

XV Congresso Brasileiro de Cirurgia Torácica - Tórax 2007

RESUMOS

Temas Livres

0.001 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA TRÁQUEO-ESOFÁGICA CRÔNICA

TERRA RM*, MINAMOTO H*, ROCHA JRM*, SILVA FCP*, JATENE FB*

Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica - HCFMUSP*

INTRODUÇÃO: Fístula traqueo-esofágica (FTE) é uma rara e grave complicação de intubação orotraqueal (IOT), que geralmente ocorre em pacientes muito debilitados. Seu diagnóstico é difícil, passando muitas vezes despercebido por várias semanas. Diversas estratégias de tratamento foram propostas, porém, o assunto ainda é controverso. **OBJETIVOS:** Avaliar os resultados de tratamento cirúrgico da FTE benigna em nossa Instituição. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo realizado através de prontuários de pacientes com FTE tratados nos últimos 5 anos. **RESULTADOS:** Foram avaliados 6 homens e uma mulher com idade média de 33,85±20,25 anos (22-75 anos) com FTE benigna secundária a IOT prolongada (17,4±5,94 dias) em 6 pacientes e infecção por CMV em um paciente. Em 5 pacientes o diagnóstico foi feito devido suspeita clínica, em 2 pacientes a FTE foi um achado casual em exames endoscópicos. O tamanho médio da FTE foi de 1,85±0,74 cm e se localizava no terço proximal da traquéia em 6 casos e terço distal em um caso. Todos os pacientes receberam suporte nutricional no pré-operatório, sendo que 3 através de sonda nasoenteral, 2 através de gastrostomia, 1 através de jejunostomia e um por suplementos orais. Em 5 pacientes foi realizada ressecção segmentar de traquéia com anastomose término-terminal, rafia esofágica primária e interposição de retalho de músculo esternotireóide, em um destes, foi deixada prótese de Montgomery que foi retirada após um ano. Em um paciente foi realizado fechamento primário da fístula, interposição de músculo esternotireóide e colocação de prótese de Montgomery. No paciente com a fístula em terço distal da traquéia foi realizado tubo gástrico e posteriormente esofagectomia por VATS. Após realização de deglutograma e EED todos foram realimentados por via oral média 10,4±2,7 dias. Nenhum paciente teve recidiva da FTE durante acompanhamento imediato ou tardio. Apenas uma complicação significativa foi observada, deiscência parcial da anastomose traqueal, que foi tratada com colocação de prótese de Montgomery. Atualmente esta paciente está com endoprótese metálica auto-expansível e assintomática. **CONCLUSÃO:** Em pacientes clinicamente compensados e submetidos à terapia nutricional pré-operatória adequada, o tratamento cirúrgico da FTE benigna oferece excelentes resultados com boa taxa de resolatividade e baixo índice de complicações.

0.002 CROMOFIBROBRONCOSCOPIA COM AZUL DE TOLUIDINA PARA O DIAGNÓSTICO DE LESÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS, NEOPLÁSICAS E METAPLÁSICAS EM BRÔNQUIOS CENTRAIS DE TABAGISTAS

GONÇALVES JJS*, OTA LH*, LEÃO LEV*, FERREIRA RG*, FORTE V*

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os autores relatam a experiência em uma série de pacientes submetidos a cromobroncoscopia com azul de toluidina com a intenção de detectar lesão pré-neoplásica em via aérea inferior central. **OBJETIVOS:** Analisar a especificidade e sensibilidade do método para diagnóstico precoce de lesão pré-neoplásica e neoplásica. **MÉTODO:** TARKKANEN et al. (1972) foram os primeiros a utilizarem o corante vital na via aérea para lesões neoplásicas. A cromobroncoscopia foi realizada, com aprovação da comissão de ética médica, em 57 pacientes, com 121 biópsias, e em cada local da via aérea, corado ou padronizado, foram colhidas no mínimo, duas amostras de mucosa brônquica. Os critérios de inclusão foram pacientes com mais de 40 anos de idade, fumantes, de ambos os sexos, cirurgia de câncer de pulmão no passado, história de câncer na via aero-digestiva, pacientes em estadiamento de carcinoma de esôfago ou pulmão, fumantes com tosse e/ou hemoptise sem causa aparente, e pacientes com citologia de escarro positiva. Método estatístico empregado: 1 - Teste de MANN-WHITNEY (SIEGEL et al., 1988) para comparar os pacientes com áreas coradas com aqueles com áreas não-coradas em relação à idade, cigarros/dia, anos de tabagismo e anos/maço; 2 - Teste de Sensibilidade/Especificidade (GALLEN et al., 1975) para confrontar biópsias com o corante. Fixou-se em 0,05 ou 5% (< 0,05) o nível de rejeição da hipótese de nulidade. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 57 pacientes, 11 mulheres (19,3%) e 46 homens (80,7%). A média do grupo foi de 61 anos, 25 cigarros/dia, 40 anos de tabagismo e 50 anos/maço. Foram realizadas 121 biópsias, em média 2 a 3 fragmentos de cada local. Nessa casuística houve 3 portadores de neoplasia de laringe e 4 com neoplasia de esôfago, dos quais, em nenhuma oportunidade observou-se sincronidade com lesões pré-neoplásicas e/ou câncer de pulmão. A sensibilidade foi de 92,1%; especificidade 65,0%; taxa de erro falso-positivo 34,93%; taxa de erro falso-negativo 7,89%; valor preditivo positivo 54,6%; valor preditivo negativo 94,7%. **CONCLUSÕES:** A cromobroncoscopia é um exame de baixo custo de fácil execução por qualquer broncoscopista, com uma sensibilidade de 92,1% e uma especificidade de 65%, para as lesões de mucosa secundárias ao tabagismo e um valor preditivo negativo de 94,7%. Neste estudo não apresentou morbidade nem mortalidade. Estes números colocam a cromoscopia como um bom método de rastreamento de lesões precoces centrais, comparáveis aos já conceituados métodos, LIFE, SAFE.

Tabela Comparativa

	Broncoscopia Convencional	Cromobroncoscopia com Azul Toluidina	LIFE LAM et al.	SAFE KAKIHANA et al.
Pacientes (n)	94	57	94	72
Biópsia (n)	147	121	328	147
Sensibilidade	48,4%	92,1	72,5%	92%
Especificidade	94%	65%	94%	56%
Valor preditivo +	62%	54,6%	53,6%	71%

0.003 COMPARAÇÃO ENTRE OS TRANSPLANTES UNILATERAIS E BILATERAIS DO PROGRAMA DE TRANSPLANTE PULMONAR DO INCOR - HC/FMUSP

SAMANO MN*, AFONSO JR JE*, CARAMORI ML*, TEIXEIRA RHOB*, WEREBE EC*,

VILLIGER LEO*, PÊGO-FERNANDES PM*, JATENE FB*

Instituição: Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo - SP*

INTRODUÇÃO: O transplante pulmonar é uma opção para tratamento de pneumopatias avançadas e a escolha do tipo de transplante, unilateral ou bilateral, vai depender do tipo de doença de base, do status clínico do paciente e da presença ou não de abordagens cirúrgicas torácicas prévias. **OBJETIVO:** Analisar a experiência do Grupo de Transplante Pulmonar do InCor-HC/FMUSP de agosto de 2003 a agosto de 2006 e comparar os resultados entre os transplantes unilaterais e bilaterais. **MÉTODOS:** Foram analisados todos os transplantes pulmonares de agosto de 2003 a agosto de 2006. Foram analisadas as doenças de base, o tempo em lista, a média de idade e comparadas as sobrevidas (peri-operatória e total), tempo de ventilação mecânica e tempo de internação em UTI entre os transplantes unilaterais e bilaterais. **RESULTADOS:** Neste período, foram realizados 40 transplantes pulmonares, sendo 20 unilaterais (12 esquerdos e 8 direitos) e 20 bilaterais. A média de idade dos pacientes transplantados foi de 46,7 anos (18 - 67), sendo 27 do sexo masculino. As indicações foram: Fibrose Pulmonar (13), Enfisema Pulmonar (11), Bronquiectasias (9), Fibrose Cística (5) e Linfangiomiomatose (2). O tempo de espera em lista dos pacientes foi em média de 7,8 meses (1 - 30m). A idade média dos receptores unilaterais foi maior do que dos bilaterais (55 anos vs. 40 anos, p < 0,05), e os pacientes submetidos ao transplante bilateral apresentavam melhor teste de caminhada de 6 minutos do que aqueles submetidos ao unilateral (312m vs. 428m, p < 0,05). O tempo médio de ventilação mecânica geral foi de 26,5 horas, sendo 25,2 horas para bilaterais e 27,8 horas para unilaterais (p > 0,05). O tempo médio de permanência em UTI foi de 11,6 dias, sendo 13,7 dias nos unilaterais e 10,4 nos bilaterais (p > 0,05). A sobrevida geral peri-operatória foi de 80%, sendo que para bilaterais foi de 95% e unilaterais 65% (p < 0,01). A sobrevida total geral foi de 68%, sendo 85% para bilaterais e 50% para unilaterais (p < 0,01). **CONCLUSÃO:** Em nossa casuística, os transplantes bilaterais atingiram índices de sobrevida maiores que os transplantes unilaterais. Observamos também que não houve diferença estatisticamente significativa entre o tempo de ventilação mecânica e o tempo de permanência em UTI.

0.004 LUNG RESECTION AFTER LUNG TRANSPLANTATION IN CYSTIC FIBROSIS

SOUILAMAS R*, NEVES-PEREIRA JC*, MOUSTAFA A*

Instituição: Hôpital Européen Georges Pompidou*

INTRODUCTION: Lung transplantation has emerged as a successful treatment for end-stage cystic fibrosis. Some of the post lung transplant CF patients need pulmonary resection. We review our experience in pulmonary resection following lung transplantation in cystic fibrosis patients. **METHODS:** A retrospective study of the lung transplant database from January 2000 to June 2005 was carried out. 124 patients had lung transplantation where 92 were done for cystic fibrosis. Ten cases of pulmonary resection were performed in CF patients who had single and double lung transplantation. Indications for pulmonary resection include native lung hyperinflation, infection, hemorrhage, infarction, and bronchiolitis obliterans organizing pneumonia (BOOP). Two patients had contralateral pneumonectomy after single lung transplantation. Both patients had infection of the native lung. For double lung transplantation patients, 3 patients had lobectomies indicated for lobar torsion (2) and pulmonary necrosis following pulmonary artery embolism (1), 1 had pneumonectomy because of infection of the allograft, and 3 had wedge resection indicated for size mismatch. In addition, 1 patient had wedge resection after lobar transplantation from living donor. Three patients died in the postoperative course while seven patients survived with good follow up. **CONCLUSION:** Pulmonary resection after LTx in CF patients is an accepted surgical therapy. However, the progressive nature of CF, and the aggressive immunosuppressive regimen substantially increase the risk of post transplant pulmonary resection. Higher mortality is noticed in patients who had native pneumonectomy. Good follow up is achieved in other diagnostic and therapeutic resections

0.005 PECTUS EXCAVATUM: A ESTERNOCONDROPLASTIA E A CIRURGIA DE NUSS SÃO TÉCNICAS ANTAGÔNICAS?

COELHO MS*, OSTROSKI A*, SANTOS AFR*, ESTRAPASSON F*, CHYLA E*, GUIMARÃES P*

Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica e Endoscopia Respiratória - PUC - Curitiba - PR*

INTRODUÇÃO: Com a Cirurgia de Nuss (Nuss) tem-se obtido bons resultados no tratamento do Pectus Excavatum (PE), no entanto o número de complicações tem sido elevado e a sua indicação tem sido indiscriminada. Por outro lado a Esternocondroplastia (ECP) oferece bons resultados com baixo índice de complicações, porém necessita de uma incisão transversal na parede torácica anterior. **OBJETIVOS:** Comparar a ECP e Nuss em relação a indicação, resultados, tempo de internamento, tempo de cirurgia, e complicações. **RESULTADOS:** foram analisados 24 pacientes portadores de Pectus Excavatum submetidos a cirurgia, sendo 12 pela ECP e 12 por Nuss. Vinte (83,3%) eram masculinos e 4 (16,7%) feminino. A idade variou dos 11 aos 38 anos com média de 19,7 anos. No grupo ECP, 7 (58,3%) eram portadores de PE Simétrico e 5 (41,7%) PE Assimétrico e no Grupo Nuss 09 (75%) apresentavam PE Simétrico e 3 (25%) PE Assimétrico com p = 0,333. O tempo de cirurgia da ECP variou de 210 a 260' com média de 229,2' e o de Nuss de 43,0 a 95,0' com média de 55,3. A média de internamento foi de 4 dias com ECP e 6,5 com Nuss. Com p = 0,219. Com a ECP obteve-se 11 (91,7%) de bons resultados e 1 (8,3%) de regular.

Com Nuss obteve-se 9 (75,0%) de bons resultados e 3 (25,0%) de maus resultados, todos portadores de PE Assimétrico. No Grupo ECP 11(91,7%) não apresentaram complicações e 1 (8,3%) apresentou soroma. No Grupo Nuss 6 (50,0%) apresentaram complicações, sendo 1(8,3%) deslocamento da barra, 2(16,7%) pneumonia, 1 (8,3%) derrame pleural e 2 (16,7%) com dor torácica severa apesar da analgesia peridural. **CONCLUSÃO:** Contrariando ao que tem sido divulgado na literatura a Esternocostoplastia foi superior a Cirurgia de Nuss notadamente em relação ao seu alto índice de bons resultados e ao alto índice de complicações e maus resultados desta, especialmente pela indicação indiscriminada que não leva em consideração o Pectus Excavatum Assimétrico grande responsável pelos seus maus resultados. Os autores propõem organograma para tratamento do Pectus Excavatum no qual são levados em conta o tipo de Pectus Excavatum, a presença de protusão costal inferior, o grau e a idade do paciente

0.006 ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA CORREÇÃO DAS ESTENOSSES TRAQUEAIS ADQUIRIDAS

CATANE DC*, TAKAHASHI RM*, CATANE AJM*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU DA UNIVERSIDADE ESTADUAL "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" - UNESP - BOTUCATU - SP*

INTRODUÇÃO: Vários são os procedimentos utilizados para a correção das estenoses traqueais adquiridas e o Cirurgião Torácico deve estar familiarizado com todos, pois assim terá condições de indicar qual o melhor tratamento para cada caso. **Objetivos:** Avaliar, em um hospital universitário, a forma de apresentação e os procedimentos utilizados para a correção das estenoses traqueais adquiridas. **MÉTODOS:** Análise dos prontuários de pacientes com estenose traqueal submetidos a dilatação, a colocação de órtese ou a cirurgia, em um período de 44 meses. **RESULTADOS:** No período de janeiro de 2003 a agosto de 2006, foram admitidos em nosso serviço 37 pacientes com estenoses traqueais. A idade variou de 1 a 77 anos (x = 36), sendo predominante no sexo masculino (62%). A principal causa foi a intubação prolongada (86%), os demais foram seqüelares a doenças infecciosas como a tuberculose (4) e a paracoccidiodomicose (1). Todos os pacientes deram entrada no hospital com queixa de dispnéia e ruído respiratório, sendo 17 deles encaminhados já com traqueostomia. Necessitaram dilatação até as primeiras 48 horas, 14 dos restantes. Foram submetidos a 109 procedimentos, dos quais 91 foram dilatações, associadas ou não à utilização de Mitomicina C tópica (M) ou à colocação ou troca de tubo T de Montgomery (T). Foram submetidos a dilatação exclusiva, 7 pacientes, sendo 5 com uso de M, com tempo médio de resolução de 3 meses. O T foi necessário em 19 paciente, dos quais, 7 foram operados, 7 submetidos a sessões de M, com tempo médio de resolução de 6 meses e 5 permaneceram em média 1 ano com a órtese. Foram submetidos a traqueoplastias, 12 pacientes e a laringotomoplastias 6. Desses, 6 foram operados eletivamente sem abordagem prévia, 5 submetidos anteriormente a dilatação e 7 necessitaram do uso de T. **CONCLUSÃO:** Apesar da nossa preferência pela dilatação inicial para posterior cirurgia, na maioria das vezes isso não é possível, pois muito pacientes já chegam ao hospital com traqueostomia e outros, ainda necessitam de tempo maior com T para estabilizar do processo inflamatório inicial. Em pacientes com estenoses extensas ou com alto risco para a cirurgia, a M mostrou ser bastante eficaz pela diminuição do tempo de tratamento.

0.007 LIMITED RESECTION AND INTRAOPERATIVE ROBOTIC ASSISTED BRACHY THERAPY FOR THE HIGH RISK PATIENT WITH LUNG CANCER

BELSLEY SJ*, BHORA FY*, BALARAM S*, ASHTON RC*, EVANS A*, CONNERY CP*

INSTITUIÇÃO: ST.LUKES-ROOSEVELT AND BETH ISRAEL MEDICAL CENTERS NEW YORK - NY*

INTRODUCTION: The role of brachytherapy as an adjuvant to limited resection for non small cell lung cancer(NSCLC) has seen renewed interest due to advances in surgical technique allowing both limited lung resection and application of brachytherapy using minimally invasive techniques. Our institution first reported a technique of limited lung resection and robotic brachytherapy seed application developed experimentally in swine and later applied to the treatment of NSCLC in high risk patients unable to tolerate standard lobectomy. We now report our experience and follow-up with this technique in 6 patients. **METHODS:** The Da Vinci robot was used to suture strands of I-125 seeds intracorporeally over the margin of thoracoscopic wedge resections buttressed with bovine pericardium. The seeds delivered 14,400 cGy up to 1 cm from the plane of the implant over 9 months (5 half lives). Patients were followed with CT scans every 6 months. Data was analyzed with SPSS 13.0 **RESULTS:** Mean patient age was 76 ± 3.3 years. Average ASA was 2.7. All patients had extensive medical comorbidities and limited performance status that precluded lobectomy. FEV₁ was 1.56 ± 0.78L. DLCO was 13.0 ml/mmHg/min. Tumor size was 1.37 ± 0.5 cm. All margins were negative. Perioperative mortality was 0%. Length of stay was 5.2 ± 2.2 days. Six month follow-up CT scans demonstrated seed stability in all patients. Follow-up was 15.2 ± 12.8 months. One patient with a centrally located squamous cancer had local recurrence 13 months post op. One patient died of medical causes 25 months after operation with no evidence of recurrence. Five patients were Stage IA, one patient IB (extension to visceral pleura). **CONCLUSION:** Tailored robotic radioactive seed placement as adjuvant therapy provides an additional treatment option for a select group of patients undergoing limited pulmonary resection. Long term survival benefit and freedom from recurrence with this novel approach needs further study.

0.008 AUTOTRANSFUSÃO NO HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO

MEDEIROS GA*, FRAZÃO DM*, GONÇALVES ACG*, COSTA FC*, MENEZES MCLB*, SOUSA RM*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO*

INTRODUÇÃO: A escassez de sangue nos grandes centros urbanos e a demanda acentuada de transfusões desencadeadas, principalmente, pelas lesões traumáticas têm estimulado a técnica de autotransfusão com sangue drenado de hemotórax. Esta vem sendo descrita há 80 anos e continua subutilizada. **OBJETIVO:** Mostrar a eficácia da autotransfusão no hemotórax traumático e a baixa morbidade, mesmo quando é realizada manualmente com métodos rudimentares. **MÉTODO:** Oitenta e cinco pacientes submetidos à autotransfusão após o diagnóstico de hemotórax traumático no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Antônio Targino em Campina Grande. Análise retrospectiva dos prontuários no período de 1990 a 2006. Todos os pacientes foram atendidos pelo mesmo cirurgião torácico. **RESULTADOS:** Oitenta pacientes eram do sexo masculino (94%) e cinco do sexo feminino (6%) com idade média de 25 anos (18-44 anos). As lesões traumáticas foram produzidas por arma branca (45), arma de fogo (30) e trauma torácico fechado (10). Os órgãos e vasos lesados foram: pulmões, fígado, baço, rins, cólon, artérias axilar e vertebral. O volume sanguíneo transfundido variou de 800 a 2000 ml (média de 1167 ml). Ocorreu 1 caso de piopneumotórax e 1 óbito (choque hemorrágico) não relacionados ao procedimento. **CONCLUSÃO:** a autotransfusão permite a imediata disponibilidade do sangue, reduzindo os riscos imunológicos de uma transfusão homóloga. A possível contaminação, a mudança nos estados morfológico e fisiológico do sangue, originando hemólise, o risco de embolia ou lesões renais, não foram observados em nosso trabalho.

