO.008, PO.011
 Gasparetto D, PO.003, PO.008
 Ghedini RG, PO.128
 Girardon D, PO.011
 Golçalves RC, PO.016
 Gomes BM, PO.135, PO.136, PO.139
 Gomes CRA, PO.026
 Gomes LC, PO.154
 Gomes LM, PO.135, PO.136
 Gomes MRA, PO.169, PO.174, PO.175, PO.188, PO.189, PO.194, PO.196, PO.197
 Gomes Neto A, AO.013, PO.030, PO.154
 Gomes NH, PO.135, PO.136
 Gomes R, PO.180
 Gonçalves Júnior MA, PO.198
 Gross JL, PO.025, PO.186

Grossi J, PO.062
 Grün G, PO.130, PO.140, PO.142, PO.146
 Guerra Filho V, PO.199, PO.200, PO.201, PO.202
 Guillemain R, AO.005
 Guimarães AB, AO.014, AO.026, PO.123, PO.124
 Guimarães MJB, AO.012
 Guimarães PAP, AO.019
 Gurjão MC, PO.099, PO.177

H

Haddad FJ, PO.025, PO.186
 Haddad GS, PO.043
 Haddad R, PO.043
 Hasimoto CN, PO.048
 Hasimoto EN, PO.045, PO.085, PO.086, PO.100, PO.101
 Hasimoto FN, PO.131, PO.134, PO.176
 Herbella FAM, PO.095
 Hidalgo G, PO.122
 Higa C, AO.008
 Holand ARR, PO.139, PO.141, PO.143, PO.146
 Horan TA, PO.132, PO.133
 Imaeda CJ, PO.149

I

Ishii V, PO.077
 Ishy A, AO.023
 Izique RA, PO.029

J

Jatene FB, AO.001, AO.004, AO.006, AO.007, AO.016, AO.017, AO.020, AO.021, AO.023, AO.025, PO.006, PO.010, PO.014, PO.022, PO.024, PO.065, PO.066, PO.067, PO.068, PO.069, PO.070, PO.071, PO.072, PO.076, PO.077, PO.078, PO.079, PO.080, PO.081, PO.082, PO.083, PO.102, PO.104, PO.105, PO.107, PO.109, PO.110, PO.112, PO.113, PO.151, PO.153, PO.195
 Jatene MB, PO.069
 Jorge FAV, PO.114
 Jorge V, PO.135
 Judice AM, AO.019
 Judice LF, AO.019, PO.007, PO.041
 Junqueira JJM, AO.017, PO.076

K

Kaminski PN, AO.014, PO.124
 Kauffman P, AO.021, AO.023
 Khalifa, A, PO.191
 Keshavjee S, PO.165

Kretzmann Filho NA, PO.141, PO.142, PO.143
Kretzmann N, PO.140
Krum M, PO.117, PO.119, PO.121
Kwiatkowski A, PO.011

L

Ladipo OMA, PO.169, PO.174, PO.175, PO.188
PO.189, PO.194, PO.196, PO.197
Lara Junior N, PO.080, PO.081
Lauricella LL, AO.016, PO.077, PO.078, PO.080
PO.081, PO.082, PO.112
Leal CM, PO.004, PO.017, PO.018, PO.020
Leal RAOS, PO.167
Leão EI, PO.145, PO.147, PO.156, PO.158,
PO.160, PO.162, PO.203
Leao LEV, AO.011, AO.024, PO.027, PO.095
PO.127, PO.131, PO.134, PO.145, PO.147,
PO.156, PO.158, PO.160, PO.162, PO.176,
PO.203
Leão LRS, PO.129
Ledesma A, PO.061
Leiro LCF, PO.169, PO.174, PO.175, PO.187
PO.188, PO.189, PO.193, PO.194, PO.196,
PO.197
Lessa M, PO.041
Leuck I, PO.117, PO.118, PO.119, PO.121
Lima CD, AO.008
Lima HCSM, PO.129
Lima IQ, PO.183, PO.184, PO.185
Lima LC, PO.180, PO.181, PO.182, PO.183,
PO.184, PO.185
Lima Netto JC, PO.180, PO.181, PO.182, PO.183
PO.184, PO.185
Lima NFF, PO.036, PO.037
Lima RC, AO.012
Lima RM, PO.198
Lima RT, PO.096, PO.138, PO.152
Lins TA, PO.126
Loivos LP, PO.166
Lopes FDT, PO.084
Lorenzi W, AO.005, PO.074, PO.088, PO.089
PO.090, PO.091, PO.092
Loureiro GL, PO.166
Lovato CL, PO.003, PO.008, PO.011
Ludtke I, PO.135, PO.136
Luitgards BF, PO.036, PO.037
Luz J, PO.062
Lyra RM, PO.169

M

M Al Abdulmohsen, PO.190
Macedo BR, PO.075

Macedo Neto AV, AO.005, PO.074, PO.075,
PO.088, PO.089, PO.090, PO.091, PO.092,
PO.150
Machado RV, PO.115, PO.116, PO.178, PO.179
Machuca TN, AO.026
Maia AL, AO.012
Mamare EM, PO.132, PO.133
Marchetti Filho MA, PO.131
Marchetti MA, PO.145, PO.147, PO.156
Margarites AF, PO.128
Mariani AW, AO.006, PO.104, PO.151, PO.153
Mariano R, PO.139, PO.140, PO.142, PO.143
Marina Krum, PO.118, PO.120
Marroni NP, PO.141
Martins Neto F, PO.019, PO.035
Martins YCA, PO.087
Mastri ALP, PO.028, PO.148, PO.159
Mata CAS, AO.011, PO.027, PO.095, PO.131,
PO.134, PO.149, PO.160, PO.176
Medeiros GA, PO.038, PO.040, PO.097
Medeiros IL, AO.006, AO.013, PO.030, PO.104,
PO.151, PO.153, PO.154
Medeiros JS, PO.098
Médici LF, PO.169
Melo CBC, AO.011, AO.024, PO.094, PO.127,
PO.162
Melo EL, PO.108
Melo IA, PO.115, PO.116, PO.124, PO.178,
PO.179
Mencarini ACM, PO.187
Mendonça T, AO.025
Menezes AQ, PO.024, PO.103, PO.106, PO.108,
PO.111, PO.125
Miller JD, AO.003, PO.190, PO.191
Minamoto H, AO.001, AO.004, AO.025, PO.002,
PO.006, PO.022, PO.065, PO.069, PO.072
Mion W, PO.013
Miotto A, PO.126
Miranda GF, PO.174, PO.175, PO.194, PO.196
Miyaoaka MY, PO.029
Monaco M, PO.066, PO.071, PO.113
Monteiro EFS, PO.126
Montessi J, AO.010, AO.022, PO.032, PO.033,
PO.039, PO.042, PO.051, PO.052, PO.053,
PO.144
Moraes EO, PO.051, PO.052, PO.053, PO.144,
PO.163
Moreira PRL, PO.009
Moreschi AH, PO.088, PO.089, PO.090, PO.091,
PO.092
Moriya HT, PO.083
Moroz A, AO.002, PO.013

Mota FT, PO.020
 Mota HJ, PO.098, PO.099, PO.129, PO.177
 Moura CBS, AO.013, PO.030, PO.154
 Moura RV, PO.055
 Mourad OMA, AO.019, PO.007, PO.041
 Murad F, PO.043
 Murad H, PO.043
 Mussi RK, PO.028, PO.148, PO.159