0.009 CIRURGIA REDUTORA DE VOLUME PULMONAR EM CARCINOMA BRÔNQUICO

BUSTOS MEF*, CAMARGO JJP*, MELO RM*, CAMARGO SM*

Instituição: Santa Casa de Porto Alegre - RS*

INTRODUÇÃO: Uma disfunção pulmonar severa, em pacientes com enfisema pulmonar, tem sido considerada uma contra-indicação relativa para ressecção cirúrgica em pacientes com nódulos solitários ou carcinomas pulmonares. Para estes pacientes as alternativas de tratamento são a radioterapia com ou sem quimioterapia, com resultados poucos promissórios. Em casos bem selecionados a cirurgia seria o melhor tratamento para estas duas patologias, embora com risco cirúrgico aumentado. **OBJETIVO:** Apresentar o caso de um paciente de 76 anos de idade, sexo masculino, que intemou para avaliação e tratamento de nódulo pulmonar com características radiológicas de neoplasia e enfisema pulmonar. **MÉTODO:** Paciente masculino, 76 anos, tabagista durante 40 anos que consulta por dispnéia aos médios esforços. Relata que há aproximadamente seis meses, durante exame clínico de rotina, foi solicitada radiografia de tórax, onde se observou nódulo em lobo superior direito. TC de tórax: presença de nódulo de aproximadamente 3 cm no lobo superior direito e enfisema pulmonar. Espirometria pré-operatória: VEF₁: 1,27 L (60%) e CVF: 2,88 L (106%). Após avaliação clínica e estadiamento oncológico o paciente foi submetido a toracotomia lateral direita, lobectomia superior e linfadenectomia mediastinal. O paciente apresentou boa evolução pós-operatória com melhora evidente da dispnéia e teve alta hospitalar no oitavo dia de PO. Diagnóstico patológico definitivo: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, padrão lepidico, com invasão de pleura visceral, associado a enfisema pulmonar (pTNM-T2N0M0). No sétimo mês de PO realizou-se uma nova espirometria que revelou os seguintes valores: VEF₁: 1,39 (58%) e FVC: 2,73 (83%). **RESULTADOS:** Os valores espirométricos e a dispnéia aos médios esforços do paciente melhoraram após a cirurgia, embora com uma ressecção lobar total. **CONCLUSÃO:** Devido a que o fumo é um fator de risco, tanto para o enfisema pulmonar como para o carcinoma de pulmão, frequentemente ambos coexistem. A ressecção cirúrgica ainda é a melhor alternativa de cura para pacientes com carcinoma brônquico localizado. A cirurgia redutora de volume pulmonar em associação com a ressecção de um nódulo ou carcinoma de pulmão, situados nas áreas mais comprometidas, deveria ser considerada em pacientes com enfisema pulmonar e reserva funcional limitada com a perspectiva de melhorar a função pulmonar pós-operatória.

0.010 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ESTENOSSES TRAQUEAIS CONGÊNITAS: RESULTADOS DE EXPERIÊNCIA INICIAL

TERRA RM*, MINAMOTO H*, MARIANO LCB*, FERNANDEZ A*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Estenose traqueal congênita é uma malformação rara e potencialmente letal. Apesar do desenvolvimento de novas técnicas e a melhora nos resultados cirúrgicos, ainda requer uma equipe especializada e cuidados individualizados. **OBJETIVO:** Analisar os resultados dos pacientes tratados cirurgicamente em nossa instituição desde 2001. **MÉTODO:** Estudo Retrospectivo. **RESULTADOS:** Seis meninos e uma menina (idade ao diagnóstico entre 28 dias e 3 anos) foram incluídos. Cinco casos tinham malformações cardíacas ou de grandes vasos associadas. A extensão da estenose foi: curta (3 pacientes), média (1) e longa (3). As técnicas utilizadas foram: traqueoplastia com pericárdio (n = 3), ressecção e anastomose (n = 2), traqueoplastia por "slide" (n = 1) e correção de anel vascular (n = 1). Resultados imediatos: cinco pacientes (71,5%) sobreviveram, quatro livres da doença e um manteve problemas respiratórios (malácia e granulação) necessitando de prótese temporária (Montgomery). Resultados tardios: a média de acompanhamento foi de 14,1 meses (entre 1,5mês a 5 anos), um paciente morreu seis meses após cirurgia de causa não relacionada, os demais ficaram livres da doença (3) e um persistia com prótese traqueal até o término da análise dos dados. **CONCLUSÕES:** Estenose traqueal congênita é uma doença curável, entretanto, seu tratamento está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade.

0.011 TORACOSCOPIA NO TRATAMENTO DO EMPIEMA PLEURAL EM CRIANÇAS

ENGEL FA*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A pneumonia é uma doença comum na infância, com incidência entre 1 a 4,5 casos por 100 crianças por ano. Embora a maioria das pneumonias sejam virais, bacterianas são o agente etiológico em 20% a 30% dos pacientes. A pneumonia bacteriana pode ser severa, com estimativas de que até 3 milhões de crianças morram de pneumonia todos os anos, principalmente em países em desenvolvimento. Derrames pleurais e empiemas são complicações comuns da pneumonia bacteriana em crianças, acometendo 40% dos pacientes. Aproximadamente 60% destes derrames resultam em empiemas. **OBJETIVOS:** Apresentar resultados obtidos com a toracoscopia no tratamento do empiema pleural em crianças. **MÉTODOS:** De fevereiro de 1983 a julho de 2006, 117 toracoscopias foram realizadas em pacientes com idade de 5 meses a 17 anos de idade (média, 4 anos) no tratamento do empiema pleural. Foram operados utilizando-se o mediastinoscópio de Carlens 54 (46%) ou videotoracoscopia 63 (54%) com anestesia geral e sonda de intubação simples. As indicações para a intervenção cirúrgica foram: derrame pleural com ausência de resposta clínica e radiológica ao tratamento clínico (antibióticos, fisioterapia e toracocentese) ou sepsis grave, e derrame pleural loculado. **RESULTADOS:** Todos os pacientes submetidos a toracoscopia obtiveram uma rápida melhora clínica. O tempo médio de permanência do dreno torácico foi de 9 dias (2 a 33), e tempo de internação hospitalar foi de 16,4 dias (4 a 49). Não houve mortalidade relacionada ao procedimento cirúrgico, 33 pacientes (28%) tiveram fistula aérea prolongada. Em 7 pacientes (6%), houve necessidade de conversão para toracotomia com decorticação pulmonar devido à organização do empiema. **CONCLUSÃO:** Crianças com empiemas pleurais tratadas com toracoscopia precoce apresentam uma relação custo-benefício melhor do que aquelas tratadas com drenagem pleural. Apesar disso, a terapêutica cirúrgica é geralmente requisitada tardiamente no curso da doença, particularmente quando já existem múltiplas localizações ou quadro séptico grave. A toracoscopia indicada precocemente proporcionou uma melhor resposta à terapêutica clínica, reduzindo a morbi-mortalidade, o tempo de drenagem torácica, o tempo de internação hospitalar e de antibioticoterapia.

0.012 AVALIAÇÃO INTEGRAL DA CADEIA LINFÁTICA SUBCARINAL, EM PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMA BRÔNQUICO, ATRAVÉS DA MEDIASTINOSCOPIA CERVICAL E VIDEOTORACOSCOPIA

PINTO FILHO DR*, AVINO AJG*, SPIANDORELLO WP*,

Instituição: Universidade de Caxias do Sul - UCS- Caxias do Sul RS*

INTRODUÇÃO: A descoberta transoperatória do comprometimento linfático mediastinal, em

pacientes portadores de carcinoma brônquico, a despeito do uso rotineiro da mediastinoscopia, exclui esta população dos benefícios da terapêutica neoadjuvante, com nítido impacto sobre a sobrevida. A impossibilidade de acessarmos a porção posterior da cadeia subcarinal através da mediastinoscopia cervical é, sem dúvida, um dos fatores responsáveis pela falha em selecionarmos os melhores candidatos ao tratamento combinado. **OBJETIVO:** Avaliar a incidência do comprometimento da porção posterior da cadeia subcarinal, em pacientes portadores de carcinoma brônquico, submetidos à mediastinoscopia cervical e videotoroscopia. **MÉTODO:** O estudo avaliou, prospectivamente, trinta e seis pacientes com diagnóstico de carcinoma brônquico, candidatas a tratamento cirúrgico, exceto os localizados no LSE, submetidos à mediastinoscopia cervical com biópsia dos linfonodos paratraqueais e porção anterior da cadeia subcarinal. No mesmo tempo anestésico, mediante patologia de congelação negativa, realizaram a videotoroscopia com biópsia da porção posterior da cadeia subcarinal. **RESULTADOS:** Vinte e seis pacientes eram do sexo masculino, a idade média foi de 66 anos. 17 adenocarcinomas e 17 carcinoma epidermóide, 2 indiferenciados de grandes células. Estágio Ia n = 6; Ib n = 15; IIa n = 1; IIb n = 6; IIIa n = 4; IIIb n = 2; IV n = 2. Localização: LSD n = 20; LID n = 11; LIE n = 5. As lesões foram centrais em 19 casos com tamanho médio de 3,8 cm. O comprometimento apenas da porção posterior da cadeia subcarinal foi identificado em sete pacientes (19,4%), o valor preditivo positivo foi de 83,3%; valor preditivo negativo 93,3%; sensibilidade 71,4%; especificidade de 96,5 %. **CONCLUSÃO:** A prevalência de 19,4 %; Especificidade de 96 % e valor preditivo negativo de 93% concluem pela inclusão da investigação da porção posterior da cadeia subcarinal, através da videotoroscopia, nos casos em que a mediastinoscopia cervical resultou negativa. O método mostrou-se efetivo para avaliação linfonodal histopatológica de pacientes portadores de carcinoma brônquico candidatos ao tratamento cirúrgico, permitindo uma melhor seleção de candidatos ao tratamento neoadjuvante.

0.013 LUNG TRANSPLANTATION IN CYSTIC FIBROSIS: A SINGLE CENTER EXPERIENCE 2000-2005

SOUILAMAS R*, NEVES-PEREIRA JC*, MOUSTAFA A*

INSTITUIÇÃO: HÓSPITAL EUROPÉEN GEARGES POMPIDOU*

INTRODUCTION and OBJECTIVES: Lung transplant is a valid therapeutic approach for patients with cystic fibrosis. The objective of this study is to examine the results and the cystic fibrosis patient outcome our experience of lung transplantation in single center **METHODS:** This is a retrospective study of the lung transplant database from January 2000 to June 2005 in cystic fibrosis patients. Standard techniques for single, bilateral, lobar, and combined liver/Bilateral transplantations were performed with or without cardiopulmonary bypass. All patients received standard immunosuppressive protocols. We analyze the following variables, the duration of hospitalization, and the short-term survival, the incidence of bronchiolitis obliterans, and the time in waiting list. **RESULTS:** 124 patients had lung transplantation from the January 2000 to June 2005, among them 92 patients for cystic fibrosis. Our main indication in our Lung transplant program is cystic fibrosis (74%). Transplantation's type included 79 double-lung, 5 combined liver / lungs, 2 single lung with contra lateral pneumonectomy, 6 double lobar transplantation from living donors. The age ranged from 10 to 35 years, with mean of 27 years. Mean FEV was 27%. Mean I.C.U. stay of 31 days and total hospitalization = 52 days. The 36 months survival was 70%, the BOS incidence was 42%. The mean waiting list time was 14 months in the 2000-2002 period and 7 months in the 2002-2005. The principal late complication was the non-anastomotic bronchial stenosis. The common causes of death were infection and BOS. We compared our indication of transplantation in CF patients to that of ISHLT and French Registries 2006, it was observed 72%, 32% and 36% respectively. **CONCLUSION:** Although CF patients are high risk and sepsis, ones and require long time hospitalization, lung transplantation in these patients had good results and follow up, a weak mortality rate with decrease of the waiting time list from 2000 to 2006. These results are comparable to those of the International Registry.

0.014 ANÁLISE COMPARATIVA DAS TÉCNICAS DE ANASTOMOSE BRÔNQUICA (TÉRMINO-TERMINAL VS. TELESCOPAGEM) NOS TRANSPLANTES PULMONARES

SAMANO MN*, YAMAÇAKE KGR*, GOMES HAP*, JUNQUEIRA JJM*, AFONSO JR. JE*, TEIXEIRA RHOB*, CARAMORI ML*, PÊGO-FERNANDES PM*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA - (INCOR) HC-FMUSP*

INTRODUÇÃO: Estima-se que 27% dos pacientes submetidos ao transplante pulmonar desenvolverão complicações brônquicas decorrentes da anastomose. Este tipo de complicação ocorre principalmente pela pobreza da irrigação sanguínea da árvore traqueo-brônquica, que faz com que esta cicatrização seja deficitária. Com o intuito de diminuir este índice, várias técnicas foram desenvolvidas como a anastomose por telescopagem e as proteções da anastomose, seja com pedículo de grande omento ou intercostal. **OBJETIVOS:** Comparação das duas técnicas de anastomose brônquica empregadas nos transplantes pulmonares: termino-terminal (TT) e telescopagem (TS) correlacionando-as com o número de complicações, tempo de UTI e ventilação mecânica e sobrevida. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva dos prontuários de 51 pacientes transplantados no InCor - HCFMUSP, no período de set/2000 a set/2006. Estes foram divididos em dois grupos de acordo com o tipo de anastomose empregada (Grupo TS e Grupo TT). **RESULTADOS:** Foram realizadas 14 anastomoses TS, correspondendo aos 14 transplantes iniciais, todos unilaterais, entre set/2000 e set/2003. Nos transplantes realizados a partir de então foi adotada a técnica TT em 57 anastomoses, das quais 40 corresponderam a transplantes bilaterais. O índice total de complicações brônquicas foi de 12,67% (9 anastomoses), sendo mais frequente nas anastomoses TS (21,43%, 3 anastomoses), do que nas anastomoses TT (10,52%, 6 anastomoses). Analisando comparativamente estes grupos, não houve diferença estatística significativa no tempo de permanência em UTI. Porém, menor tempo de ventilação mecânica (p = 0,03) e tempo de isquemia (p = 0,004) foram observados no grupo TT. A curva de sobrevida também se mostrou favorável a realização de anastomose TT (Grupo TS - 21,4%, Grupo TT - 59,5%). **CONCLUSÃO:** As complicações decorrentes da anastomose brônquica nos transplantes pulmonares permanecem como fatores de aumento de morbi-mortalidade. A anastomose TT se mostrou superior a anastomose TS, apresentando menor índice de complicações, menor tempo de ventilação mecânica e melhor sobrevida neste grupo de pacientes.

0.015 CICLOSPORINA A REDUZ A SECREÇÃO DE MUÇO DAS VIAS AÉREAS E O TRANSPORTE MUCOCILIAR DE RATOS

PAZETTI R*, PÊGO-FERNANDES PM*, RANZANI OT*, PARRA ERC*, LORENZI-FILHO G*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A depuração mucociliar é o principal mecanismo não específico de defesa das vias aéreas e atua através da remoção contínua de partículas inaladas e aderidas ao muco que recobre a luz da árvore traqueobrônquica. Qualquer alteração seja na quantidade seja na qualidade do muco pode prejudicar o perfeito funcionamento desse sistema, levando a um maior risco de infecções pulmonares, como se observa não raramente em pacientes receptores de enxertos. **OBJETIVOS:** Avaliar os efeitos da ciclosporina A sobre a produção de mucinas ácidas e neutras pelas células calciformes e sobre o transporte mucociliar in situ de ratos. **MÉTODOS:** Vinte e um ratos machos Wistar foram distribuídos em três grupos: Controle (n = 5), Salina (n = 8) e Ciclosporina A (n = 8). Após 30 dias de terapia, os ratos foram mortos e os pulmões removidos da cavidade torácica. Amostras de muco foram coletadas e a medida da transportabilidade in vitro foi realizada através de um modelo de palato de rã. A velocidade do transporte mucociliar foi medida através da observação direta do deslocamento de partículas aderidas ao muco do epitélio ciliado brônquico. Por fim, efetuamos a quantificação das mucinas estocadas nas células calciformes do epitélio respiratório. **RESULTADOS:** A transportabilidade do muco in vitro foi estatisticamente menor (p < 0,001) no grupo tratado com ciclosporina. Da mesma forma, houve um decréscimo na velocidade de transporte mucociliar in situ nos animais imunossuprimidos em relação aos que receberam o placebo (p = 0,02). Houve diminuição significativa na quantidade de muco ácido (p = 0,01) e neutro (p = 0,02) produzidos pelas células calciformes nos animais tratados com ciclosporina. A correlação entre a porcentagem de muco e a transportabilidade in vitro foi positiva e significante (r = 0,706; p < 0,001), assim como entre a porcentagem do muco e o transporte mucociliar in situ (r = 0,688; p = 0,001). **CONCLUSÃO:** O presente estudo mostra que a ciclosporina A age no sistema mucociliar causando um sério prejuízo através da redução na produção de muco ácido e neutro pelas células calciformes como também a diminuição da velocidade de transporte mucociliar in situ e a transportabilidade do muco in vitro.

0.016 BOLHAS ENFISEMATOSAS GIGANTES DO PULMÃO: RESSECÇÃO OU DRENAGEM?

BOTTER M*, RIVABEN JH*, GONÇALVES R*, DORGAN VN*, PERLINGEIRO JAG*, LOPEZ JMA*, SQUEFF FA*, BIZON JA*, SAAD RJ*

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE SÃO PAULO - FMUSP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Bolhas pulmonares enfisematosas têm indicação operatória quando sintomáticas ou mesmo quando ocupam volume superior à metade de um hemitórax. Diversos são os métodos relatados para tratamento destas lesões destacando-se a bulectomia por diferentes vias de acesso, cuja morbimortalidade é elevada. Desde 1950, bolhas pulmonares gigantes têm sido operadas no Departamento de Cirurgia da FCM Santa Casa de São Paulo, porém, há 10 anos temos realizado a drenagem dessas lesões com anestesia local e pequena toracostomia. **OBJETIVOS:** comparar os resultados da bulectomia por toracotomia à técnica de drenagem de bolha com anestesia local. **MÉTODOS:** avaliamos retrospectivamente 73 doentes operados entre janeiro de 1979 e junho de 2005, divididos em dois grupos: Grupo A, com 46 doentes submetidos a 49 bulectomias por toracotomia e Grupo B, com 27 doentes submetidos a 31 drenagens de bolha. Foram comparadas as características populacionais entre os grupos, o tempo de internação, a morbimortalidade e os parâmetros clínicos e funcionais pré e pós-operatórios. **RESULTADOS:** houve menor tempo de internação e menor incidência de complicações no grupo B, diferenças estatisticamente significantes. A mortalidade pós-operatória precoce foi de 8,2% no grupo A e zero no grupo B. Em quatro doentes do grupo B (12%) não ocorreu colapso total da bolha após a drenagem. Não houve diferença estatisticamente significante entre os dois grupos em relação aos parâmetros de evolução tardia. **CONCLUSÕES:** A drenagem de bolha com anestesia local, devido à menor incidência de complicações e por ser isenta de mortalidade pode ser o procedimento de escolha para tratamento desta doença. Em caso de falha terapêutica os demais métodos podem ser realizados, alternativamente.

0.017 RESULTADOS DA APLICAÇÃO CLÍNICA DO BYPASS DAS VIAS AÉREAS: UM NOVO TRATAMENTO BRONCOSCÓPICO PARA O ENFISEMA PULMONAR

CARDOSO PFG*

INSTITUIÇÃO: DEPARTMENT OF RESPIRATORY & CRITICAL CARE MEDICINE, SINGAPORE GENERAL HOSPITAL, CINGAPURA*

INTRODUÇÃO: O tratamento do enfisema pulmonar limita-se a medidas paliativas e procedimentos cirúrgicos de grande porte. Recentemente, novas alternativas terapêuticas estão em investigação. O bypass das vias aéreas é procedimento no qual criam-se passagens extra-anatômicas entre brônquios e parênquima pulmonar, reduzindo-se a hiperinsuflação. **OBJETIVOS:** Este estudo teve como objetivo avaliar os resultados funcionais, segurança e exequibilidade do bypass das vias aéreas em pacientes com enfisema pulmonar severo. **MÉTODOS:** Pacientes portadores de enfisema severo foram selecionados. O procedimento foi realizado por broncofibroscopia sob anestesia geral, utilizando-se o sistema Exhale® (Broncus Technologies, Mountain View, Califórnia, EUA) de bypass das vias aéreas, que inclui: localização de vasos da parede brônquica por Doppler; criação de passagens na parede dos brônquios segmentares por punção broncoscópica com agulha; dilatação das passagens e inserção de stents eluidores de paclitaxel para mantê-las permeáveis. Foram avaliados: efeitos adversos, parâmetros espirométricos, escore de dispnéia (Medical Research Council modificado), qualidade de vida (St. Georges Respiratory Questionnaire), antes e 6 meses após o procedimento. **RESULTADOS:** 28 pacientes (idade média = 60anos) foram tratados em 7 centros. No momento, 19 pacientes possuem 6 meses de acompanhamento. O VEF1, VR, CPT basais foram 27%, 257% e 131% do previsto. Entre 4 e 12 (média = 9) passagens com stents foram criadas por paciente. A redução média do VR após 6 meses foi 478ml. A redução média no escore de dispnéia foi 0,6 pontos. Dos 19 acompanhados, 15 apresentavam enfisema homogêneo. Nestes, a redução média no VR foi 630ml e do escore de dispnéia foi de 0,7 pontos. Os melhores resultados foram observados nos pacientes com enfisema homogêneo e hiperinsuflação severa (n = 8; CPT > 133% do previsto). Nestes, a redução média do VR foi superior a 1200ml, a redução do escore de dispnéia foi de 1 ponto. Houve 1 morte relacionada ao procedimento por sangramento. **CONCLUSÕES:** Os resultados deste estudo preliminar sugerem que o bypass das vias aéreas pode beneficiar pacientes selecionados com enfisema pulmonar, sobretudo nos portadores da hiperinsuflação e enfisema homogêneo.