N

Nabuco PHX, PO.080, PO.081, PO.112
 Nadai TR, AO.020
 Narazaki DK, PO.080, PO.081
 Nascimento JDF, PO.033
 Nepomuceno NA, PO.014, PO.024, PO.195
 Nery F, PO.023
 Niero-Melo L, PO.101
 Nietmann H, PO.002, PO.009
 Nishida EH, PO.093
 Nishitani R, PO.057
 Nogueira ASM, PO.030
 Nunes RA, AO.008, PO.096, PO.138, PO.161

O

Oliveira A, PO.094, PO.114, PO.147, PO.155, PO.157, PO.158
 Oliveira CM, PO.144
 Oliveira FHS, PO.001, PO.044, PO.093
 Oliveira FM, PO.032, PO.042
 Oliveira HÁ, PO.170, PO.171, PO.172, PO.173
 Oliveira HG, PO.088, PO.089, PO.090, PO.091, PO.092
 Oliveira LGL, PO.048
 Oliveira R, PO.109, PO.134, PO.176
 Oliveira RLM, PO.065, PO.110, PO.112
 Oliveira RV, PO.055
 Oliveira V, PO.150
 Oshima CTF, PO.126
 Ota LH, PO.027, PO.095
 Otsubo L, PO.122
 Ostrander K, PO.190

P

Paludo A, PO.139, PO.143
 Parente RDG, PO.129
 Park BJ, PO.137
 Paula FJVB, PO.084
 Paulain C, PO.181
 Pazetti R, PO.010, PO.014, PO.024, PO.083, PO.195

Pedra C, PO.022
 Pêgo-Fernandes PM, AO.006, AO.007, AO.020, PO.010, PO.014, PO.024, PO.066, PO.067, PO.068, PO.071, PO.077, PO.079, PO.083, PO.102, PO.104, PO.105, PO.107, PO.113, PO.151, PO.153, PO.195
 Pelluau S, PO.074
 Pereira AL, PO.199, PO.200, PO.201, PO.202
 Pereira ALB, PO.043
 Pereira JR, PO.149
 Pereira L, PO.106
 Pereira RB, PO.130, PO.139, PO.140, PO.142, PO.146
 Pereira STLF, PO.115, PO.116, PO.178, PO.179
 Pereira T, PO.063
 Perelson OS, PO.161
 Perfeito JAJ, AO.024, PO.114, PO.126, PO.149
 Petrucci Júnior O, PO.148
 Piatto JR, PO.109
 Piauilino MA, PO.171, PO.172, PO.173
 Pierre A, PO.165
 Piggott K, AO.003
 Pilla ES, PO.117, PO.118, PO.119, PO.120, PO.121, PO.146
 Pinto CAL, PO.025
 Pinto Filho DR, AO.009, AO.015, PO.015, PO.034, PO.054, PO.073
 Pinto GCC, PO.178, PO.179
 Pio MS, PO.106
 Poletti GB, PO.159
 Polisel F, PO.076
 Polisseni N, PO.166
 Pontes ROC, PO.115, PO.116
 Ponzio ES, PO.132, PO.133
 Porto AAH, PO.059
 Prados CC, PO.060
 Prigenzi KCK, PO.029
 Pydd A, PO.061

Q

Queiroga FAB, PO.094
 Queiroga FJP, AO.012
 Queiroz T, PO.168

R

Ramalhete AC, PO.051, PO.053
 Ramalho AS, PO.110
 Ramos LM, PO.041
 Recuero S, PO.135
 Redmond K, PO.165
 Rego FMP, PO.105, PO.107
 Rego LCP, PO.129

Reis MCM, PO.043
Reis PS, PO.059
Reis VM, PO.038, PO.040, PO.097
Renck DV, PO.135, PO.136
Resende BN, PO.168
Resende LAL, PO.001
Rezende GC, PO.036, PO.037
Rezende J, PO.128
Ribeiro DC, PO.007
Ribeiro IOS, PO.087
Riesgo AS, PO.003, PO.008, PO.011
Ritter JC, PO.038, PO.040, PO.097
Rodrigues A, PO.006, PO.022
Rodrigues FL, PO.157
Rodrigues GA, PO.051, PO.053
Rodrigues LB, PO.167, PO.168
Romero FE, PO.114, PO.131
Rosa RF, PO.016, PO.084
Rosenberg N, PO.117, PO.118, PO.119, PO.120, PO.121
Rossi-Ferreira R, AO.002, PO.013
Rteiro Menezes, PO.195
Rubira CJ, PO.005
Ruiz Júnior RL, AO.002, PO.001, PO.012, PO.013, PO.093
Rymkiewicz E, AO.011, PO.114, PO.127, PO.145, PO.147, PO.155, PO.157, PO.158, PO.160, PO.162, PO.203

S

Sabbion RO, AO.016, PO.067, PO.068, PO.082
Saito EH, AO.008, PO.023, PO.096, PO.138, PO.152, PO.161
Saka JA, PO.010
Sales PMG, PO.019, PO.035
Salomão RP, PO.029
Samano MN, AO.007, PO.102, PO.104, PO.113
Sandrini MM, AO.011, PO.027, PO.095, PO.131, PO.134, PO.149, PO.160, PO.176
Santos DB, AO.008
Santos HMC, AO.011, PO.131, PO.134, PO.160, PO.162, PO.176
Santos JG, PO.028, PO.148, PO.159
Santos Júnior AO, AO.001
Santos LTS, PO.170
Santos MS, PO.180, PO.181, PO.182, PO.183, PO.185
Santos RS, PO.137
Santos SLO, PO.055
Sanz CJV, PO.111, PO.125
Saporito W, PO.155, PO.157
Sardenberg T, PO.012
Sarmiento PA, AO.024, PO.094
Sassi BT, PO.069, PO.079

Saueressig MG, AO.005, PO.074, PO.075, PO.088, PO.089, PO.090, PO.091, PO.092, PO.150
Scardini B, PO.168
Schaeffer L, PO.075
Schneider A, PO.061, PO.062, PO.063
Scordamaglio PR, PO.006, PO.022
Seabra JCT, PO.028, PO.148, PO.159
Sena RMB, PO.042
Sermet I, PO.074
Serrano RRP, PO.169, PO.174, PO.175, PO.196, PO.197
Silva AO, PO.115, PO.116
Silva GMS, PO.055, PO.056, PO.057, PO.058, PO.059, PO.060
Silva LCA, PO.099, PO.177
Silva LMTP, PO.109
Silva LRS, PO.058
Silva MS, PO.192
Silva OB, PO.136
Silva RO, PO.171, PO.173
Silva RR, PO.051, PO.053
Silva SM, PO.136
Silva VC, AO.010, AO.022, PO.033, PO.039, PO.042
Silveira R, PO.008, PO.011
Simões EA, PO.014
Singer L, PO.165
Siqueira GA, PO.172
Siqueira RP, PO.019, PO.035
Sirena F, PO.061
Soares PRO, PO.024, PO.195
Sobreira ML, PO.100
Soeyonggo T, PO.191
Sotilli JA, PO.117, PO.118, PO.119, PO.120, PO.121
Soubrane O, AO.005
Souilamas R, AO.005, PO.074
Souza FKM, PO.198
Souza HC, PO.098
Souza Júnior CJ, PO.057
Souza NR, PO.150
Souza RC, PO.094, PO.134, PO.176
Squeff FA, PO.122
Stelmach D, PO.174, PO.194
Stevão GDL, PO.122
Succi JE, AO.011, PO.127, PO.131, PO.134, PO.137, PO.156, PO.158, PO.160, PO.162, PO.176, PO.203
Suesada MM, PO.076
Suzuki I, PO.027