0.018 A RESPOSTA INFLAMATÓRIA REMOTA NA ISQUEMIA E REPERFUSÃO PULMONAR

MUSSI RK*, TORO IFC*, ANTUNES E*, LANDUCCI E*, CAMARGO E*, BRANDÃO SLB*, FERREIRA T*, DE NUCCI G*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP

OBJETIVOS: A proposta deste estudo foi avaliar os efeitos remotos da resposta inflamatória

em ratos submetidos à isquemia e reperfusão pulmonar (IRP). Sabendo que a resposta inflamatória que ocorre no pulmão submetido a IRP pode repercutir em outros órgãos (remota), propusemos um estudo que avaliasse a ação inflamatória remota, estudando o parênquima pulmonar contra-lateral de animais submetidos a IRP unilateral. **MÉTODO:** Ratos machos da raça Wistar (pesando de 350 a 450 g) foram divididos em dois grupos: grupo SHAM, animais operados não submetidos à IRP; grupo IR formado por animais submetidos a IRP. Os animais foram anestesiados artificialmente, sendo submetidos a toracotomia seguida de clameamento do hilo pulmonar esquerdo (artéria pulmonar, veia pulmonar e brônquio principal) por um período de isquemia de 90 min, após a remoção do clame e ventilação e reperfusão forma restabelecidas por um período de 120 min. Ao término do procedimento de isquemia e reperfusão, a circulação pulmonar foi perfundida com solução salina para extração do conteúdo sanguíneo através do tronco arterial pulmonar. O edema pulmonar foi medido através do extravasamento de proteínas plasmáticas avaliando o acúmulo de albumina humana sérica marcada com I125 no tecido pulmonar do órgão submetido a isquemia e reperfusão como no pulmão contralateral, a análise da infiltração neutrofílica de ambos os pulmões foi feita através da medida da atividade de mieloperoxidase (MPO). Os níveis séricos de IL-1 β , IL-10, TNF- α foram expressos em pg/ml. Os valores foram analisados pelo teste de ANOVA modificado por Bonferroni, e $P < 0,05$ foram dados como significante. **RESULTADOS:** A IRP causou acentuado aumento ($p < 0,05$) na permeabilidade vascular e na atividade da mieloperoxidase do pulmão direito dos animais submetidos a IRP do pulmão esquerdo, quando comparados ao grupo SHAM. O protocolo de isquemia e reperfusão também resultou em níveis elevados de IL-1 β e TNF- α no grupo IR quando comparado ao grupo SHAM. O nível sérico de IL-10 não apresentou alteração. **CONCLUSÕES:** Nossos dados indicam que a resposta inflamatória que ocorre em pulmões submetidos à isquemia e reperfusão pode provocar resposta remota em outros órgãos, tanto celular como humoral sugerindo a condição sistêmica da resposta inflamatória na IRP unilateral.

0.019 ANÁLISE DE 266 PACIENTES COM A UTILIZAÇÃO DE DRENO PLEURAL ÚNICO (28 FR) NO PÓS-OPERATÓRIO

COSTA JR. AS*, SOBRAL FH*, PERFEITO JAJ*, FORTE V*, LEÃO LEV*, SUCCI JE*, MARCHETTI MA*
INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*
INTRODUÇÃO: A drenagem pleural foi descrita há mais de 2500 anos, desde a época de Hipócrates. O procedimento evoluiu com o tratamento do empiema pleural, sendo que em 1859, Charles Hunter descreveu o que consideramos a primeira toracocentese por agulha. 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 James Kenyon (1917) e Lienthal (1922) difundiu a utilização do sistema no pós-operatório de uma toracotomia (1). 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 (2). Estima-se que são utilizados mais de um milhão de frasco de drenagem por ano nos Estados Unidos, com um custo que supera 60 milhões de dólares (2). **OBJETIVO:** Temos como objetivo mostrar a utilização de um único dreno pleural 28 fr no pós-operatório de 266 pacientes. **MÉTODO:** Foram analisados os prontuários de 266 pacientes operados de 2000 a 2004 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 65% pacientes do sexo masculino e 35% do sexo feminino, a idade variou de 1 a 91 anos, com média de 49,3 anos, o tempo de internação médio foi de 6,5 dias, variando de 1 a 30 dias. A média do tempo de drenagem foi de 3,9 dias, variando de 1 a 20 dias. Tivemos quatro óbitos - mortalidade de 1,5% e uma morbidade de 10,5%, sendo a mais frequente pneumonia em 8 pacientes (3,0%). **CONCLUSÃO:** Concluímos que a utilização de um único dreno pleural com 28 Fr foi suficiente e eficaz para o pos operatório, não sendo necessário dois drenos ou drenos mais calibrosos de 36 ou 38 Fr.

0.020 INFLUÊNCIA DO LOCAL ESCOLHIDO PARA BIÓPSIA PULMONAR CIRÚRGICA EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA NO RESULTADO HISTOPATOLÓGICO

GONÇALVES JJS*, FERREIRA RG*, LEÃO LEV*, OTA LH*, OLIVEIRA R*, FORTE V*
INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO; ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP/EPM-SÃO PAULO - SP*
INTRODUÇÃO: Pacientes com doença intersticial pulmonar submetidos à biópsia cirúrgica necessitam de fragmentos com boa representatividade para definição diagnóstica. Avaliar se o local escolhido pode influenciar no diagnóstico final é fundamental para a escolha do lobo ou segmento a ser retirado. **OBJETIVOS:** Analisar histopatologicamente por avaliação semi-quantitativa os fragmentos pulmonares retirados de dois ou mais lobos e/ou segmentos pulmonares a repercussão no diagnóstico final. ou "Avaliar a repercussão, ou o impacto no diagnóstico histopatológico final ao se estudar histopatologicamente espécimes pulmonares (parte de lobo ou segmento), de obtidos de dois locais distintos, através de uma avaliação semi-quantitativa" **MÉTODOS:** Entre 1995 a 2005, na EPM/Unifesp, todas as biópsias pulmonares cirúrgicas dos pacientes, portadores de pneumonia intersticial usual (PIU), foram obtidas no lobo médio e/ou lingula. Para efeito de comparação, de um mesmo paciente, foram obtidas amostras de tecido pulmonar de outro lobo e/ou segmento, do mesmo paciente sendo que dos 59 com PIU, foram obtidas 89 biópsias cirúrgicas. Devido o critério de seleção que exigia duas ou mais biópsias e com resultados histopatológicos concordantes, entre os dois locais realizados, apenas 16 pacientes preencheram estes critérios. O escore semi-quantitativo descrito por CHERNIACK R. M. et al (1991) foi empregado por um patologista pulmonar do Departamento de Patologia e, submetido à análise estatística. Utilizou-se o pacote estatístico SPSS versão 13.0 para esta análise, aplicando-se o teste de Mann-Whitney comparando LM (lobo médio) vs LID (lobo inferior direito) e Lingula vs LIE (lobo inferior esquerdo). **RESULTADOS:** Adotamos o nível de significância de 5% para a aplicação dos testes estatísticos deste estudo. Não encontramos diferenças significantes nesta amostra quanto ao grau de fibrose pulmonar e estágio da doença. Em todos os casos o diagnóstico foi conclusivo nos dois locais, sem prejuízo por serem amostras de lobo médio e/ou segmento lingular. Notamos uma diferença estatisticamente significante no volume da amostra pulmonar quando a biópsia é feita no lobo médio ($p < 0,013$). Notamos também um aumento de foco fibroblástico em lobo inferior esquerdo ($p < 0,003$), em comparação a qualquer outro lobo. **CONCLUSÕES:** Nesta amostra pudemos evidenciar, com base na análise histopatológica, que a recomendação de não realizar biópsia no lobo médio e segmento lingular não encontra justificativa científica. As peculiaridades anatômicas deste dois locais (lingula e lobo médio) favorecem a retirada grandes volumes de tecido pulmonar por pequenas incisões bem como facilidade técnica à vídeo-toracoscopia.

0.021 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ESTENOSSES LARÍNGEAS E TRAQUEAIS

TERRA RM*, MINAMOTO H*, JUNQUEIRA JJM*, JATENE FB*
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP - São Paulo - SP*
INTRODUÇÃO: Recentemente temos observado que as lesões laringotraqueais, secundárias a IOT prolongada, vêm se tornando mais frequentes enquanto as traqueais puras, mais raras. O acometimento da laringe leva à necessidade de procedimentos complexos para a resolução da estenose, estes, associados a menores taxas de sucesso e maior morbidade. **OBJETIVO:** Avaliar a situação atual do tratamento cirúrgico das estenoses de laringe e/ou traquéia em nossa Instituição. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de 50 pacientes com estenose laringea e/ou traqueal submetidos a tratamento cirúrgico nos últimos 3 anos, divididos em 3 grupos conforme o procedimento realizado: ressecção e anastomose traqueal (grupo 1), ressecção cricotraqueal e anastomose (grupo 2) ou laringofissura (grupo 3). **RESULTADOS:** Grupo 1: 23 pacientes (5F/18M), com idade média de 29,2 anos, sendo que em 22 a etiologia da estenose foi IOT prolongada (14,47 \pm 8,88 dias) e em um melanoma primário de traquéia. A broncoscopia flexível foi inacurada, visto que 6 pacientes foram diagnosticados como portadores de lesão de traquéia e laringe, porém a lesão laringea não foi confirmada no intra-operatório. Todos foram submetidos à ressecção e anastomose término-terminal sem traqueo de proteção e sem posterior complicação significativa. Grupo 2: 12 pacientes (2F/10M), com idade média de 38,9 anos, em 11 a etiologia foi IOT prolongada (13,30 \pm 7,79 dias) e em um neoplasia de tireóide. Em todos a lesão comprometia a cricóide com distância mínima de 1cm da prega vocal e foram submetidos à ressecção cricotraqueal e anastomose tiro-traqueal, ficando apenas um paciente com traqueo de proteção. 2 pacientes tiveram disфония e 1 abscesso cervical. Grupo 3: 15 pacientes (7F/8M), com idade média de 32,6 anos, em todos a etiologia da estenose foi IOT prolongada (18,45 \pm 11,63 dias). Todos tinham lesão glótica ou a menos de 1cm desta e foram submetidos laringofissura anterior e posterior com enxerto de cartilagem. 9 pacientes estão decanulados, 4 com Montgomery e houve 2 falhas (traqueomalácia). **CONCLUSÃO:** A broncoscopia flexível como método único de localização da estenose foi inacurada. O acometimento laringeo ocorreu em 54% dos pacientes. O tratamento cirúrgico das estenoses laringeas e traqueais através de qualquer uma das três técnicas demonstrou bom resultado, com altos índices de decanulação e baixos índices de complicações.

0.022 LINFONODO SENTINELA EM CARCINOMA NÃO DE PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO

BUSTOS MEF*, ANDRADE CF*, CAMARGO JJP*, GEYER G*, CAMARGO SM*
INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS*
INTRODUÇÃO: O estadiamento baseado na identificação de linfonodo sentinela (LNS) já é formalmente aceito na literatura e vem sendo utilizado em inúmeros tipos de neoplasias como o melanoma, carcinoma de mama, estômago, cólon, assim como no carcinoma brônquico. A detecção do linfonodo sentinela, visa facilitar a identificação da via de drenagem linfática do tumor, com a intenção de realizar um esvaziamento ganglionar preciso, melhorando assim o prognóstico e reduzindo a recidiva tumoral e consequentemente aumentando a sobrevida dos pacientes portadores de neoplasia. **OBJETIVOS:** Avaliar a acurácia do Azul Patente V (AP V) na identificação de Linfonodo Sentinela em pacientes com carcinoma brônquico não de pequenas células (CBNPC). **MÉTODOS:** Entre março de 2004 e março de 2006, foram analisados prospectivamente 32 pacientes com CBNPC com estágios clínicos IA a IIB. Todos os pacientes foram submetidos a exames de rotina pré-operatórios para exclusão de doença disseminada. Logo depois de efetuada a toracotomia antero-lateral e identificado o tumor, eram injetados 0,5 mililitros de Azul Patente V em cada um dos quatro quadrantes do tumor e depois de um intervalo entre 10 a 20 minutos identificava-se sob visão direta o linfonodo que estivesse tingido com corante, classificando o mesmo como "Linfonodo Sentinela", o qual era separado do resto dos linfonodos para posterior análise histológica através de H&E e imunohistoquímica. **RESULTADOS:** Foram identificados 15 pacientes com LNS no intra-operatório. Deste total foram encontrados 19 linfonodos sentinelas já que quatro pacientes possuíam dois LNS. Acurácia, sensibilidade e especificidade do método foram de 46,9%, 100% e 94,6% respectivamente e o VPN de 100%. Em 86,7% dos casos, o LNS correspondeu aos gânglios das estações 10 e 11. **CONCLUSÃO:** A identificação de linfonodo sentinela em pacientes com CBNPC através da utilização do Azul Patente V mostra-se como uma abordagem exequível, embora com baixo nível de acurácia para ser utilizado isoladamente como método de estadiamento mediastinal. No entanto é um método importante para identificar as primeiras estações ganglionares a serem biopsadas nestes pacientes. A maior dificuldade na identificação do LNS através do uso do AP V é a coloração escurecida dos gânglios, a qual interfere na visualização do meio de contraste dentro deles.

0.023 TIMECTOMIA TORACOSCOPICA POR ABORDAJE DERECHO EN EL TRATAMIENTO DE LA MIASTENIA GRAVIS Y TIMOMA

LOSCERTALES J*, CONGREGADO M*, JIMENEZ-MERCHAN R*, GALLARDO G*, GIRON JC*, ARENASC C*, AYARRA J*
INSTITUIÇÃO: SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y TORÁCICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA - SEVILLA - ESPANHA*
OBJETIVO: Mostrar nuestra experiencia y describir la técnica de timectomia por videotoracoscopia que nosotros hemos desarrollado. **MÉTODO:** Desde 1993 hasta Noviembre de 2005 hemos realizado 49 timectomias videotoroscópicas. Sexo: 24 varones y 25 mujeres; Edad media: 46,3 años, (14-74). Motivo de timectomia: Miastenia gravis: 33, Timoma: 16 (no invasivo clínica ni en la exploración toracoscópica). La vía de abordaje en cuatro pacientes fue por el hemitórax izquierdo y por el derecho en el resto (n = 45). En los dos últimos casos, se empleó la insuflación CO₂, para facilitar la visión y disección del timo. Técnica: Paciente en semidecúbito supino (30°), se diseña el timo abriendo la pleura mediastínica junto a la vena cava superior, respetando el nervio frénico derecho. Se continua la disección, hasta identificar perfectamente el confluente de Pirogoff y la vena innominada, y se disecan y seccionan las venas tímicas. La hemostasia de estas se practicó con clips al principio de la serie (33), con bisturí ultrasónico (15) y en 1 con Endogía vascular de 30 mm. **RESULTADOS:** El 85 % de los casos tuvieron unos resultados excelentes pero fue necesario practicar dos minitoracotomía (4-5 cm), uno por dificultades técnicas y otro, para la extracción de una pieza quirúrgica, demasiado grande para salir por una puerta de 12 mm. Conversiones: 2 por hemorragia de la vena tímica y 1 por dificultades técnicas que impedían la disección de la vena innominada. Duración media: 104 minutos (57-193). Estancia postoperatoria: 4,1 días.

Los pacientes con miastenia gravis no presentaron mortalidad, y en los del grupo de timomas hubo 1 fallecido en el postoperatorio y otro un año después por metástasis cerebrales. **CONCLUSIÓN:** La timectomía videotoroscópica es un procedimiento seguro que evita otros abordajes más agresivos. Nosotros preferimos la vía derecha porque permite un mejor control de la vena innominada y de las venas tímicas.

O.024 TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DEL PECTUS CARINATUM MEDIANTE UN SISTEMA DE COMPRESIÓN TORÁCICA EXTERNO

MARTINEZ-FERRO M*, FRAIRE C*

Instituição: Hospital de Pediatria Garrahan*

Entre abril del 2001 y marzo del 2006 hemos tratado a 124 pacientes con Pectus Carinatum mediante un Sistema de Compresión Torácica Externo. Se tuvo en cuenta la edad, el tipo y grado del defecto, la presencia de patología asociada y la elasticidad de la pared torácica, la evolución y cambios de presiones sufridos. Todos los datos fueron registrados en forma prospectiva en una ficha diseñada para tal fin. Se excluyeron de este estudio los pacientes con malformaciones tipo Noonan, con síndrome de Poland y los mayores de 18 años de edad. La edad promedio fue de 12,49 años, con un rango entre los 3 y 18 años. La mediana de 13 años. Presentaron patología asociada 14 pacientes (11,2%), incluyendo Síndrome de Marfan, Poland, Arnold Chiari, Hipertensión Endocraneana, Gastritis, cardiopatía congénita. El tiempo de uso promedio fue de 7 horas diarias, durante 8 meses (3 a 20). Fueron dados de alta con resultados excelentes 52 pacientes (41,9%); 32 altas definitivas (25,8%), 20 altas temporarias, 4 pacientes requirieron algún tipo de corrección quirúrgica y en 2 los resultados fueron pobres. (Figs 8-9-10) Hubo abandono en 18 pacientes (14,5%), 50 se hallan en seguimiento. La experiencia presentada, muestra muy buenos resultados con un uso promedio de 8 meses, lo que resulta sumamente alentador si se tiene en cuenta que este tratamiento evita por completo la cirugía. Sin embargo un 14% de los pacientes abandonó el tratamiento y por lo tanto permanecen aún con su deformidad torácica a la espera del tratamiento quirúrgico.

O.025 A FIVE YEAR REVIEW OF THE TRENDS AND OUTCOMES IN ROBOTIC THORACIC SURGERY AT A SINGLE INSTITUTION

BELSLEY SJ*, BHORA FY*, BALARAM SK*, EVANS AJ*, ASHTON RC*, DEROSE JJ*, TODD GJ*, CONNERY CP*

Instituição: ST. LUKE'S - ROOSEVELT HOSPITAL CENTER - NEW YORK - USA*

INTRODUCTION: Robotic Surgery was approved by the United States Food and Drug Administration (FDA) for use in thoracic surgery in 2001. Although the Da Vinci robot can facilitate operations that can be performed thoroscopically, it can also allow for procedures that are too difficult with traditional minimally invasive techniques. Despite hypothetical benefits, the indications for thoracic robotic surgery remain undefined. **OBJECTIVE:** Our objective was to evaluate the outcomes of the Da Vinci robot for thoracic surgical procedures. **METHODS:** All thoracic (non-cardiac) procedures for which the Da Vinci robot was used at St. Luke's - Roosevelt Hospital, New York, USA were included for analysis. All surgeons had previously undergone a defined robotics training program and were fully credentialed by the institution. A retrospective review of a prospectively maintained database was analyzed with SPSS 13.0. **RESULTS:** 43 robotic thoracic procedures have been performed at St. Luke's - Roosevelt Hospital over the last 4.5 years. These operations include: 4 resections of esophageal masses, 11 esophagectomies, 5 mediastinal mass removals, 6 myotomies, 6 implantations of radioactive seeds and 11 thymectomies. Only 27% of the cases represent procedures that were previously performed in a minimally invasive fashion at our institution. 30 Day Mortality was 0%. Hospital Stay averaged 8.6 (1 - 108 ±17.4) days. Average Age 51.3 (20 - 81 ±19.6) years. American Society of Anesthesia (ASA) clinical score was 2.3 (range 1-3). There have been 4 deaths on the patients during the 25.8 (1-56 ±14.4) months of follow-up. Three deaths were due to progression of cancer, 3 deaths were attributed to unrelated medical comorbidities. Hospital courses had defined complications in 45% of esophageal resections, 23% of robotic seeds, 9% in thymectomies and 0% in resection of esophageal masses, mediastinal masses and myotomies. **CONCLUSION:** Robotic surgery facilitated procedures that were too difficult to perform with traditional thoracoscopic techniques. There are differences in outcomes which although related to the complexity of the procedure and patient comorbidities, might help better define the role of robotics in thoracic surgery.

O.026 COMBINED LIVER LUNG TRANSPLANTION

SOUILAMAS R*, NEVES-PEREIRA JC*

Instituição: HÓPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU*

INTRODUCTION and OBJECTIVES: Patients with cystic fibrosis who have end-stage respiratory failure associated to liver cirrhosis have been considered poor candidates for lung transplantation because of high morbidity and mortality resulting from hepatic insufficiency after the operation. **METHODS:** We report the experience of the European, Broussais and Cochin hospital in Paris. **RESULTS:** Between Jun 1990 and October 2005, among 29 patients accepted in the program for combined transplantation: heart-lung-liver transplantation (n = 5), sequential double lung-liver transplantation (n = 24). The age of the recipients ranged from 10 to 30 years. All patients had severe cirrhosis with portal hypertension. The operation was performed as a two-stage procedure, the double lung transplantation being completed before the liver transplantation was begun. Cardiopulmonary bypass was used in all patients because of poor clinical condition. Post-operative complications : 2 patients had liver primary graft dysfunction requiring retransplantation, 2 patients had second laparotomy due to bleeding and another due to liver abscess. The post operative mortality was 24%. Actuarial survival was 70% at 1 year and 50% at 10 years. The incidence of BOS is 42% for 5 years with 25% of mortality Significant functional improvement was observed in all survivors. * **CONCLUSION:** For patients who have chronic respiratory failure with advanced cirrhosis, lung transplantation combined with liver transplantation can be performed with the same outcome as the double lung transplantation in cystic fibrosis patients.

Pôsteres Discutidos

PC.001 TROMBONDARTECTOMIA PULMONAR NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRÔNICA: EXPERIÊNCIA INICIAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

MACEDO NETO AV*, GAZZANA MB*, DUSSIN LH*, ALVAREZ J*, SAUERESSIG MG*, MENNA-BARRETO SS*, BARBOSA GV*

Instituição: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

INTRODUÇÃO: A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica é uma doença de alta morbimortalidade. A tromboendarterectomia pulmonar é o único tratamento curativo. Apesar da epidemiologia indicar enorme represamento de pacientes em condições de se beneficiarem, este procedimento é realizado em poucos centros no Brasil e América do Sul. **OBJETIVO:** Relatar a experiência inicial do Hospital de Clínica de Porto Alegre na reiaização da tromboendarterectomia pulmonar em pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo de todos os pacientes que realizaram tromboendarterectomia pulmonar de fevereiro de 2002 a julho de 2006, através da revisão de prontuário e das imagens armazenadas no Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Análise descritiva dos dados e através dos teste de qui-quadrado, exato de Fisher e T de Student (p < 0,05). **RESULTADOS:** Foram realizadas 09 tromboendarterectomias em pacientes com HPTEC. A média da idade foi de 36,8 anos (+14,3 anos, 22 a 70 anos), sendo 5 do sexo masculino (55%). A dispnéia esteve presente em todos os casos. O grau de hipertensão pulmonar estimada por ecocardiograma no pré-operatório foi de 76,6 mmHg (+ 23,7 mmHg, de 48 a 116 mmHg) na pressão sistólica da artéria pulmonar. A classificação do tipo de HPTEC foi tipo 1 em 5 paciente (56%), tipo 2 em 3 pacientes (33%) e tipo 3 em 1 paciente (11 %). Todos os pacientes foram submetidos a circulação extracorpórea e a parada circulatória total. O tempo médio de internação foi de 39,1 dias (+ 17,4 dias, 18 a 75 dias). Complicações apresentadas foram edema de reperfusão, pneumonia e AVC. Houve um óbito de um paciente no transoperatório por insuficiência ventricular direita no retorno da circulação extracorpórea (mortalidade de 11%). Houve melhora sintomática e da capacidade funcional (p < 0,05). A avaliação ecocardiográfica pos-operatória tardia revelou melhora hemodinâmica significativa por pressão sistólica da artéria pulmonar estimada em 34,6 mmHg (+ 6,7 mmHg, de 25 a 44 mmHg) (p < 0,05). **CONCLUSÃO:** A tromboendarterectomia pulmonar é um método efetivo no tratamento da hipertensão pulmonar tromboembólica crônica, demonstrando melhora sintomática e hemodinâmica significativas com mortalidade aceitável para o procedimento proposto.

PC.002 A INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO NA EVOLUÇÃO PÓS OPERATÓRIA PRECOZE DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA TORÁCICA NÃO CARDÍACA

GODOY DV*, GODDY R*, PINTO FILHO DR*, AVINO AG*, COSTA RB*, SACILOTO B*

Instituição: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS - CAXIAS DO SUL - RS*

INTRODUÇÃO: A depressão clinicamente significativa aumenta as taxas de morbimortalidade pós operatória em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, no entanto, não existem trabalhos relacionando cirurgia torácica não cardíaca e depressão com a evolução pós operatória dos pacientes. **OBJETIVO:** Verificar se a presença de depressão clinicamente significativa aumenta as taxas de morbimortalidade em pacientes submetidos à cirurgia torácica não cardíaca. **MÉTODOS:** Cinquenta e cinco sujeitos consecutivos submetidos à cirurgia torácica não cardíaca responderam o Inventário Beck de Depressão (BDI) 24 horas antes do procedimento. O escore do BDI varia de zero a 63 pontos, sendo resultado igual ou superior a 12 pontos considerado como clinicamente significativo. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo 1 sem depressão e Grupo 2 com depressão. Os pacientes foram seguidos até o 30o dia de pós operatório para a detecção complicações (longa permanência em UTI, insuficiência respiratória, infecções e necessidade de reintervenção cirúrgica) e/ou óbito. **RESULTADOS:** Os grupos não mostraram diferenças pré operatórias significativas com relação a: idade, sexo, função pulmonar e nível de escolaridade. A tabela demonstra os resultados segundo presença ou não de depressão clinicamente significativa: Sem depressão Com depressão 13 n = 23 n = 32 Mortalidade 0(0) 10 (31,3) 0,009 Complicações 1 (4,3) 14(43,8) 0,0011 UTI > 3 dias 0(0) 5(15,6) 0,1 Insuf. respiratória 0(0) 6(18,8) 0,07 Infecção 1 (4,3) 6(18,8) 0,07 Reinterv. cirúrgica 1 (4,3) 5(15,6) 0,3 **CONCLUSÃO:** Na amostra analisada, pacientes com escores de BDI compatíveis com depressão clinicamente significativa apresentaram evolução pós operatória estatisticamente diferente em relação aos pacientes não depressivos, com maior percentual de morbi mortalidade pós operatória nos deprimidos.

PC.003 DIVERTÍCULO FARINGO ESOFÁGICO: ANÁLISE DE 33 CASOS

AQUINO JLB*, SAID M*, OLIVEIRA MB*

Instituição: Departamento de Cirurgia Geral Torácica do Hospital e Maternidade Celso Piarro - PUC - Campinas - SP*

INTRODUÇÃO: apesar de o divertículo faringoesofágico ser pouco frequente, com uma prevalência anual de 2 a 3 casos/100.000 habitantes, sabe-se que a melhor terapêutica é a cirúrgica, devido ao quadro obstrutivo, que apresenta-se com conseqüente desnutrição. A grande dúvida é se deve ser realizada, além da miotomia do músculo cricofaríngeo, também a ressecção do divertículo ou somente a pexia do mesmo. **OBJETIVO:** analisar os resultados da terapêutica cirúrgica do divertículo faringoesofágico. **MÉTODOS:** foram estudados retrospectivamente 33 pacientes com divertículo faringoesofágico, nos últimos 15 anos. 27 (81,8%) pacientes eram do sexo masculino, o restante do sexo feminino, com variação de faixa etária de 53 a 81 anos. O diagnóstico foi realizado através de história clínica, exame físico, faringoesofagograma e esofagogastroduodenoscopia. Em 29 pacientes foi realizado diverticulotomia/miotomia do músculo cricofaríngeo e, nos 4 restantes, pexia do divertículo e miotomia do músculo cricofaríngeo. **RESULTADOS:** 5 pacientes (15,1%) apresentaram uma ou mais complicações, sendo estas fistulas cervicais (3), complicações cardiovasculares (2) e pneumonia (2), todos com boa evolução com tratamento clínico. Nenhum paciente evoluiu a óbito. Em 19 pacientes foi realizado acompanhamento pós-operatório, com tempo variável de 1 a 10 anos (média de 4,5 anos). Deste grupo acompanhado, 16 (84,2%) obtiveram resultado ótimo por apresentarem deglutição normal e 3 obtiveram resultado bom, devido à apresentação de disfagia para sólidos. **CONCLUSÃO:** tem sido demonstrado, recentemente, que a terapêutica cirúrgica seletiva é a melhor opção para o divertículo faringoesofágico, dependendo do tamanho do divertículo. Assim, nos maiores de 3 cm, a ressecção é a melhor opção, além da miotomia do músculo cricofaríngeo e, nos menores de 3 cm, apenas pexia do mesmo. Esta conduta tornou-se evidente em nosso estudo, pois a maioria dos pacientes apresentou boa evolução com esse tipo de padronização cirúrgica. Por fim, a terapêutica cirúrgica do divertículo faringoesofágico é válida por demonstrar a cura na maioria dos pacientes, com índices de morbidade aceitáveis.

PC.004 ANÁLISE RETROSPECTIVA DO TRATAMENTO OPERATÓRIO DAS MALFORMAÇÕES TORÁCICAS (PULMONARES E LINFÁTICAS)

COSTA JR. AS*, SOBRAL FH*, FORTE V*, PERFEITO JAJ*, LEÃO LEV*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: As lesões congênitas torácicas são raras e de expressão clínica incerta. Não existe consenso na literatura sobre qual seria a idade ideal para realizar o tratamento operatório após o nascimento. Há justificativas para a operação tanto no paciente adulto quanto na criança. Existe o crescimento pulmonar por aumento do número de novos alvéolos em crianças submetidas a pneumonectomia até os cinco anos de idade. A capacidade pulmonar total destes pacientes após a cirurgia, pode ser de 96% do predito, pouco menor que pacientes da mesma idade não operados. Ainda não há artigos na literatura comparando a evolução dos pacientes adultos e crianças para concluirmos se existe diferença no tratamento operatório em determinado período da vida. **OBJETIVO:** Analisar os pacientes com malformações pulmonares e linfáticas submetidas ao tratamento operatório, comparando a evolução de pacientes abaixo de nove anos de idade e acima de nove anos de idade. **MÉTODOS:** Os pacientes foram divididos em dois grupos para análise: grupo I - paciente com até nove anos de idade e grupo II: pacientes com idade igual ou superior a nove anos. Analisamos os doentes com malformações pulmonares, operados de 1969 a 2004. Foi realizada uma análise dos seguintes aspectos: clínico, diagnóstico, métodos de imagem, tratamento operatório e complicações hospitalares, entre outros. **RESULTADOS:** Foram analisados os prontuários de 64 pacientes. No grupo I foram 30 pacientes com predomínio do sexo feminino e no grupo II 34 pacientes, com predominância do sexo masculino. Quanto à idade, 68,8% dos pacientes operados tinham até 20 anos, sendo que 46,9% dos pacientes tinham abaixo de nove anos de idade. No grupo I, 96,7% dos pacientes apresentavam sintomas relacionados às malformações e no grupo II, 88,2% dos pacientes eram sintomáticos. Todos os pacientes apresentavam pelo menos uma alteração na radiografia de tórax. O tempo do procedimento realizado foi menor no grupo I, mas o tempo de internação foi maior. **CONCLUSÃO:** Os dois grupos não tiveram diferenças significativas quando analisamos o tempo dos sintomas, a presença de infecção prévia ao tratamento definitivo, e ao tempo de internação. Os grupos foram diferentes quanto: à duração do procedimento, necessidade de terapia intensiva no pós-operatório e nas complicações.

PC.005 O EFEITO DA PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO PULMONAR

NERY F*, SAITO EH*, GUIMARÃES MP*, NASCIMENTO DD*, CUNHA RF*, NUNES RA*, HIGA C*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO - UERJ - RIO DE JANEIRO - RJ*

INTRODUÇÃO: A maior causa de morbidade no pós-operatório de qualquer cirurgia são as complicações cardio-respiratórias. As cirurgias torácicas para ressecção pulmonar predisõem o paciente a apresentar complicações pulmonares no pós-operatório. Para prevenir estas, o tratamento onde é aplicada a pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) tem demonstrado resultados satisfatórios. **OBJETIVOS:** Apresentar a aplicabilidade e resultados da pressão positiva contínua nas vias aéreas em pacientes que foram submetidos à ressecção pulmonar. **MÉTODOS:** O paciente S.R, 49 anos, com neoplasia pulmonar portador de distúrbio ventilatório obstrutivo leve foi submetido a lobectomia superior direita. No pós-cirúrgico foi aplicado CPAP por meio de um gerador de fluxo ligado a rede de oxigênio, com pressão positiva de 10cmH₂O regulada por meio de válvula spring load, com interface mascara facial. Foram anotados os parâmetros espirométricos, gasometria arterial, peak flow, manuovacúmetria, e teste de caminhada de 6 minutos (TC6). Durante a aplicação da terapêutica foram monitoradas a frequência cardíaca (FC) e respiratória (FR), pressão arterial (PA) e saturação periférica da oxi-hemoglobina (SpO₂). Os resultados das variáveis foram analisados em três momentos: pré-operatório (P), até terceiro dia (POI) e entre o sétimo e décimo dia pós-operatório (POII). O protocolo de intervenção foi realizado duas vezes ao dia com período mínimo de 30 e máximo de 60 minutos. **RESULTADOS:** Quando comparados os valores do P com POI, percebeu-se uma redução da CV e CFV de 45,3%. VEF₁ diminuiu 45,1%, como VEF₁/CFV 0,39%. Comparando os valores entre POI e POII, foi encontrado significativo aumento na CV e CFV (16 %). As variáveis VEF₁ e VEF₁/CFV também aumentaram 18% e 1,9% respectivamente. Em relação às medidas ventilatórias, houve redução no peak flow de 53,9% entre P e POI e POII aumentou 55,5 % em relação a POI. A pressão inspiratória apresentou queda entre P e POI de 50% e ganho de 100% de POI para POII. A pressão expiratória sofreu redução de 25% entre a P e POI, e se manteve estável entre POI e POII. Em relação ao TC6, houve redução de 14,3% entre P e POII. Durante as aplicações da CPAP, não se observou aumento da fuga de ar pelos drenos torácicos nem alterações significativas na FR, FC, PA, SpO₂, PO₂ e PCO₂. **CONCLUSÕES:** A melhora nos valores obtidos na espirometria destaca a importância desta terapêutica para minimizar as complicações pós-operatórias de ressecção pulmonar reduzindo o tempo de internação, sem aumento da fuga de ar pelos drenos torácicos.

PC.006 SELAGEM DO MEDIASTINO EM PACIENTES SUBMETIDOS À LOBECTOMIA PULMONAR E LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL SISTEMÁTICA

PINTO FILHO DR*, AVINO AG*, PERIN FA*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS - CAXIAS DO SUL - RS*

INTRODUÇÃO: A linfadenectomia mediastinal associada à ressecção pulmonar determina, em graus variáveis, a ruptura dos vasos linfáticos tributários do ducto torácico localizados nas cadeias linfáticas intratorácicas. A persistência de pequenas fistulas linfáticas junto ao leito mediastinal ressecado pode estar implicada na manutenção de grandes volumes de drenagem pleural, retardando a retirada dos drenos pleurais e possibilitando a ocorrência de comorbidades pós-operatórias. **OBJETIVO:** Avaliar o efeito da selagem mediastinal com celose regenerada oxidada (Surgicel R) sobre o volume e tempo de drenagem pleural em pacientes submetidos à lobectomia para tratamento de neoplasia pulmonar maligna e linfadenectomia mediastinal sistemática. **MÉTODO:** Pacientes com diagnóstico de neoplasia pulmonar maligna, elencados prospectivamente para submeter-se a lobectomia pulmonar e linfadenectomia sistemática, foram divididos em dois grupos: grupo 1: selagem mediastinal e Grupo 2: sem selagem mediastinal. As variáveis analisadas foram idade, sexo, tipo histológico, volume de drenagem em mililitros, tempo de permanência dos drenos pleurais em dias, localização da lesão, coagulograma, perfil nutricional e o uso de anticoagulantes profiláticos. Os pacientes, que no pós-operatório apresentassem atelectasia pulmonar ou sangramento com necessidade de reposição de sangue ou re-intervenção foram excluídos. **RESULTADOS:** Trinta e oito pacientes foram selecionados, sendo 34 carcinomas brônquicos e 4 lesões metastáticas. 19 pacientes em cada grupo, com características homogêneas. Grupo 1: volume de drenagem médio de 2043 ml e tempo médio de permanência dos drenos de 4,1 dias; Grupo 2: volume médio de drenagem de 2457 ml e tempo médio de permanência dos drenos de 4,7 dias. (p

> 0,05). Na análise por hemitórax observamos: HTD com selagem: volume médio 2121ml, tempo médio 4,6 dias; HTD sem selagem: volume médio 2483 ml tempo médio 4,3 dias (p > 0,05); HTE com selagem: volume médio 1681ml, tempo médio 3,4 dias; HTE sem selagem: volume médio 2398 ml e tempo médio 5,2 dias (p > 0,05). As outras variáveis analisadas também não tiveram significado estatístico nos resultados observados. Não houve complicações relacionadas ao uso de celose oxidada. **CONCLUSÃO:** A selagem mediastinal não apresentou efeito significativo sobre o volume de drenagem e tempo de permanência dos drenos em pacientes submetidos lobectomia pulmonar e linfadenectomia mediastinal sistemática. Os números absolutos mostram uma tendência de redução do volume de drenagem quando da utilização do SurgicelR no leito mediastinal.

PC.007 EFEITOS DA CICLOSPORINA A E DA SECÇÃO BRÔNQUICA SOBRE O TRANSPORTE MUCOCILIAR DE RATOS

PAZETTI R*, PÊGO-FERNANDES PM*, LORENZI-FILHO G*, SALDIVA PHN*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP

INTRODUÇÃO: As infecções são a causa mais frequente de morbidade e mortalidade observadas tanto aguda como tardiamente nos pacientes receptores de transplante pulmonar, o que pode estar diretamente relacionado a uma deficiência no transporte mucociliar do sistema respiratório. **OBJETIVO:** Avaliar a influência de dois fatores envolvidos com o transplante pulmonar sobre o transporte mucociliar de ratos: a secção e anastomose brônquica e a imunossupressão pela ciclosporina A. **MÉTODOS:** Setenta e dois ratos foram distribuídos aleatoriamente em cinco grupos de acordo com: i) procedimento operatório (com ou sem secção e anastomose brônquica esquerda) e ii) terapia a que seriam submetidos (solução salina ou ciclosporina). As medidas foram realizadas após 30 e 90 dias de terapia. **RESULTADOS:** Os resultados mostram que houve uma diminuição significativa da Frequência de Batimento Ciliar in situ, da Transportabilidade do Muco in vitro e da Velocidade de Transporte Mucociliar in situ medidos a partir do brônquio principal esquerdo dos ratos tratados com ciclosporina A nos dois tempos analisados (p < 0,001). A Frequência de Batimento Ciliar in situ dos brônquios operados mostrou-se diminuída também no grupo tratado com solução salina e sacrificado no 30º dia após a operação (p=0,001). Já a Velocidade de Transporte Mucociliar in situ mostrou uma diminuição significativa em todos os grupos submetidos à secção brônquica (p < 0,001). Houve um efeito sinérgico entre a terapia com ciclosporina A e a secção brônquica, causando um prejuízo ao transporte mucociliar ainda maior do que quando analisados isoladamente. **CONCLUSÕES:** Concluímos que a Velocidade de Transporte Mucociliar in situ foi agudamente prejudicada após a secção brônquica e terapia imunossupressora pela ciclosporina A, havendo diminuição da frequência de batimento dos cílios e alteração das propriedades viscoelásticas do muco respiratório.

PC.008 FATORES PROGNÓSTICOS CLÍNICOS-CIRÚRGICOS E HISTOLÓGICOS DE SOBREVIVIDA EM PACIENTES COM CARCINOMA NÃO-PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO

TORO IFC*, METZE K*, MUSSI RK*, SEABRA JC*, SANTOS JG*, ZAMBOM L*, FRAZZATTO CJR*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: A neoplasia pulmonar é a maior causa de óbito por câncer no Brasil. A sobrevida dos pacientes se situa na faixa de menos de 20% em 5 anos. Este resultado insatisfatório deve-se a importantes lacunas que existem no conhecimento dos mecanismos de tumorigênese, carcinogênese e diferenciação histológica. **OBJETIVO:** testar a relação entre o número de mitoses, um oncogene (c-erb-2), um marcador de atividade de divisão celular (Ki-67) e receptores para beta-HCG, com tumores de pulmão operados com intuito curativo, que não sejam carcinoma de pequenas células. **MÉTODO:** foram analisados todos os pacientes operados por neoplasia pulmonar no serviço de Cirurgia Torácica do HC da FCM da Unicamp, no período de 1989 a 1996, cujo diagnóstico anatomo-patológico mostrasse ser carcinoma não de pequenas células, e o estágio estivesse entre I-A e III-A. Foram analisadas as lamínas coradas pelo método imunohistoquímico (técnica no anexo 3) para a presença de proteínas do oncogene C-erb-B2, do fator de duplicação do núcleo K-67 e pesquisado também receptores celulares para beta-Hcg. Foram utilizados os testes de Mann-Whitney, de regressão de Cox-Mantel e curva de sobrevida Kaplan-Meier. **RESULTADOS:** em relação ao estadiamento, encontramos diferença estatisticamente significativa (p < 0,05) da positividade do oncogenes nos estádios II-B e III-A, em relação aos estágios iniciais (I-A, I-B, II-A). O estadiamento e a condição clínica do paciente foram os únicos resultados relevantes na sobrevida. A porcentagem de células positivas para c-erbB-2 não demonstrou relação com a sobrevida no teste univariado de Cox, com p > 0,05. Quando analisados os índices de proliferação (Ki-67 e mitoses) em relação com sobrevida, usando o teste de Cox para análise univariada, não houve significância estatística (p,0,05).O mesmo ocorreu na análise de sobre o papel do beta-hcg na sobrevida, quando usado o teste de Cox, com p > 0,05. **CONCLUSÃO:** Utilizando a análise multifatorial de Cox e separando os dois tipos histológicos principais, encontramos na neoplasia epidermóide influência somente do estágio (p = 0,0756) e índice de Karnofsky (p = 0,0354). Já nos adenocarcinomas, somente o estágio foi importante (p = 0,0165).