T

Tamagno MFL, AO.004, AO.016, AO.017, PO.065, PO.067, PO.068, PO.069, PO.070, PO.072, PO.079, PO.082

Tanhauser M, PO.061
 Tavares GAB, PO.103
 Tedde ML, AO.004, AO.023, AO.025, PO.006, PO.022, PO.110
 Teixeira FO, PO.122
 Teixeira LAC, PO.033, PO.039
 Teixeira RHOB, PO.102
 Teixeira WGJ, PO.080, PO.081
 Telles A, PO.027
 Terra Filho M, PO.078
 Terra RM, AO.001, AO.004, AO.016, AO.017, AO.020, AO.025, PO.065, PO.066, PO.067, PO.068, PO.069, PO.071, PO.076, PO.077, PO.078, PO.079, PO.080, PO.081, PO.082, PO.105, PO.107, PO.109, PO.112
 Teruya A, PO.026, PO.050, PO.064
 Thomazi R, PO.048
 Toro IFC, PO.028, PO.148, PO.159
 Tostes GA, PO.060
 Trajano AC, PO.137
 Trevisan A, PO.059

U

Unterpertinger FV, AO.006, PO.104, PO.151, PO.153

V

Vaidergorn J, PO.174, PO.175, PO.187, PO.188, PO.189, PO.193, PO.194, PO.196, PO.197
 Valderramas MS, PO.057
 Valle RL, PO.198
 Veiga Filho A, PO.049
 Ventura M, PO.166
 Veras GPM, PO.096, PO.138, PO.152, PO.161
 Verlangieri RMC, PO.122
 Vianna TONS, PO.026, PO.050, PO.064
 Victoria A, PO.168
 Vidigal F, PO.032, PO.033
 Vieira FJ, AO.010
 Vieira GMM, PO.025
 Vieira JP, AO.010, AO.022, PO.032, PO.033, PO.039, PO.042, PO.051, PO.052, PO.053, PO.058
 Vieira KA, PO.144
 Vieira LJ, AO.010
 Vieira RM, PO.129
 Vilhena AF, PO.167
 Villarinho DJ, PO.075

W

Waddell T, PO.165
 Waisberg DR, AO.004, PO.078, PO.105, PO.107
 Watanabe IC, PO.170
 Werebe EC, AO.007, PO.102, PO.137
 Westphal DC, PO.180, PO.181, PO.182, PO.183, PO.184, PO.185
 Westphal FL, PO.180, PO.181, PO.182, PO.183, PO.184, PO.185, PO.192
 Wobido T, PO.003, PO.008, PO.011
 Wolosker N, AO.023, AO.021

X

Ximenes ENF, PO.170, PO.171, PO.172
 Ximenes Netto M, PO.170, PO.171, PO.172, PO.173

Y

Yildirim E, PO.165
 Yoshida WB, PO.100

Z

Zanatta GA, PO.117, PO.118, PO.119, PO.120, PO.121
 Zhang, X PO.191
 Zerwes G, PO.135

Anais Tórax 2011



REALIZAÇÃO:



XVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Torácica XIV Congresso Norte Nordeste de Pneumologia

25 a 28 de maio

Tropical Hotel Manaus

PATROCINADORES:



Eventos 2011

NACIONAIS

XIII Congresso de Pneumologia e Tisiologia
do Estado do Rio de Janeiro
09 a 11 de junho

Local: Hotel Inter - Continental - Rio de Janeiro - RJ

XII Congresso Mineiro de Pneumologia
e Cirurgia de Tórax
11 a 13 de agosto

Local: Associação Médica de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG

VIII Congresso Brasileiro de Asma
IV Congresso Brasileiro de DPOC
IV Congresso Brasileiro de Tabagismo
24 a 27 de agosto

Local: Summerville Beach Resort Hotel
Porto de Galinhas - PE

XIV Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia
17 a 20 de novembro

Local: Centro Fecomércio de Eventos
São Paulo - SP

INTERNACIONAIS

ERS 2011

24 a 28 de setembro
Local: Amsterdam - Holanda

CHEST 2011

22 a 27 de outubro
Local: Honolulu - Hawaii - EUA