PC.009 APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE CARCINÓIDES BRÔNQUICOS COMO TUBERCULOSE PULMONAR

NASCIMBEM MB*, TERRA RM*

INSTITUIÇÃO: HÓPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU*

INTRODUÇÃO: Carcinóides brônquicos são neoplasias de origem neuroendócrina, e compõem 2 % dos tumores de pulmão ressecados. Originalmente eram classificados como adenomas brônquicos, mas este termo é incorreto, pois possuem potencial maligno reconhecido. Em carcinóides com localização central, sintomas como sibilos, hemoptise e quadros infecciosos levam frequentemente a erros diagnósticos, como asma e tuberculose. **OBJETIVOS:** Avaliar quadro clínico e desfecho de pacientes com carcinóide brônquico com diagnóstico inicial de tuberculose. **MÉTODOS:** Pacientes prospectivamente acompanhados nos serviços de Cirurgia Torácica do HCFMUSP (SP-SP) e Hôpital Européen Georges Pompidou (Paris- França). **RESULTADOS:** O total de 225 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico por carcinóides brônquicos. Destes, 12 (5%) pacientes tiveram diagnóstico inicial de tuberculose pulmonar. Todos os pacientes apresentaram tosse, febre, perda de peso e somente um não apresentou hemoptise. Em somente um caso, a lesão era em lobo superior. Nenhum dos pacientes era fumante e a média de idade era de 34 anos. Mesmo com baciloscopia e cultura negativas no escarro, os pacientes foram tratados para tuberculose. Após diagnóstico correto, foram submetidos a tratamento cirúrgico, com 3 pneumonectomias, 5 lobectomias, 2

lobectomias com broncoplastia e 1 bilobectomia. Após período de seguimento variável (8 meses a 17 anos), 9 pacientes estão livres de doença, dois estão vivos com recidiva e um faleceu por recidiva em 5 anos. **DISCUSSÃO:** Os carcinóides brônquicos podem levar a um quadro de hemoptise, tosse, episódios de infecção e infiltrado pulmonar. Este quadro, em uma população jovem e não tabagista como a apresentada, leva facilmente a confusão diagnóstica com tuberculose, deixando um baixo índice de suspeita para neoplasias. Pacientes com investigação microbiológica negativa para tuberculose, sinais de obstrução brônquica na radiografia (atelectasia, pneumonite obstrutiva) e lesões em lobos inferiores, a broncoscopia flexível deveria ser realizada mais precocemente, facilitando na elucidação diagnóstica. Apesar dos tumores carcinóides serem considerados tumores de baixa malignidade, este grupo mostrou duas recidivas e um óbito relacionados à neoplasia. Tavez o retardo diagnóstico teve influência na evolução destes casos.

PC.010 MEDIASTINOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE AFECÇÕES MEDIASINAIAS

MARIANI AW*, TERRA RM*, ANDRADE NETO JD*, FERNANDEZ A*, JATENE FB*

Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo - SP*

INTRODUÇÃO: A mediastinoscopia é um procedimento cirúrgico amplamente empregado no diagnóstico de afecções mediastinais e no estadiamento do câncer de pulmão. Poucos trabalhos na literatura avaliam a mediastinoscopia como método diagnóstico, a grande maioria das séries versa sobre complicações ou sobre seu uso para estadiamento do câncer de pulmão. **OBJETIVO:** Determinar o valor da mediastinoscopia no diagnóstico de afecções mediastinais. **MÉTODO:** Estudo de Corte Transversal baseado em dados de prontuário de pacientes submetidos à mediastinoscopia para o diagnóstico de lesões mediastinais (massa tumoral ou linfonodomegalia > 1 cm no seu menor eixo). Os resultados anátomo-patológicos obtidos foram comparados com o diagnóstico definitivo (obtido por outros métodos invasivos ou seguimento clínico por 2 anos) e com a suspeita clínica pré-operatória. Foram calculadas a Sensibilidade, Especificidade, o Valor Preditivo Positivo, o Valor Preditivo Negativo e avaliadas as complicações. **RESULTADOS:** Foram identificados 135 pacientes, dos quais 5 foram excluídos por registros incompletos. Dos 130 casos incluídos, 86 eram homens e 44 mulheres com idade média de 53 anos. A mediastinoscopia estabeleceu o diagnóstico definitivo em 116 casos, nos outros 14 casos o diagnóstico obtido à mediastinoscopia não foi compatível com o diagnóstico definitivo do paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram: sarcoidose (22 casos), tuberculose (21 casos), câncer de pulmão não pequenas células (21 casos), linfoma (17 casos) e câncer de pulmão de pequenas células (16 casos). A sensibilidade do método foi 88,3% e a especificidade 100%. Para nossa população o valor preditivo positivo encontrado foi 100%, enquanto que o negativo 41,7%. Índice geral de complicações intra-operatórias foi de 6,9% com 2 casos graves necessitando de intervenção cirúrgica e 1 óbito. A mediastinoscopia confirmou a suspeita clínica inicial em apenas 68% dos casos, todavia estes resultados diferem de acordo com a suspeita, para linfoma a diferença entre suspeita e diagnóstico foi de 50%, para câncer de pulmão a mediastinoscopia confirmou o diagnóstico em 90% dos casos. **CONCLUSÃO:** A mediastinoscopia provou ser um método sensível e específico para o diagnóstico das variadas afecções que acometem o mediastino apresentando baixo índice de complicações.

PC.011 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS BRONQUIECTASIAS: ANÁLISE DE 92 CASOS

AMORIM E*, ARAGÃO FAB*, VEIGA FILHO A*, GUTERRES JR. LAN*

Instituição: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA*

INTRODUÇÃO: A bronquiectasia é uma dilatação anormal e irreversível dos segmentos da árvore brônquica causada por infecção microbiana. Pode ser uni ou multissegmentar. A ressecção cirúrgica pode proporcionar a cura na grande maioria dos casos, mas depende do planejamento e preparo pré operatório eficiente. Este estudo visa apresentar a terapia cirúrgica e seus resultados. **MÉTODOS:** No período de 1994 a 2006, foram operados 92 pacientes de ambos os sexos com idade entre 11 e 62 anos (média 35,6 anos), no Hospital Universitário Presidente Dutra em São Luis do Maranhão. A indicação cirúrgica foi baseada nos sintomas clínicos de infecção recidivante, tosse com expectoração purulenta e hemoptises. O diagnóstico radiológico com tomografia computadorizada de tórax foi feito em todos candidatos a cirurgia. **RESULTADOS:** Os pacientes apresentavam escarro purulento de repetição em 75% dos casos, enquanto tosse produtiva crônica em de 15%. Quanto à localização, a doença esteve presente em todo o pulmão em 38 casos, em quase totalidade do lobo ou em todo o lobo, em 53 casos. Pulmão Direito: em todo o lobo superior 6 casos, mais de 2 segmentos 3 casos, em todo o lobo médio 4 casos, todo o lobo inferior 3 casos, mais de 1 segmento 1 caso, em todo o lobo inferior 3 casos, mais de 1 segmento 1 caso, 2 lobos comprometidos 2 casos. Pulmão Esquerdo: mais de 2 segmentos 3 casos, todo o lobo inferior 10 casos, mais de 2 segmentos 6 casos. Segmentos afetados em lobos diferentes: lobo superior direito e lobo inferior direito 10 casos, lobo superior esquerdo e lobo inferior esquerdo 3 casos. Realizamos os seguintes procedimentos cirúrgicos: Pneumonectomias 38 (41,3%), lobectomias 58 (42,3%), segmentectomias 15 (16%). Quatorze pacientes apresentaram complicações (15%) e sem mortalidade. **CONCLUSÃO:** A ressecção cirúrgica de pacientes com bronquiectasias tem resultados satisfatórios e podem melhorar em muito a qualidade de vida dos doentes portadores desta doença.

PC.012 PULMONARY RESECTION IN CYSTIC FIBROSIS BEFORE LUNG TRANSPLANTATION

SOUILAMAS R*, NEVES-PEREIRA JC*

Instituição: HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU*

BACKGROUND: Cystic fibrosis patients in transplantation program can develop complications of the destructed lung parenchyma, as massive bleeding and recurrent infection. When the focus is localized in a single lung or lobe, surgical approach can be proposed if performance status and remaining lung function allows the procedure. **OBJECTIVE:** The Lung Transplantation Group of The European Hospital Georges Pompidou in Paris report 6 cases of pulmonary resection in these patients before transplantation. **METHOD:** Charts and long term follow-up of 6 patients underwent to pulmonary operations were reviewed. **RESULTS:** The indication of these surgical procedures were: 3 cases for out control massive haemoptysis (even under embolization) and 3 due to recurrent infections with destructed parenchyma as a focus. One pneumonectomy and 5 lobectomies were performed. One patient underwent to a urgency lobectomy due to massive haemoptysis died in the first post operative day. No

postoperative complication was observed in the others 5 patients. Five of the six patients are alive after one year with improvement of the quality of live. No recurrent haemoptysis or infection were observed after resections. **CONCLUSION:** Lung resection in cystic fibrosis patients is a good option for those who present localised lesions and clinical condition, being a bridge to transplant, avoiding threatening complications as recurrent infections and massive haemoptysis.

PC.013 TORACOTOMIA VERTICAL – EXPERIÊNCIA COM 266 PACIENTES OPERADOS

COSTA JR. AS*, SOBRAL FH*, PERFEITO JAJ*, MARCHETTI MA*, LEÃO LEV*, SUCCI JE*

Instituição - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A via de acesso mais adequada para a realização de uma operação torácica é tema constante de debates entre cirurgiões. Este debate foi intensificado com o surgimento e avanço das técnicas de cirurgia minimamente invasiva na última década. A cirurgia torácica vídeo assistido (CTVA) e a toracotomia com preservação muscular são opções cirúrgicas plenamente estabelecidas para a realização de ressecção pulmonar. A utilização da técnica de toracotomia vertical com preservação muscular para tratamento das afecções vem crescendo nos últimos anos, como via de acesso preferencial. **OBJETIVO:** Temos como objetivo analisar 266 pacientes operados pela toracotomia vertical. Avaliamos os pacientes quanto ao sexo, idade, procedimento realizado, diagnóstico, tempo de drenagem, tempo de internação e complicações. **MÉTODO:** Foram analisados os prontuários de 266 pacientes operados de 2000 a 2004 com toracotomia vertical até 10 cm. Avaliamos os pacientes quanto ao sexo, idade, procedimento realizado, diagnóstico, tempo de drenagem, tempo de internação e complicações. **RESULTADOS:** Os resultados mostraram 65% pacientes do sexo masculino e 35% do sexo feminino, a idade variou de 1 a 91 anos, com média de 49,3 anos, o tempo de internação médio foi de 6,5 dias, variando de 1 a 30 dias. A média do tempo de drenagem foi de 3,9 dias, variando de 1 a 20 dias. Tivemos quatro óbitos - mortalidade de 1,5% e uma morbidade de 10,5%, sendo a mais freqüente pneumonia em 8 pacientes (3,0%). **CONCLUSÕES:** A mini toracotomia vertical é segura e representa uma estratégia rápida para a ressecção pulmonar anômala e também para as demais doenças. A visualização direta para a dissecação e efetiva sutura dos vasos pulmonares e brônquios foram demonstrados. Esta estratégia é uma boa opção, proporcionando um excelente acesso à cavidade torácica. Acreditamos que a toracotomia póstero-lateral ampla representa uma morbidade adicional ao tratamento.

PC.014 AVALIAÇÃO DA TRANSPOSIÇÃO VISCERAL PALIATIVA NO CÂNCER DE ESÓFAGO E CÁRDIA: ESTUDO DE 111 CASOS

AQUINO JLB*, SAID M*, OLIVEIRA MB*

Instituição: Departamento de Cirurgia Geral Torácica do Hospital e Maternidade Celso Piirro - PUC - Campinas - SP*

INTRODUÇÃO: O câncer de esôfago é uma afecção bastante freqüente e fatal. Revisões recentes da literatura demonstram que, em 50% dos pacientes com essa afecção, os tumores são irrecorríveis ou inoperáveis, e há grande comprometimento do estado nutricional devido à distrofia progressiva de rápida evolução. Porém, o tratamento paliativo para esse grupo de pacientes oferece melhor qualidade de vida, por menor que seja o tempo de sobrevivência. **OBJETIVO:** Analisar os resultados da transposição visceral paliativa como tratamento cirúrgico em uma série de pacientes portadores de carcinoma de esôfago e cárdia irrecorrível. **MÉTODOS:** De janeiro de 983 a dezembro de 2005, 789 pacientes com carcinoma de esôfago e/ou cárdia foram avaliados no serviço dos autores. Destes, 315 foram considerados irrecorríveis/inoperáveis, sendo indicada terapêutica paliativa, dos quais conseguiu-se realizar em 111 pacientes a transposição visceral. Os demais 204 pacientes não tiveram condições clínicas e/ou nutricionais satisfatórias e foram submetidos a outros procedimentos paliativos e não cirúrgicos. Destes 111 pacientes, 86 eram do sexo masculino, com idade variável de 52 a 77 anos. Em 83 pacientes foi realizada transposição visceral com tubo gástrico isoperistáltico de grande curvatura (Grupo A), em 17 a transposição de todo o estômago (Grupo B), e em 11 transposição de cólon transversal (Grupo C). **RESULTADOS:** Nos três grupos houve complicações, a maioria relacionada à infecção pulmonar e fistula/estenose da anastomose esôfago visceral cervical. No grupo A houve complicações gerais em 18,1% dos pacientes, complicações locais em 46,9%, e 7,2% evoluiu a óbito. No grupo B houve complicações gerais em 35,29%, complicações locais em 35,29% e óbito em 17,7%. No grupo C houve complicações gerais em 72,7%, complicações locais em 45,4% e óbito em 36,36%. Nos três grupos a palição foi adequada, em torno de 80%, proporcionando deglutição para sólidos/pastosos, com sobrevida média de 7 meses. **CONCLUSÃO:** Apesar da alta prevalência de complicações, a transposição visceral é uma opção válida, pois oferece palição adequada na maioria dos pacientes, e o tubo gástrico isoperistáltico parece ser o melhor procedimento devido à menor morbidade.

PC.015 EMPIEMA PLEURAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 1448 CASOS TRATADOS PELO SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HUAC - CAMPINA GRANDE - PB

RITTER JC*, MEDEIROS GA*, ARAÚJO FS*, NETO FM*, COSTA HA*, BARBOSA YWF*

Instituição: Hospital Universitário Alcides Carneiro*

INTRODUÇÃO: O Empiema Pleural é uma causa freqüente de internação hospitalar em nosso meio com índices de morbidade e mortalidade elevados, e requer tratamento eficiente por uma equipe qualificada para este fim. **OBJETIVOS:** O presente estudo visa analisar os fatores prognósticos de pacientes internados com Empiema Pleural, bem como índices de morbimortalidade de acordo com: Sexo, idade, lado, técnica cirúrgica, índice de massa corporal, hemoglobina, hipoxemia, seps e fator causal. **MÉTODOS:** Foram analisados 1448 casos de Empiema Pleural, tratados pela mesma equipe de Cirurgia Torácica em quatro hospitais de Campina Grande. Correlacionamos os dados da admissão dos pacientes com o índice de morbimortalidade para definir os fatores prognósticos dos mesmos. **RESULTADOS:** Encontramos: Empiema Pleural em 1280 pacientes (88,4%), Pio-pneumotórax em 154 (10,6%) e Empiema de Necessidade em 14(1%). Quanto ao lado, foram 769(53,11%) a direita, 663(45,79%) a esquerda e 16(1,10%) bilateral. Ocorreram 72 óbitos (4,97%). A morbidade foi de 7,11%. Foi observado que o nível de hemoglobina, índice de massa corporal, idade, sexo e lado, não foram estatisticamente significativos na morbimortalidade. Todos os pacientes com Empiema de Necessidade foram submetidos a pleurostomia e houve maior morbidade e mortalidade nos pacientes com Pio-pneumotórax. Os pacientes com empiema causado por pneumonia tiveram um índice de pleurostomia menor (28%) que os pacientes com Empiema Tuberculoso (90%),

pós trauma (74%) e pós ressecção pulmonar (88%). A mortalidade foi significativamente maior nos pacientes que apresentavam sinais de insuficiência respiratória e/ou sepse (72%) no momento do diagnóstico. Pacientes submetidos a drenagem fechada/pleuroscopia/minitoracotomia com debridamento tiveram maior morbidade (10% X 1,44%), maior período de diárias de CTI (5,4 x 4,3) e maior período de internação (16,8 x 13,1) que os pacientes submetidos a pleurostomia. **CONCLUSÃO:** É de fundamental importância que a equipe que trata Empiema Pleural (Cirurgião Torácico, Pediatra, Clínico e Intensivista) conheçam os fatores determinantes prognósticos, e que a escolha da técnica cirúrgica seja individualizada de acordo com cada caso.

PC.016 VARIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PERIOPERATÓRIO DE PACIENTES TORACOTOMIZADOS

GODOY DV*, GODOY RF*, AVINO AG*, PINTO FILHO DR*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - UCS - CAXIAS DO SUL - RS*

INTRODUÇÃO: A ansiedade e o desespero são respostas iniciais de pacientes frente a uma internação em Unidades de Terapia Intensiva, onde indivíduos submetidos à cirurgia torácica com ressecção pulmonar passam os primeiros dias de pós-operatório. Vários estudos têm relatado uma mortalidade de 6 a 7 vezes maior de indivíduos com depressão maior ou distúrbio bipolar não tratados em relação a população em geral. Pacientes com diagnóstico pré-operatório de depressão estão mais sujeitos ao óbito no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Indivíduos em pós-operatório, principalmente se a causa da cirurgia é uma doença com significado grave para ele, podem experimentar ansiedade, medo e sentimentos de vulnerabilidade. A ansiedade é comum no período pós-operatório de cirurgias de revascularização miocárdica ou transplante cardíaco, situações em que cerca de 25% dos pacientes têm um ou mais episódios de delírio. **Objetivos** Determinar os níveis de ansiedade e depressão no período perioperatório de pacientes submetidos à toracotomia terapêutica, e relacioná-los à evolução pós-operatória precoce. **MÉTODO:** Trinta pacientes consecutivos com indicação de toracotomia terapêutica (62% homens) avaliados no pré-operatório imediato e no pós-operatório precoce (revisão para retirada de pontos), através de dois instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI). (9, 10, 11) Comparação dos níveis pré-operatórios de ansiedade e depressão de dois grupos: 1) evolução normal (G1); 2) evolução complicada e/ou óbito (G2). **RESULTADOS:** Nove pacientes foram excluídos da análise final devido à: 1) encaminhamento à quimioterapia neoadjuvante; 2) desistência da cirurgia; 3) dificuldade de compreensão dos instrumentos; 4) negativa em responder aos instrumentos. Os níveis de ansiedade e depressão foram leves para G1 (17 pacientes, 65% homens) e mínimos para G2 (4 pacientes, 50% homens) no pré-operatório imediato (tabela). Não havendo correlação destes níveis de ansiedade e depressão pré-operatórios com complicações e/ou morte. Tabela 1. Níveis de ansiedade e depressão pré-operatórios Inventário G1 (n = 17) G2(n = 4) p BAI pré-operatório 11,6 ± 9,8 9 ± 3,9 0,6 BDI pré-operatório 12,6 ± 10,5 10,2 ± 6,6 0,6 A avaliação pós-operatória realizada no 14 ± 4 dia não demonstrou diferença estatística nos níveis de ansiedade (p = 0,1) e de depressão (p = 0,3) em relação ao pré-operatório. **CONCLUSÃO:** Neste estudo, níveis leves de ansiedade e depressão não interferiram nos índices de complicações e mortalidade pós-operatórias precoces de pacientes toracotomizados.

Pôsteres

P.001 TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL EM PACIENTES COM TÓRAX ASSIMÉTRICO

MARIANI AW*, SAMANO MN*, CARAMORI ML*, TEIXEIRA RH*, AFONSO JR. JE*,

PEGO-FERNANDES PM*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: O transplante de pulmão é uma terapêutica estabelecida para tratamento de afecções pulmonares em estágio final como a bronquiectasia. A destruição pulmonar bem como a presença de intervenções cirúrgicas prévias podem levar à alterações da anatomia torácica que podem prejudicar a viabilidade técnica do transplante, como o tórax assimétrico. **OBJETIVO:** Apresentar dois casos de transplante pulmonar bilateral em pacientes com tórax assimétrico, bem como revisão da literatura. **MÉTODO:** Entre agosto de 2003 e setembro de 2006 foram realizados 40 transplantes de pulmão no Incor HC-FMUSP. Vinte procedimentos foram bilaterais, dentre estes, dois casos foram singulares por apresentarem importante assimetria torácica devido à ressecções pulmonares prévias. **RESULTADOS:** Os transplantes foram realizados por bitoracotomia ântero-lateral transternal, sendo o pulmão de volume reduzido o primeiro lado abordado. Verificaram-se em ambos os casos grande dificuldade na retirada do órgão por consequência de firmes aderências. A utilização do recurso "Cell Saver" foi útil na prevenção de perda sanguínea, sendo que, em um paciente foi necessário o uso de circulação extra-corpórea. Os implantes foram realizados sem intercorrências apesar da dificuldade em dissecação do hilo pulmonar. Para a adequação do volume pulmonar às reduzidas cavidades pleurais foram realizadas lobectomias inferiores nos lados afetados, após o implante do segundo pulmão. O pós-operatório de ambos os casos decorreu sem complicações. Embora as bronquiectasias respondam por 2,5% das indicações de transplante pulmonar em todo o mundo, em nossa instituição esta doença responde por 22,5% de nossos transplantes. **CONCLUSÃO:** O transplante pulmonar bilateral em pacientes com tórax assimétrico é um procedimento desafiador, porém, possível. Apresenta freqüentemente maior dificuldade para a retirada do pulmão nativo. A adequação do pulmão à cavidade pleural de menor tamanho pôde, nestes dois casos, ser atingida seguramente através da lobectomia.

P.002 PNEUMONIA NECROSANTE COM COMPLICAÇÕES EM CRIANÇAS: EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO

OLIVEIRA R*, GONÇALVES JJS*, LEÃO LEV*, OTA LH*, FORTE V*, GIUDICI R*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP

INTRODUÇÃO: A pneumonia necrosante em crianças é sempre causa de elevada morbimortalidade, (30 a 80%) com seqüente internação hospitalar prolongada. Quando associada a complicações tais como empiema pleural e/ou fistula broncopleural o tratamento cirúrgico é indispensável. Nesta casuística observamos que a abordagem cirúrgica precoce com ressecção da área necrótica e desbridamento do espaço pleural abreviaram o tempo de internação com rápida melhora clínica. **OBJETIVO:** Descrever a experiência com a conduta cirúrgica em

J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 1R):R1-R30

pacientes pediátricos portadores de pneumonia necrosante (gangrena pulmonar) complicada. **MÉTODO:** 27 crianças submetidas a algum tipo de ressecção pulmonar por toracotomia nos hospitais administrados pela UNIFESP/HSP. A maioria dos pacientes já estava em tratamento clínico, sem sucesso. A opção cirúrgica foi adotada quando ocorria má evolução clínica caracterizada por febre persistente, empiema, pneumotórax com fistula bronco-pleural contínua. A TC foi recurso propeúdicamente importante na identificação das áreas de necrose ao identificar a ausência de perfusão. Todo o material resultante da ressecção cirúrgica foi enviado para o anatomopatológico e cultura. Enquanto necessário, a criança foi mantida em terapia intensiva, no pós-operatório. **RESULTADOS:** A idade média foi 3,5 (± 2) anos; quanto ao sexo 55% feminino e 45% masculino. A via de acesso mais utilizada foi a toracotomia lateral transversa poupadora (51%), lateral longitudinal poupadora (30%), ântero-lateral (11%), pósterio-lateral (4%) e Overholt (4%). A ressecção mais freqüente foi a segmentectomia (62%), seguida de lobectomia (25%), segmentectomia anatómica (10%) e pneumonectomia em um paciente (3%) O resultado histopatológico confirmou em praticamente 100% de tecido necrótico com microabscessos e trombose vascular pulmonar ou O histopatológico confirmou tecido necrótico com microabscessos e trombose vascular pulmonar em praticamente 100% dos pacientes. As culturas o germe mais freqüente foi o estafilococo em 26%, pneumococo em 14%, acinetobacter em 6%, estreptococo em 3% e em 51% dos casos não houve crescimento bacteriano. O tempo médio de internação pós-operatória foi de 20 (±10) dias e o período de hipotermia no pós-operatório foi de 2 (± 6) dias. A fistula aérea pós-operatória ocorreu em 35% sendo que em 85% apresentavam já no pré-operatório. Tivemos apenas um óbito por sepsis. **CONCLUSÃO:** Nesta série pudemos observar que a maioria dos pacientes com necrose pulmonar apresentava culturas negativas, seja por não ter feito em meio com anaerobiose, seja por ter sido na vigência de tratamento antibiótico de largo espectro. Observamos que a maioria dos pacientes com necrose pulmonar documentada pela TC de tórax com contraste possuía uma excelente correlação anatômico-radiológica determinando a real necessidade da cirurgia e a sua extensão. Outro dado laboratorial observado que se destacou foi a plaquetose, em média em torno de 700.000/mm³, mas com casos acima de 2 milhões/mm³. Devido à forte correlação, a plaquetose foi importante fator considerado na suspeita de necrose pulmonar durante o curso de pneumonias. Baseados nestas experiências e nos resultados, acreditamos que a ressecção dos tecidos necróticos pulmonares nas pneumonias necrosantes traz resultados benéficos na medida em que abrevia o uso de antibióticos, o tempo de internação hospitalar e reduz a morbi-mortalidade.

P.003 SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR: MAIOR RISCO DE COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS EM MEDIASTINOSCOPIA?

ANDRADE NETO JD*, TERRA RM*, MARIANI AW*, FERNANDEZ A*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A mediastinoscopia é uma boa opção para o diagnóstico de lesões mediastinais, porém freqüentemente questionamos os seus riscos nos casos de hipertensão venosa, como Síndrome de veia Cava Superior (SVCS), que poderia aumentar o risco de sangramento. **OBJETIVO:** Avaliar a hipótese de que SVCS seja fator de maior risco para complicações em pacientes submetidos a mediastinoscopia. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal, incluindo os pacientes submetidos a mediastinoscopia no período de 1994 a 2004. Os casos foram divididos em 2 grupos: SVCS e não-SVCS. Pacientes eram considerados portadores de SVCS quando apresentavam sinais clínicos e radiológicos compatíveis com hipertensão venosa do território superior. Foram revistas as complicações intra e pós-operatórias em ambos os grupos e os resultados comparados estatisticamente. **RESULTADOS:** Foram analisados 174 pacientes (116 H, 58 M) com uma média de idade de 55,3 anos. Os diagnósticos mais freqüentes: neoplasia pulmonar (70 casos), sarcoideose (22 casos), tuberculose (21 casos) e linfoma (19 casos). O grupo SVCS apresentou 20 pacientes e o grupo não-SVCS 154. No grupo SVCS as neoplasias foram mais frequentes (p = 0,025). No grupo SVCS encontramos 1 (5%) complicação intra-operatória (hemorragia menor sem necessidade de toracotomia ou esternotomia) e nenhum óbito relacionado. No pós-operatório este grupo apresentou 3 (15%) complicações (2 pneumonias bacterianas e 1 óbito por piora da SVCS). No grupo não-SVCS identificamos 11 (7,14%) complicações intra-operatórias (2 hemorragias graves, 8 hemorragias menores e 1 pneumotórax), 11 (7,14%) complicações pós-operatórias (3 infecções de ferida, 2 pneumonias, 1 infarto do miocárdio, 1 crise miastênica e 3 pacientes com sepsis) e 1 óbito por tamponamento cardíaco. Não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos (p > 0,05) quando comparados os números de complicações intra-operatórias (OR = 0,95; IC95% = 0,16 - 5,6) e pós-operatórias (OR = 2,49, IC95% = 0,47 - 7,12). **CONCLUSÃO:** A mediastinoscopia é um método seguro e que o paciente com SVCS não tem maior risco de complicações que o paciente que não se apresenta com a síndrome.

P.004 REVASCULARIZAÇÃO PRECOCE DO BRÔNQUIO ISQUÊMICO CANINO COM PHVEGF 165

MACEDO AV*, SAUERESSIG MG*, FORTIS E*, EDELWEISS MIA*, MORESCHI AH*, MEURER L*, ARAUJO LFL*, OLIVEIRA H*, MATTE U*

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS - Porto Alegre - RS*

INTRODUÇÃO: Apesar dos avanços técnicos no transplante pulmonar, as complicações isquêmicas da anastomose brônquica permanecem como uma importante causa de morbidade para os pacientes transplantados a curto e médio prazos. Com os avanços da biologia molecular, é possível com a terapia gênica inserir o cDNA de proteínas no interior de células somáticas, buscando a produção de proteínas terapêuticas. O VEGF (vascular endothelial growth factor) é o fator de crescimento mais empregado em protocolos clínicos e experimentais de terapia gênica para revascularização de tecidos isquêmicos. **OBJETIVO:** Avaliar a possibilidade de transfeção do brônquio isquêmico com phVEGF 165 e investigar a presença de revascularização sistêmica neste tecido isquêmico, após 3 dias da transfeção. **MÉTODOS:** Cães foram submetidos a broncotomia e dissecação circunferencial hilar e distribuídos, aleatoriamente, para receber a aplicação, no brônquio isquêmico (segmento distal à broncotomia), de terapia gênica com 50 µg de phVEGF 165 (grupo VEGF, n = 8) ou de solução fisiológica 0,9% (grupo controle, n = 8). Após três dias, nos primeiros 9 animais sobreviventes, coletamos amostras do brônquio isquêmico para o estudo da expressão gênica pela reação da cadeia da polimerase com transcriptase reversa (RT-PCR). Nos outros 7 cães, injetamos corante microvascular na aorta para pesquisar a presença de sinais de revascularização do brônquio isquêmico. Também analisamos, nos segmentos de brônquio isquêmico, a expressão proteica do VEGF através da imunistoquímica anti-VEGF. **RESULTADOS:** o grupo VEGF apresentou vasos preenchidos com corante microvascular em 100% dos brônquios isquêmicos, enquanto que, no grupo

controle, não houve evidências de vasos corados. Também o grupo VEGF mostrou a expressão gênica ($p < 0,0001$) e protéica ($p = 0,015$) mais intensa que o grupo controle. **CONCLUSÃO:** O sucesso da transfecção com o pVEGF 165 promoveu a revascularização sistêmica precoce do brônquio isquêmico.

P.005 TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DO ENFISEMA PULMONAR. EVIDÊNCIAS E QUESTIONAMENTOS AO LONGO DE 4 ANOS DE EXPERIÊNCIA COM "STENT" BRÔNQUICO VALVULADO

MACEDO NETO AV*, OLIVEIRA HG*, JOHN AB*, ARAÚJO LFL*, MORESCHI AH*, SAUERESSIG MG*, XAVIER RG*

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS - Porto Alegre - RS*

INTRODUÇÃO: O tratamento endoscópico do enfisema pulmonar tem seu interesse renovado e é destaque em todos eventos internacionais de grande repercussão científica. A válvula unidirecional com que trabalhamos desde a escolha de 6 centros mundiais em 2002, é composta por nitinol e silicone e atualmente pode ser usada pelo canal operativo de fibrobronoscópios ditos terapêuticos. Essa modalidade de tratamento pretende apresentar as óbvias vantagens de morbidade e mortalidade em relação a cirurgia. Quais doentes tratar e quais são os resultados? São os questionamentos mais importantes, aos quais pretendemos contribuir com esta pesquisa clínica. **OBJETIVO:** Redução da hiperinsuflação e do espaço morto, com perfusão de áreas menos doentes (melhor relação V/Q). Descrição dos resultados de seguimento de 1 a 24 meses em pacientes enfisematosos que foram submetidos a colocação de válvulas endobrônquicas. **RESULTADOS:** Testes de função pulmonar, exames de imagem e videobroncoscopia foram realizados 1, 3, 6, 12 e 24 meses após a inserção das válvulas. A idade média foi de 67 anos, IMC 24 e exposição média ao tabaco 65 pacotes/ano. Índice BODE foi medido. Foram colocadas 64 válvulas. Não houve mortalidade relacionada ao procedimento. Observou-se atelectasia no período de 48 horas em 2 dos 12 pacientes com oclusão no lóbulo superior direito. Foram realizadas 56 broncoscopias em 24 meses. Granulomas sem necessidade de tratamento foram a principal complicação. Principalmente no primeiro mês, válvulas obstruídas por muco eram facilmente limpas. 18 pacientes completaram 1 a 3 meses de acompanhamento, 14 completaram 6 meses de acompanhamento, 11 completaram 12 meses de acompanhamento e 5 completaram 24 meses de acompanhamento. Observou-se melhora significativa (diminuição 4%) no St. George Respiratory Questionnaire aos 3 meses e aos 6 meses em 3 dos 4 domínios. **CONCLUSÃO:** As válvulas endobrônquicas são seguras, mas o critério de avaliação/evolução e seleção de pacientes precisa ser aperfeiçoado. A atelectasia deve ser considerada como o objetivo principal do tratamento.

P.006 BIÓPSIA TORÁCICA TRANSPARIETAL À BEIRA DO LEITO

OLIVEIRA A*, PERFEITO JAJ*, OLIVEIRA R*, RYMKIEWICZ E*, TEIXEIRA FO*, LEÃO LEV*, FORTE V*

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Massas intra-torácicas periféricas podem ser diagnosticadas por diversos meios, com baixos índices de complicação, mas com diferentes graus de agressão operatória e indicações. Utilizando-se a agulha cortante, obtêm-se altas taxas de diagnóstico e pequeno índice de complicações. A grande maioria da literatura recomenda que as biópsias sejam guiadas por ultrassonografia ou tomografia computadorizada de tórax (TC). **OBJETIVO:** O objetivo é mostrar que podemos realizar biópsia transparietal, à beira do leito, orientada pela TC com resultados satisfatórios. **MÉTODO:** Foram biopsiados, com Agulha Cortante 14 ou 16 gauge, 28 pacientes de 04/2005 a 12/2006. Todos apresentavam massa pulmonar periférica ou mediastinal anterior com tamanho maior que 3cm e TC prévia. Utilizando referências anatômicas na TC, realizamos as medidas do centro da massa em relação a estas referências para orientação do local da punção. Medimos os diâmetros da massa para não lesarmos estruturas adjacentes. Todas as punções biópsia foram realizadas sob anestesia local, com a agulha orientada em diferentes direções em "leque", para coletar amostras de diferentes áreas. Realizamos entre 3 e 9 punções biópsias por doente enviando o material para a patologia, e sempre que possível para exame de congelação. Após o procedimento eram realizados exame físico e radiografia para investigação de possíveis complicações. **RESULTADOS:** Os pacientes apresentavam idade de 17 a 78 anos com média de 58,3 anos. Quanto ao gênero, 17 eram homens e 11 mulheres. O menor diâmetro da massa era 4,0cm e o maior 20,0cm com média de 9,4cm. A biópsia de congelação foi realizada em 22 pacientes (78,6%). Obtivemos o diagnóstico definitivo em 24 pacientes (85,7%) e destes, um (4,2%) tinha doença benigna, e 23 (95,8%) tinham lesões malignas. Em 4 (14,3%) pacientes o método não levou ao diagnóstico. Houve duas (7,1%) complicações, sendo um pneumotórax e um hemopneumotórax resolvidos com drenagem pleural. **CONCLUSÃO:** A biópsia transparietal com agulha cortante à beira do leito, orientada pela TC prévia, apresenta boa eficiência diagnóstica em massas torácicas com diâmetro médio de 9,4cm, baixo índice de complicações e baixo custo. Os resultados foram comparáveis com os de autores que realizam este procedimento guiado por exames imagem.

P.007 TUMOR DE ASKIN (PNET) NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – RESULTADOS DO TRATAMENTO MULTIMODAL EM 03 INSTITUIÇÕES

KAZANTZI A*, AFONSO SL*, CARVALHO PEO*

Instituição: Universidade de Mogi das Cruzes - SP*

Uma revisão atualizada da literatura, demonstrou que no Brasil, há apenas uma publicação referente à prevalência, diagnóstico, tratamento e evolução de tumores de Askin. Este fato nos motivou a realizar um estudo multi-institucional em três serviços de cirurgia torácica que utilizam um mesmo protocolo terapêutico para essa categoria de tumor. Foram diagnosticados 12 doentes com PNET no período de 1991 a 2005. Seis do sexo masculino e 6 feminino. Seis doentes tinham idade de 3 a 10 anos e seis tinham idade de 13 a 31 anos por ocasião do diagnóstico. O sintoma predominante foi dor e tumoração na parede torácica lateral. O diagnóstico foi feito em 1 caso por biópsia pleural; em 4 casos por punção transtorácica com agulha modelo thru-cu; em 05 casos por biópsia incisional e, em 2 casos por minitoracotomia. O diagnóstico imunohistoquímico foi confirmado em 7 casos, enquanto que em 5 diagnosticados entre 1991-2005, baseou-se no estudo histológico pela HE, de tumor neuroectodérmico de células pequenas azuis. O painel de marcadores imunohistoquímicos que mais freqüentemente revelaram positividade foram CD 99, CD 45, CD 59, vimentina e cromogranina. Nove pacientes da casuística submeteram-se a ressecções completas. Dois pacientes operados antes de 1996 foram submetidos a ressecção oncológica como primeiro tratamento. Sete pacientes realizaram quimioterapia citoreduzora pré-operatória com média de 3,5 ciclos. O intervalo médio entre

ciclos foi de 3 semanas. O esquema de drogas mais empregado foi EVAI (etoposide, vimblastina, adriamicina, ifosfamida). A redução tumoral observada foi de 50 a 90%. Um paciente desta série além da PQT recebeu pré-operatoriamente radioterapia na dose de 3.000 CGY. Estes 7 pacientes foram subsequentemente submetidos a toracotomias parciais com reconstrução. Ressecções pulmonares menores e parciais associadas ocorreram em 5 casos. Lobectomia foi necessária em dois casos do grupo que não fez quimioterapia prévia. Ressecção parcial de cúpula frênica ocorreu em 2 casos e ressecção de pericárdio em 1 caso. Tratamento adjuvante pós-operatório foi realizado em 6 dos 7 doentes desta série e constituiu em 2 a 5 ciclos de PQT no mesmo esquema pré-operatório.

P.008 OS EFEITOS DA PRESSÃO POSITIVA EXPIRATÓRIA FINAL NO RECRUTAMENTO ALVEOLAR DURANTE A VENTILAÇÃO MECÂNICA EM SUÍNOS

MÄDKE GR*, SANCHEZ PG*, ANDRADE CF*, CARDOSO PFG*

Instituição: Departamento de Fisiologia do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Porto Alegre - RS*

INTRODUÇÃO: Diferentes estratégias ventilatórias baseadas na pressão positiva expiratória final (PEEP) têm sido utilizadas para a obtenção de recrutamento alveolar ideal, porém sempre a partir de dados da curva de pressão-volume, os quais são difíceis de serem obtidos na prática clínica diária, tornando-se necessária a investigação experimental de novos métodos de recrutamento. Tal procura justifica-se a partir da necessidade permanente de melhora da eficácia da ventilação mecânica em situações críticas, tais como após o transplante pulmonar na vigência de lesão de reperfusão severa. **OBJETIVOS:** Avaliar em modelo experimental suíno o uso do PEEP ajustado conforme valores da pressão média das vias aéreas (Pmédia) para o recrutamento alveolar durante ventilação mecânica. **MÉTODOS:** Foram utilizados 6 porcos machos pesando em média 25Kg. Após indução anestésica, os animais foram ventilados controlados a volume (*Servo 900C-Siemens), com FiO₂ = 1.0, volume corrente = 10ml/kg/min, FR = 16 cpm, relação I:E = 1:2 e PEEP 5mmHg. Os animais foram randomizados em dois grupos, um controle sem intervenção cirúrgica (1) e outro submetido à toracotomia lateral esquerda (2). Os valores de PEEP em cada grupo foram aumentados a cada 15 minutos para atingir valores de Pmédia de 15, 20 e 25cmH₂O, respectivamente, sendo coletados dados hemodinâmicos, gasometria arterial e de mecânica respiratória imediatamente antes de cada acréscimo do PEEP. **RESULTADOS:** Houve uma melhora gradual da gasometria arterial conforme o aumento do PEEP até ser atingido Pmédia = 25cmH₂O, quando se identificou piora da oximetria ($p > 0,05$) e aumento da pCO₂, estatisticamente significativo no grupo 2 em relação aos dados basais ($p = 0,03$). Com valores de Pmédia = 25cmH₂O houve uma queda da pressão arterial média (PAM) e aumento da pressão da artéria pulmonar (PAP) em relação aos dados basais (PEEP = 5) sem significância estatística. A pressão de pico e de platô foram significativamente maiores quando Pmédia = 25cmH₂O em relação aos valores iniciais. **CONCLUSÃO:** Com o aumento dos valores de PEEP ocorre uma melhora da gasometria arterial até valores de Pmédia = 20cmH₂O, a partir do qual o aumento adicional do PEEP causa comprometimento hemodinâmico e piora das trocas gasosas.

P.009 EFEITO DA AZATIOPRINA SOBRE A DEPURAÇÃO MUCOCILIAR APÓS SECÇÃO E ANASTOMOSE BRÔNQUICA NUM MODELO EXPERIMENTAL EM RATOS

PÊGO-FERNANDES PM*, PAZETTI R*, PINHO-MOREIRA LF*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Uma limpeza mucociliar adequada é fundamental para o funcionamento normal dos pulmões. As causas do prejuízo da função mucociliar após o transplante pulmonar e a terapia imunossupressora não estão completamente entendidas. **OBJETIVO:** Avaliar os efeitos da azatioprina sobre o sistema mucociliar num modelo de secção e anastomose brônquica em ratos. **MÉTODOS:** Trinta e seis ratos Wistar foram submetidos à secção e anastomose brônquica esquerda e separados em dois grupos conforme a terapia: solução salina ou azatioprina. Após 7, 15 e 30 dias de terapia, seis animais de cada grupo foram sacrificados e as medidas de transporte mucociliar in situ, transportabilidade do muco in vitro e ângulo de contato do muco foram realizadas a partir dos brônquios direito e esquerdo. **RESULTADOS:** O transporte mucociliar nos animais que receberam solução salina ficou prejudicada no brônquio esquerdo submetido à secção em relação ao lado direito intacto ($p < 0,05$). A análise do brônquio esquerdo submetido à secção nos animais que receberam azatioprina mostrou uma redução do transporte mucociliar com diferença estatística aos 7 dias. Quando comparados lados direito e esquerdo nos animais que receberam azatioprina houve evidente piora do transporte mucociliar do brônquio seccionado aos 7 dias ($p < 0,001$). A análise do brônquio direito dos grupos que receberam azatioprina mostrou redução do transporte mucociliar aos 7 dias ($p < 0,05$), com recuperação após 30 dias. A medida do ângulo de contato revelou valores maiores após 30 dias nos brônquios seccionados e tratados com salina ($p < 0,0001$). O aumento do ângulo de contato demonstrou menor capacidade do muco de espalhar-se sobre uma superfície plana, caracterizando-o como mais rígido e, portanto, mais difícil de ser transportado. Isso foi evidenciado na avaliação da transportabilidade do muco, principalmente em relação às amostras provenientes dos brônquios seccionados e tratados com solução salina ($p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** A secção e anastomose brônquica prejudicam o transporte mucociliar devido às alterações causadas nas propriedades do muco, tornando-o menos transportável pelos cílios. Além disso, a azatioprina causa a diminuição aguda no transporte mucociliar, mas tem efeito protetor sobre a composição do muco mais tardiamente.

P.010 FATORES QUE INFLUENCIAM OS RESULTADOS EM PORTADORES DE MIASTENIA GRAVIS SUBMETIDOS À TIMECTOMIA AMPLIADA

RUIZ JR. RL*, CATANELO DC*, RESENDE LAL*, CATANELO AJM*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JULIO MESQUITA FILHO" - UNESP - BOTUCATU - SP*

INTRODUÇÃO: estudos mostram melhores resultados e prognóstico no tratamento da Miastenia Gravis (MG) com a timectomia ampliada (TA), devido à retirada de tecido tímico extratímico (TTET). Mesmo com a TA a remissão completa dos sintomas não ocorre em todos os casos. No momento é importante buscar outros fatores que influenciariam o nível de resposta à operação. **OBJETIVOS:** Avaliação retrospectiva da TA no tratamento da MG, buscando fatores com efeito sobre resultados. **MÉTODOS:** Avaliação da resposta em 62 doentes de MG submetidos à TA, entre agosto de 1992 e janeiro de 2005. Os fatores idade, gênero, início de sintomas, histologia tímica, presença de timoma, de TTET e gravidade da doença foram analisados e correlacionados ao nível de resposta. Divididos em 2 grupos. Grupo I, sintomas < 12 meses e Grupo II, > 12

meses. Todos submetidos à plasmaferese no pré-operatório (POP) e TA por esternotomia mediana. No POP utilizada Classificação de Osseman. Classificados como MG leve, Osseman I e IIa; e grave IIb, III e IV. No pós-operatório (PSOP), resposta à TA graduada segundo Classificação de Keynes. Para variável idade utilizado teste t de Student. Demais variáveis quantitativas, sem distribuição normal, teste de Mann-Whitney na comparação dos grupos. Nas qualitativas, utilizado testes de qui-quadrado e exato de Fisher, com $p = 0,05$. RESULTADOS: grupo I, 33 doentes, 14 homens e 19 mulheres, média de idade 27 anos, 18 com MG leve e 15 MG grave. Em 5 presença de timoma e 5 com TTET. Remissão completa em 16, 13 melhora clínica, 4 piora. Necessidade de plasmaferese no PSOP em 2. Sem óbitos. Grupo II, 29 doentes, 7 homens e 22 mulheres, média de idade 33 anos, 15 com MG leve e 14 MG grave. Um apresentou timoma, não encontrado TTET. Necessidade de plasmaferese no PSOP em 3. Remissão completa em 11, 16 melhora clínica, nenhum com piora. Ocorreram 2 óbitos. Não houve diferença estatística entre grupos em relação à idade, gênero, histologia tímica, gravidade da doença e nível de resposta. Os doentes foram estratificados na presença ou ausência de timoma e de TTET e não houve diferença estatística. CONCLUSÃO: Neste grupo de doentes o tempo de início dos sintomas, presença de timoma e TTET não influenciaram os resultados observados após TA.

P.011 ESTENOSE TRAQUEAL SECUNDÁRIA A REFLUXO GASTROESOFÁGICO

MEDEIROS IL*, TERRA RM*, MINAMOTO H*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A estenose traqueal idiopática é uma doença rara caracterizada por estenose cicatricial no nível da cricóide e traquéia alta que acomete mulheres de 20 a 50 anos. O diagnóstico depende da exclusão de lesão pós-intubação, trauma, infecções e colagenoses (granulomatose de Wegener, esclerodermia). Recentemente, alguns autores têm tentado correlacionar refluxo gastroesofágico (DRGE) como fator etiológico em alguns deste casos. OBJETIVO: Relatar caso clínico conduzido inicialmente como estenose traqueal idiopática, definindo-se depois como estenose secundária a DRGE. MÉTODO: Revisão de prontuário. RESULTADOS: Sexo feminino, 44 anos, dispnéia aos esforços há 2 anos, que após 6 meses tornou-se aos mínimos esforços e associou-se a ortopneia e coragem. Sem antecedentes de intubação oro-traqueal, trauma cervical, infecções (tuberculose, histoplasmose), colagenoses e/ou vasculites. Realizou broncoscopia e TC de traquéia que mostraram estenose na transição cricotraqueal acometendo a cricóide com 25 mm de extensão e 6 mm de diâmetro. A biópsia da área de estenose mostrou metaplasia escamosa focal com fibrose e hialinização do córion. A pesquisa de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) foi negativa. Durante seu acompanhamento ambulatorial foi submetida a quatro dilatações endoscópicas, apresentando melhora transitória dos sintomas, voltando a ter dispnéia após um intervalo de tempo variável (2 a 12 meses). Antes de ser submetida a qualquer procedimento cirúrgico, realizou pHmetria de 24 horas, que revelou DRGE em níveis patológicos, no período em decúbito horizontal (refluxo patológico supino), além de refluxo supraesofágico (faringolaríngeo). Iniciou tratamento clínico para DRGE com omeprazol 40mg/dia, bromoprida 30mg/dia e medidas comportamentais, tais como, perda de peso, dieta, elevação de decúbito etc. Repetiu a pHmetria após 6 meses que demonstrou ausência de refluxo patológico. Desde o início do tratamento para o refluxo (06/2003) até seu último retorno de rotina (06/2006), a paciente permaneceu assintomática e sem necessidade de novas dilatações. Realizou nova TC de traquéia que mostrou leve estenose em subglote (10,4x10,6mm). CONCLUSÃO: Apesar de não apresentar pirose e regurgitação, a paciente tinha DRGE acentuado, como evidenciado na pHmetria. A boa resposta ao tratamento clínico confirma que a associação da estenose à DRGE.

P.012 HIPERINSUFLAÇÃO DO PULMÃO NATIVO APÓS TRANSPLANTE PULMONAR UNILATERAL POR ENFISEMA

JUNQUEIRA JJM*, SAMANO MN*, AFONSO JR. JE*, TEIXEIRA RHOB*, CARAMORI ML*, PÊGO-FERNANDES PM*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: O enfisema pulmonar ocorre em aproximadamente 70% dos pacientes com DPOC. Devido ao processo irreversível da doença, com redução progressiva dos fluxos expiratórios, associada à hiperinsuflação pulmonar, em estágios avançados, o transplante de pulmão torna-se a única forma de tratamento para estes pacientes. Complicações pós-operatórias como rejeição, infecção e estenose da anastomose brônquica, todas relacionadas ao pulmão transplantado, têm sido bem estudadas. Por outro lado, o pulmão nativo também pode ser foco de complicações agudas e tardias que afetarão a evolução do transplante. A hiperinsuflação de pulmão nativo é um achado radiológico freqüente no período pós-operatório imediato de transplantes pulmonares e que geralmente se resolve dentro de alguns meses, não estando associado a uma pior evolução. Porém, quando progressiva pode gerar balanço mediastinal com compressão, restrição e distúrbios ventilatórios no pulmão transplantado. RELATO: Relatamos dois casos de hiperinsuflação de pulmão nativo após transplante pulmonar unilateral, que cursaram com disfunção pulmonar progressiva, não responsiva a tratamento clínico, e que foram submetidas a tratamento cirúrgico com lobectomia e cirurgia de redução do volume pulmonar. CONCLUSÃO: Apesar de medidas preventivas, como a realização do transplante preferencialmente à direita e a extubação precoce, a hiperinsuflação do pulmão nativo após a realização de um transplante pulmonar unilateral é uma complicação relativamente comum e pouco previsível. Embora haja tendência na realização de transplantes bilaterais, inclusive para a DPOC, o transplante unilateral ainda é responsável por grande parte da casuística mundial e as equipes transplantadoras devem permanecer atentas a este tipo de problema. Em nossa experiência, o resultado da redução volumétrica pulmonar foi satisfatório nas duas situações, embora o primeiro paciente tenha apresentado deiscência brônquica, empiema e sepse. Desta maneira, concluímos que este procedimento, realizado através de CRVP clássica ou lobectomia, é eficaz no tratamento desta complicação.

P.013 O USO DO RETALHO DIAFRAGMÁTICO VASCULARIZADO PARA PROTEÇÃO DO COTO BRÔNQUICO NA PNEUMONECTOMIA

AMARAL NF*, PIMENTA AB*, RODRIGUES LB*, ALVES CM*, VILHENA AF*, BRITO BB*

Instituição: Hospital Julia Kubitschek - Belo Horizonte - MG*

INTRODUÇÃO: A utilização do retalho vascularizado do diafragma na cirurgia da árvore traqueobrônquica é pouco difundida. O serviço de cirurgia torácica do Hospital Júlia Kubitschek/Belo Horizonte - MG, desde o ano de 2005, vem utilizando preferencialmente esse retalho como proteção nas suturas do coto brônquico, nas pneumonectomias direitas ou

esquerdas, para a prevenção de fistulas broncopleurais. As premissas para esta prática se baseiam nos seguintes fatos: é um excelente retalho muscular, o procedimento é relativamente simples e ágil, apresentando baixos índices de morbidade. OBJETIVOS: O objetivo deste estudo é apresentar e avaliar a experiência preliminar do serviço de cirurgia torácica do Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte-MG, com o uso do retalho diafragmático vascularizado para proteção da sutura do coto brônquico nas pneumonectomias, no período de Junho de 2005 a Dezembro de 2006. MÉTODOS: O retalho diafragmático vascularizado foi utilizado em 10 pacientes submetidos à pneumonectomia esquerda ou direita para tratamento de neoplasia pulmonar. O coto brônquico foi fechado com sutura simples, usando fio inabsorvível, e coberto por um segmento do retalho. RESULTADOS: Não foi observado nenhum tipo de complicação atribuível ao uso do retalho diafragmático (fístula broncopleural, hérnia diafragmática, infecção intraabdominal, etc.) nos pacientes avaliados. Três pacientes faleceram por causas não relacionadas ao uso do retalho diafragmático. CONCLUSÃO: O uso do retalho diafragmático vascularizado mostrou-se um bom recurso para a proteção do coto brônquico em pacientes submetidos à pneumonectomia.

P.014 SEGUIMENTO EM 5 ANOS DA ÓRTESE DE SILICONE HCPA-1 EM PACIENTES COM ESTENOSSES TRAQUEOBRONQUIAIS BENIGNAS E MALIGNAS

XAVIER RG*, MACEDO NETO AV*, SANCHES PRS*, MORESCHI AH*, SAUERESSIG MG*, OLIVEIRA HG*, KUHLL G*, FRAGA JC*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS - PORTO ALEGRE - RS*

OBJETIVO: Aplicação da órtese HCPA-1 para traquéia e brônquios em um grupo piloto de pacientes com estenoses benignas e malignas. MÉTODO: Foram testados modelos da órtese HCPA-1 com diâmetros de 14, 16 e 18 mm e comprimentos de 30 e 50 mm. As principais características dessa nova órtese, versão modificada do modelo proposto de Dumon, são: a) superfície externa rugosa com arcos salientes para fixação e intercalação entre a saliência dos anéis cartilagineos na luz da via aérea; b) superfície interna polida para evitar a adesão de muco e sangue; c) extremidades lisas, reduzindo danos por fricção. Depois de estudos prévios com modelo animal, foi realizado o implante em 17 pacientes, 9 com constrições benignas (5 por estenose pós-intubação ou traqueostomia, 3 por politraumatismo, 1 por traqueomalácia) e 8 com lesões malignas (1 por carcinoma de traquéia, 4 por carcinoma brônquico, 2 por carcinoma de esôfago e 1 de tireóide) que foram selecionados para tratamento com a órtese HCPA-1. RESULTADO: A mediana de permanência das órteses foi de 49 dias (lesões benignas) e 90 dias (malignas). As complicações registradas foram todas não-fatais e tratadas broncoscopicamente. No grupo com lesões malignas, além de dois casos de deslocamento da órtese, nenhuma outra complicação foi observada. No grupo com lesões benignas, houve o registro de granulomas (n = 4), colapso (n = 1), deslocamento (n = 1), secreção (n = 2) e sinéquias em cordas vocais (n = 3) e um paciente foi a óbito por causa não relacionada. No período do estudo, o tempo de permanência do implante foi menor que um mês em 4 pacientes, de 1 a 6 meses em 9 e maior que seis meses em 4, alcançando 395 e 1278 dias em dois casos de malignidade e 1901 dias em um caso de benignidade. CONCLUSÃO: A órtese de silicone HCPA-1 para traquéia e brônquios, testada previamente em modelo animal, mostrou-se adequada e sem registro de complicações graves no período de estudo.

P.015 ANÁLISE DE PACIENTES ABACILÍFEROS SUBMETIDOS A INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS, COM POSTERIOR DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE ATIVA

CATANEO DC*, PINHO PR*, CATANEO AJM*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA "JULIO DE MESQUITA FILHO" BOTUCATU - UNESP - BOTUCATU - SP*

INTRODUÇÃO: A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa antiga, e foi a maior causa de morte por pandemias durante várias centenas de anos. Nos tempos atuais, com o crescimento populacional exagerado, as péssimas condições de saúde e nutrição encontradas em certas regiões do mundo, o abuso de drogas injetáveis, a promiscuidade sexual e o surgimento da AIDS, a tuberculose voltou a ser um problema de saúde mundial e novamente um problema tratado pelo Cirurgião Torácico. OBJETIVOS: Avaliar os pacientes com tuberculose, operados em um serviço universitário, do ano de 2003 a 2006. MÉTODOS: Análise do prontuário avaliando idade, sexo, história prévia de tuberculose, tratamento anterior, sinais e sintomas, cirurgia realizada e exame anatomo-patológico confirmando presença do bacilo álcool-ácido resistente. RESULTADOS: No período de março de 2003 a novembro de 2006, foram operados 43 pacientes, com idade de 4 a 72 anos (x = 44), sendo 27 do sexo masculino (63%) e 16 do sexo feminino. Deles, 28 (65%) apresentavam história prévia de tuberculose, tendo realizado o tratamento tuberculostático adequadamente. Não tinham história de contato com doença, 15 pacientes. O principal fator de procura ao serviço especializado foi por infecções de repetição (41%), além do achado de exame de imagem (35%), hemoptise (21%), dispnéia (16%) e dor torácica (16%). Todos os pacientes encontravam-se abacilíferos no pré-operatório. Foram realizadas 3 dilatações de traquéia, 1 traqueobroncoplastia, 3 mediastinoscopias, 1 fixação de coluna torácica, 2 descorticções, 8 videotorascopias com ressecção em cunha, 5 ressecções em cunha, 8 lobectomias superiores direitas, 5 esquerdas, 2 médias, 2 bilobectomias, 3 pneumonectomias e 1 toracomiotomia. O anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de tuberculose ativa em 26 pacientes (60%) e seqüelar em 17. CONCLUSÃO: Apesar do tratamento, quando há história prévia, muitos pacientes permanecem abacilíferos, no entanto com a doença em atividade. Em vista disso, a principal procura do serviço médico é por infecção, que muitas vezes é tratada como pneumonia, deixando seqüelas graves.

P.016 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A DRENAGEM PLEURAL UTILIZANDO O SELO D'ÁGUA CONVENCIONAL E A BOLSA VALVULADA

ALVES CMS*, GOMES CVC*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ODILON BEHRENS - BELO HORIZONTE - MG*

INTRODUÇÃO: As afecções pleuro-pulmonares estão freqüentemente presentes na prática médica diária, principalmente quando se trata de Cirurgias Torácicas. O espaço pleural, direta ou indiretamente envolvido na doença, pode conter ar ou líquidos em proporções variáveis. Objetivos: Avaliamos a aplicabilidade da Bolsa para drenagem de tórax e mediastinal em substituição ao selo d'água visando concluir se há indicação da utilização rotineira, ou não, em substituição ao sistema convencional e seu impacto do ponto de vista médico, social e

econômico. **MÉTODOS:** Realizamos um estudo prospectivo não randomizado dividido em duas etapas. A primeira: observação dos pacientes drenados sob selo d'água internados no hospital Odilon Behrens e anotação dos dados - destaque para a indicação da drenagem, intercôrrências com o sistema e suas conseqüências, tempo de drenagem e de hospitalização e condições sócio-econômicas para desospitalização precoce. A observação não incluiu a manifestação dos pesquisadores nas condutas adotadas e teve duração de oito meses. A segunda: substituição do sistema de drenagem pela bolsa valvulada. Anotação dos dados - destaque para a indicação da drenagem, intercôrrências com a bolsa e suas conseqüências, tempo de drenagem e de hospitalização, condições sócio-econômicas para desospitalização precoce e satisfação da equipe médica e de enfermagem. A substituição foi feita por um dos dois pesquisadores e somente após a assinatura pelo paciente ou responsável do consentimento informado e autorização verbal do médico responsável pelo caso. A duração foi de seis meses. Observamos um total de 84 casos. **RESULTADOS:** De posse dos dados recolhidos pudemos concluir que a substituição de um sistema pelo outro é segura; o sistema utilizando a bolsa valvulada apresentou menor número de complicações decorrentes do seu manuseio, foi considerado mais confortável pelo paciente, acompanhante, médico e enfermagem e reduziu os custos do hospital de maneira direta e indireta; é possível a alta hospitalar usando o sistema da bolsa valvulada; não notamos diferença significativa no tempo de permanência do dreno pleural. **CONCLUSÕES:** Comparamos os dois sistemas de drenagem pleural e pudemos identificar suas vantagens e desvantagens. Concluímos que há indicação da sua utilização rotineira em substituição ao sistema convencional e que há impacto do ponto de vista médico, social e econômico.

P.017 INSUFLAÇÃO DE TALCO POR VIDEOTORACOSCOPIA VS. INSTILAÇÃO DE TALCO POR DRENO DE TÓRAX: ENSAIO CLÍNICO

TERRA RM*, JUNQUEIRA JJM*, PEGO-FERNANDES PM*, JATENE FP*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: O método mais frequentemente utilizado para controle do derrame pleural neoplásico é a pleurodese. A melhor forma de administração do talco ainda não está definida, ainda que um ensaio clínico e uma metanálise indiquem alguma vantagem para a videotoracosopia. **OBJETIVO:** Comparar os resultados dos dois métodos mais frequentemente usados para pleurodese em pacientes com derrame pleural neoplásico, analisando efetividade, segurança e qualidade de vida. **MÉTODO:** Estudo prospectivo randomizado no qual pacientes com derrame pleural maligno recidivante e sintomático foram alocados aleatoriamente em 2 grupos: videotoracosopia com insuflação de talco (VATS) e instilação de talco por dreno de tórax (TS). A efetividade foi avaliada através de tomografia de tórax, a segurança através da análise de complicações e a qualidade de vida através de questionário geral de qualidade de vida da OMS (WHOQol-bref). Exames e questionários foram realizados no período perioperatório, com 1 mês e com 3 meses. **Resultados:** 35 pacientes foram incluídos, 19 (11H e 8M com idade média de 59,94 anos \pm 14,54) no grupo VATS e 16 (2 H e 14 M, com idade média de 53,6 \pm 12,45) no grupo TS. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto a sexo, idade, Karnofsky, neoplasia primária, tempo de evolução da doença pleural, punções prévias ou qualidade de vida pré-pleurodese. Não houve diferença no número de recidivas (2 no mês 1 e 1 no mês 3 para VATS; 1 no mês 1 e 1 no mês 3 para TS). Não houve diferença no número de complicações, 3 no grupo VATS (enfisema de subcutâneo, pneumonia e drenagem prolongada) e 5 no grupo TS (3 febre, 1 empiema, 1 edema de reexpansão). Na qualidade de vida houve diferença significativa no mês 1, com vantagem da VATS quanto a aspectos físicos ($p = 0,04$) e qualidade de vida conforme opinião do paciente ($p = 0,04$). **RESULTADOS:** Os resultados de ambos os métodos são semelhantes, porém, a pleurodese por VATS oferece melhor qualidade de vida no 1 mês.

P.018 ANÁLISE TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DO MEGAESÔFAGO COM RECIDIVA DE SINTOMAS

AQUINO JLB*, SAID MS*, PEREIRA EVA*, OLIVEIRA MB*, KELMANN BV*

INSTITUIÇÃO: DEPARTAMENTO DE CIRURGIA GERAL, TORÁCICA DO HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO, PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA - PUC - CAMPINAS SP*

INTRODUÇÃO: A cirurgia é a melhor terapêutica para o megaesôfago, afecção freqüente no Brasil, por proporcionar alívio dos sintomas e melhora do estado nutricional. Há controvérsias quanto à melhor técnica cirúrgica para o megaesôfago com recidiva de sintomas após tratamento cirúrgico prévio, com alternativas conservadoras como dilatação pneumática e cardioplastia, até operações mutiladoras como a cardioplastia associada à antrectomia e gastrojejunostomia em Y de Roux, esofagectomia distal ou cardiectomia com interposição jejunal e esofagectomia subtotal. **OBJETIVO:** Avaliar os resultados da terapêutica cirúrgica em uma série de pacientes submetidos a tratamento prévio para megaesôfago. **MÉTODOS:** De janeiro/1983 a dezembro/2004, 356 pacientes com megaesôfago foram atendidos no serviço dos autores. Desses, 47 apresentaram recidiva dos sintomas após tratamento cirúrgico prévio, sendo 31 do sexo masculino, com idades entre 32 e 76 anos. Foram divididos em três grupos: Incipiente (I): 9 casos, com dilatação pneumática prévia - realizada cardiomiectomia em todos; Não-avançado (NA): 18 casos, 13 submetidos a cardiomiectomia e 5 não referiram (NR) - realizado recardiomiectomia em 2 pacientes, e esofagocardiomioplastia em 16; Avançado (A): 20 casos, 14 submetidos a cardiomiectomia prévia e 6 NR - realizado em 5 esofagocardioplastia, em 8 esofagectomia e em 7 mucosectomia. **RESULTADOS:** Grupo I: morbidade presente em 1 caso, mortalidade zero e recidiva de sintomas em 1. Grupo NA: os 2 pacientes submetidos à recardiomiectomia apresentaram morbimortalidade nula, mas com recidiva precoce dos sintomas; dos 16 submetidos à esofagocardiomioplastia, 3 apresentaram morbidade, 2 recidiva dos sintomas e mortalidade nula. Grupo A: dos 5 pacientes submetidos à esofagocardioplastia, 2 apresentaram morbidade, ocorreu recidiva de sintomas em 100% e não houve mortalidade; dos 15 casos submetidos à esofagectomia/ mucosectomia, não houve recidiva de sintomas. Dos 8 submetidos à esofagectomia, 4 apresentaram morbidades, e 2 evoluíram a óbito. Houve menor complicação para o subgrupo de mucosectomia que, de 7 casos, apenas 1 apresentou morbidade, e não ocorreu mortalidade. **CONCLUSÃO:** É difícil a padronização do tratamento do megaesôfago recidivado após tratamento cirúrgico prévio. Nos megaesôfagos de graus I e NA a cardiomiectomia/plastia oferece melhores resultados. No megaesôfago avançado, apesar da maior morbidade, a melhor opção é a mucosectomia, pelo menor número de complicações em relação à esofagectomia transmediastinal.

P.019 MANEJO NUTRICIONAL NO QUILOTORAX: RELATO DE TRATAMENTO CONSERVADOR

SANTOS JPV*, FATURETO MC*, INOCENCIO IT*, LOPES GP*, CUNHA DF*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM - BELO HORIZONTE - MG* **INTRODUÇÃO:** O quilotorax é causado pela obstrução ou ruptura do ducto torácico ou de seus tributários. Em adultos, as causas incluem trauma torácico, cirurgia torácica ou abdominal, neoplasias ou inflamação em veias ou o sistema linfático. O quilo é rico em proteínas, gordura e linfócitos e a drenagem pleural contínua de grandes volumes leva à subnutrição aguda e queda da imunidade. O tratamento cirúrgico raramente é eficaz nessas circunstâncias e leva a piora do estado nutricional. No relato, descreve-se paciente de 58 anos com quilotorax associado à cirurgia esofagiana complicada também por ruptura do esôfago e formação de derrame pleural infeccioso septado em ápice pulmonar direito. **RELATO DO CASO:** Mulher, 58 anos, branca, natural de Perdizes (MG) e procedente de Araxá (MG). A paciente é encaminhada ao Hospital Escola da UFTM no 15º dia do pós-operatório de cardiomiectomia à Heller devido a megaesôfago chagásico, portando tubo em hemitórax direito com drenagem de secreção amarelada. O relatório médico dizia que até o 7º dia do pós-operatório, a paciente evoluiu com pneumonia direita, complicada com derrame pleural homolateral, sendo submetida à toracocentese. O líquido pleural mostrava-se com aspecto leitoso e a bioquímica revelou tratar-se de quilo já que: pH:5,0; DHL:2249 UI; colesterol 160mg/dl; células 154800/mm³, proteínas 0,9 g/ml. A bacterioscopia foi positiva para cocos Gram positivos. O RX de tórax mostrou opacidade com nível líquido em ápice direito elevação da base pulmonar direita devido a espessamento pleural. No terceiro dia de internação confirmou-se a suspeita de ruptura esofagiana em terço distal. Na avaliação da Nutrologia, ponderou-se que a presença de anemia (Hb = 8,8 g/dl), e edema de membros inferiores associado à hipalbuminemia (albumina sérica = 1,9g/dl), reforçava o diagnóstico de subnutrição protéica aguda do tipo Kwashiorkor do adulto. A nutrição enteral (NE) monomérica composta por peptídeos, TCM (triglicérides de cadeia média) e maltodextrina foi mal tolerada nos primeiros 5 dias, tempo em que se prescreveu NPT (nutrição parenteral total) como aporte nutricional exclusivo. A NE monomérica foi reintroduzida gradativamente, e no 11º dia foram suspensas a NTP e a NE, sendo prescrita dieta via oral preparada com TCM. A paciente recebeu alta no 23º dia de hospitalização, sem edemas (albumina sérica = 2,3g/dl) e sem derrame pleural. **DISCUSSÃO:** A paciente apresentou quilotorax associado à ruptura esofagiana decorrente da intervenção cirúrgica. A paciente apresentou subnutrição aguda devido: 1.) Dieta insuficiente por 25 dias de pós-operatório; 2.) Espoliação hidroeletrólítica e metabólica devido ao grande volume quiloso drenado diariamente; 3.) Resposta de fase aguda pela cirurgia de grande porte, pneumonia nosocomial e pleurite septada. Na investigação clínica, aventa-se quilotorax diante de desconforto cárdio-respiratório, astenia, desidratação, distúrbio hidroeletrólítico e desordem imunológica. O diagnóstico de certeza é realizado por achado de líquido pleural leitoso, com alto teor de quilomícrons e predomínio de linfócitos. O tratamento de escolha é conservador e com drenagem pleural, reposição de eletrólitos, suporte nutricional visando reduzir a síntese do quilo e fechamento espontâneo da fistula. O octreotida auxilia na redução da produção do quilo. A intervenção cirúrgica é aceitável quando a perda é superior a 100ml/kg/dia ou se não houver sucesso em 2 ou 3 semanas de tratamento conservador.

P.020 RUPTURA TRAQUEAL EM CRIANÇA PÓS-TRAUMA TORÁCICO FECHADO

BUSTOS MEF*, CAMARGO JJP*, BONOW F*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS* **INTRODUÇÃO:** As rupturas traqueobrônquicas, pós-trauma, são patologias muito graves e em uma proporção importante dos casos são fatais antes que o paciente possa receber atendimento adequado para este tipo de emergência. Sua incidência varia de 0,5% a 2,8%, segundo as diferentes séries. As rupturas totais são pouco freqüentes após trauma fechado, já que a traquéia da criança é muito flexível. Em 80% as rupturas ou lacerações da traquéia ocorrem na porção distal, próximas à carina traqueal. Embora nas crianças os 2/3 da traquéia sejam extratorácicos, ela está mais protegida pela mandíbula e pelo pescoço, que é curto. **OBJETIVO:** Apresentar o caso de uma criança de 2 anos de idade, sexo masculino, que internou na UTI do hospital da criança Santo Antônio da Santa Casa de Porto Alegre, com enfisema subcutâneo e insuficiência respiratória devido a uma laceração traqueal pós-trauma torácico fechado. **MÉTODOS:** Paciente que sofre acidente de carro em alta velocidade, estando no colo da mãe e compartilhando com ela o cinto de segurança. Ao ingressar no hospital de pronto socorro sofreu uma parada cardíaca sendo realizadas manobras de ressuscitação CR, conseguida com a drenagem pleural bilateral, da qual resultou grande e persistente fuga aérea. Transferido ao Hospital Santo Antonio da Santa Casa onde foi realizada fibrobroncoscopia, que evidenciou uma laceração traqueal. Foi a seguir submetido à toracotomia lateral direita, identificou-se laceração de quase 1 cm no 1/3 na junção da traquéia com o brônquio principal direito. Depois de reativadas as bordas, a ferida foi suturada com fio de PDS e recoberta com retalho de pericárdio. **RESULTADOS:** O paciente evoluiu favoravelmente da injúria traqueal, mas ficou com seqüelas neurológicas como conseqüência do TCE, das quais se recuperou quase completamente. **CONCLUSÕES:** As rupturas traqueobrônquicas em crianças são raras. Os acidentes de trânsito continuam sendo a primeira causa para este tipo de lesões, seguidos por acidentes no esporte e no lar. Se o paciente estiver estável sob drenagem pleural a TC de tórax pode ser realizada. A fibrobroncoscopia diagnóstica está formalmente indicada em todos os pacientes com traumas severos com pneumotórax e que drenados exibem grande fuga aérea. A broncoscopia e a abordagem cirúrgica precoces evitam complicações graves como a mediastinite e o empiema. O tratamento varia dependendo se existem lesões associadas (presentes em 36 a 50% dos casos). Nem sempre a cirurgia é o tratamento de escolha, já que alguns pacientes com lesões pequenas e incompletas, beneficiam-se com uma atitude mais conservadora, como a intubação traqueal em que o balonete traqueal é mantido por alguns dias, distalmente à laceração da lesão.

P.021 ESTENOSE DE TRAQUEIA NA SANTA CASA DE SÃO PAULO: EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS

HENRIQUE JR*, CARBONI RS*, SQUEFF FA*, GONÇALVES R*, GIANINI JAP*, BOTTER M*, GERACE ES*, FARIA RA*, KRAHENBÜL GDD*, DORGAN VN*, SAAD JR. R*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP* **INTRODUÇÃO:** As estenoses traqueais são principalmente decorrentes de lesões traumáticas por intubação orotraqueal prolongada. Isso se deve à isquemia da mucosa pelo contato da cânula na parede traqueal, levando a inflamação, fibrose e destruição da cartilagem. Provoca sintomas insidiosos desconfortáveis e característicos, como o estridor. A operação, quando possível, é o tratamento de escolha. **OBJETIVO:** Relatar o resultado pós-operatório da correção de estenose traqueal pós intubação orotraqueal na Irmandade Misericórdia Santa Casa de São Paulo nos últimos 10 anos. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de 32 pacientes submetidos à cirurgia, através de revisão de prontuários. **RESULTADOS:** No período de 1995 à 2005 foram estudados 32

pacientes submetidos à cirurgia de correção de estenose traqueal pós entubação orotraqueal. 81,25% eram do sexo masculino e 18,75% do sexo feminino. A média de idade correspondia a 29,3 anos (mínima de 14 anos e máxima de 54 anos). TCE (50%) foi a causa mais comum de intubação orotraqueal. O tempo médio de intubação correspondeu a 15,78 dias. A extensão da estenose variou de 1 a 6 cm, sendo que 21,8% correspondiam a estenoses subglóticas. Anastomoses mais realizadas foi a traqueo-traqueal (78%). O tempo médio de internação foi de 9 dias. 70% não apresentaram complicações e a mortalidade foi inexistente. **CONCLUSÃO:** A cirurgia de correção de estenose traqueal apresenta baixa morbidade e mortalidade, sendo a terapia de escolha nas estenoses menores que 60% de extensão.

P.022 TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MICETOMA PULMONAR: ANÁLISE DE 31 CASOS OPERADOS

AMORIM E*, ARAGÃO FAB*, NOVAIS TA*, GUTERRES JR. LAN*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA*

INTRODUÇÃO: A aspergilose pulmonar é causada por fungo do gênero *aspergillus* sp, decorrente da colonização fúngica quase sempre se assistendo em uma cavidade residual. Produz uma massa chamada bola fúngica e relativamente freqüente em nosso meio. A tuberculose é a condição pré existente mais comum que propicia este achado. Os sinais e sintomas mais freqüentes são: infecção bronco pulmonar de repetição e hemoptises. Todos os doentes realizaram tomografia computadorizada do tórax para confirmação diagnóstica. **OBJETIVOS:** Este trabalho tem por objetivo analisar a terapêutica cirúrgica, as complicações e o resultado dos pacientes operados no Hospital Universitário Presidente Dutra no período de 1994 a 2006. **RESULTADOS:** As cirurgias realizadas, foram: Pneumonectomia OI (3,2 %), Lobectomia 15 (48,3 %), Segmentectomia 15 (48,3 %). A idade variou de 20 a 78 anos, com a média de 38,8 anos. Os tipos de aspergilo encontrados nas culturas foram os seguintes: *Aspergillus fumigatus* 20 (65 %), *Aspergillus flavus* 03 (10 %) e *Aspergillus ssp* 08 (15 %). Não ocorreu nenhum óbito operatório e a complicação mais comum foi o escape aéreo prolongado. **CONCLUSÃO:** O tratamento cirúrgico da bola fúngica é eficaz com baixa morbidade e baixa mortalidade e deve ser indicado em todos os pacientes em que as condições de ressecabilidade forem favoráveis.

P.023 VIDEOPERICARDIOSCOPIA POR VIA SUBXIFOIDEA COMO MÉTODO TERAPÊUTICO E DIAGNÓSTICO EM DERRAMES PERICÁRDICOS DE ETIOLOGIA INDETERMINADA

PÊGO-FERNANDES PM*, FONSECA MH*, IANNI BM*, FERNANDES F*, STOLF NAG*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

OBJETIVO: Avaliar a utilidade da videopericardioscopia como método auxiliar em melhorar a acurácia no diagnóstico e tratamento em derrames pericárdicos de etiologia indefinida. **MÉTODO:** Foram avaliados de modo retrospectivo 72 casos no período de junho de 1998 a dezembro de 2004, sendo 40 pacientes do sexo masculino, com diagnóstico de derrame pericárdico moderado a extenso por avaliação ecocardiográfica e sem etiologia definida. Todos os pacientes foram submetidos a videopericardioscopia por acesso sub-xifoideu, sendo coletadas amostras de líquido pericárdico para análise bioquímica e cultura, e fragmentos de pericárdio para cultura e análise anatomo-patológica. **RESULTADOS:** A videopericardioscopia foi realizada nos 72 casos, com imediato alívio sintomático, com mortalidade pós-operatória não relacionada ao procedimento de 5,5% (4 casos), obtendo-se diagnóstico etiológico através da biópsia em 32% (23 casos), através da cultura e análise do líquido pericárdico em 12,5% dos pacientes. **CONCLUSÃO:** A videopericardioscopia mostrou-se um método eficaz e seguro na avaliação, diagnóstico e tratamento dos derrames pericárdicos de origem indeterminada, com elevado índice de positividade diagnóstica.

P.024 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA CIRURGIA DA ESTENOSE LARINGOTRAQUEAL E TRAQUEAL

MUSSI RK*, SEABRA JCT*, SANTOS JG*, FRAZZATTO JR. C*, ROCHA EF*, TORO IFC*

INSTITUIÇÃO- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: A cirurgia laringotraqueal apresenta algumas peculiaridades que a tornam extremamente atrativa para os cirurgiões torácicos. **OBJETIVO:** Avaliar os resultados obtidos em 104 pacientes submetidos à traqueoplastias e laringotraqueoplastias no período de Novembro de 1979 a Agosto de 2006. Foram analisadas: a associação com a presença de traqueostomia prévia; localização da lesão; técnica de ventilação empregada; tipo de cirurgia realizada; extensão da ressecção; fios cirúrgicos utilizados; nível em que a anastomose foi realizada. **MÉTODO:** Avaliamos a experiência adquirida, comparando dois grupos com os resultados e complicações nas duas fases da casuística, em que os 104 doentes foram divididos, sendo a fase inicial (fase I) com 52 doentes até setembro de 1998 e o segundo grupo à fase mais atual (fase II) também com 52 doentes de setembro de 1998 até agosto de 2006. Para testar a associação entre as variáveis foi utilizado o Teste Qui-Quadrado, adotando 5% como critério de significância estatística para o coeficiente de correlação de Pearson. **RESULTADOS:** A média de idade foi 28,5 anos, sendo 85,3% do sexo masculino. A entubação orotraqueal foi o mais importante fator causal. A média de entubação foi de 14,8 dias. Não houve diferença significativa nas seguintes análises: localização da estenose e a cirurgia realizada. Não houve diferença significativa, mas com forte tendência de significância: doentes com traqueostomia prévia; utilização de fios absorvíveis; e quando a anastomose foi progressivamente mais alta. (tireotraqueal > que cricotraqueal > que traqueo-traqueal). A ventilação utilizada não mostrou diferença significativa. As análises das ressecções tiveram piores resultados quando comparamos as ressecções maiores que 3,5 cm do grupo com ressecções menores que 3,5 cm de extensão. A incidência de complicações não teve diferença significativa quando comparamos a fase I e fase II, mas a taxa de falência cirúrgica foi maior na fase I. **CONCLUSÃO:** A cirurgia da estenose laringotraqueal e traqueal é um procedimento factível de baixa morbi-mortalidade. O respeito a detalhes técnicos e o aumento da experiência demonstram tendência de melhores resultados operatórios, onde o aumento da casuística deverá confirmar esta tendência.

P.025 CISTICERCOSE PLEURAL SIMULANDO METÁSTASES PULMONARES

RITTER JC*, MEDEIROS GA*, ARAÚJO FS*, NETO FM*, COSTA HA*, BARBOSA YWF*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO*

INTRODUÇÃO: A cisticercose é uma doença causada pela larva da *Taenia solium*, quando acidentalmente o homem se torna hospedeiro intermediário do parasita. Predomina nos países em desenvolvimento. A apresentação clínica mais comum é relacionada a neurocisticercose,

seguido pelos nódulos cutâneos e a forma visceral. Nos achados de necropsia, a patologia predomina no tecido muscular esquelético. **OBJETIVOS:** O objetivo desta apresentação é divulgar um caso raro de cisticercose pleural simulando metástases pulmonares. **MÉTODOS:** Paciente de 73 anos de idade, em avaliação pré-operatória para cirurgia de Catarata, realizou Rx de Tórax que mostrava vários nódulos pulmonares com hipótese diagnóstica de metástases pulmonares. A Tomografia Computadorizada de Tórax mostrava que os nódulos eram todos de localização sub-pleural. O paciente não apresentava qualquer queixa que pudesse sugerir o sítio primário da suposta neoplasia. Ultrassom abdominal e Endoscopia Digestiva normais. Foi então submetido a toracoscopia por vídeo que mostrava os nódulos sub-pleurais e de fácil ressecabilidade. Retirados dois nódulos para exame Histo-patológico. O exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de cisticercose. Foi então submetido a Tomografia Computadorizada de Crânio que mostrou apenas um cisticercose extra-craniano na região do músculo temporal direito. **RESULTADOS:** O paciente era portador de cisticercose visceral e muscular e não apresentava neurocisticercose. Foi tratado com Albendazol 400mg/dia por 28 dias e liberado para cirurgia oftalmológica. **CONCLUSÃO:** Há várias formas de apresentação clínica da cisticercose, predominando a neurocisticercose com seus sintomas característicos e a presença de nódulos sub-cutâneos palpáveis. A forma visceral é rara e costuma ser assintomática, mas o médico precisa estar atento para não superestimar a confiabilidade dos exames de imagem e a confirmação histo-patológica se faz sempre necessária.

P.026 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE QUILOTÓRAX APÓS CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA

NASCIMBEM MB*, PÊGO-FERNANDES PM*, RANZANI OT*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Quilotórax (QT) é uma complicação infreqüente após correção cirúrgica de cardiopatias congênitas, associado a trauma cirúrgico do ducto torácico e colaterais ou hipertensão venosa decorrente do procedimento cirúrgico ou cardiopatia de base. Esta complicação pode levar a drenagem torácica prolongada, depleção nutricional, desbalanço hidroeletrólítico e imunodepressão. O manejo inicial é clínico, e envolve drenagem pleural, medidas nutricionais (dieta hipogordurosa e nutrição parenteral), às vezes associadas a medidas farmacológicas (somatostatina). Quando há falha do tratamento clínico, se opta pelo tratamento cirúrgico, através da ligadura do ducto torácico. **OBJETIVOS:** Relatar experiência do grupo no tratamento cirúrgico de QT em crianças submetidas a correção de defeitos cardíacos congênitos. **MÉTODOS:** Avaliação retrospectiva de 14 casos submetidos ao tratamento cirúrgico de fevereiro de 2002 até março de 2006. Em todos os casos, a operação foi realizada através de uma minitoracotomia de trabalho no 6º espaço intercostal e auxílio de óptica de 30º colocada no 8º espaço intercostal. **RESULTADOS:** Os procedimentos cardíacos mais realizados realizadas foram: 4 operações de Glenn (28%), 2 operações de Blalock-Taussig (14%), duas operações de Fontan (14%), 2 ligaduras de canal arterial (14%). Do total, 10 (71%) pacientes apresentavam hipertensão venosa no pós operatório. O tempo médio de tratamento clínico foi de 39 dias (15-78 dias). Após a ligadura do ducto torácico, o tempo médio de permanência do dreno foi de 10,8 dias (5-30 dias). Dois pacientes apresentaram recidiva (14%), que responderam após novo período de tratamento clínico. Cinco pacientes faleceram (35%) durante a internação. Em nenhum caso, o procedimento cirúrgico foi causa de óbito. **CONCLUSÕES:** Os pacientes que não respondem ao tratamento clínico do QT são cardiopatas de difícil tratamento e submetidas a operações cardíacas complexas, o que reflete na elevada mortalidade deste grupo (35%). Mesmo assim, o tratamento cirúrgico através da técnica empregada mostrou um bom resultado (86% de sucesso), propiciando uma retirada mais precoce do dreno e resolução do quadro. Esperamos que pacientes com hipertensão venosa, submetidos a operações de Glenn ou Fontan e/ou com alto débito diário pelo dreno sejam candidatos a uma intervenção cirúrgica mais precoce, evitando o longo período de drenagem torácica e espoliação nutricional, com seus riscos.

P.027 SÍNDROME DE JEUNE (DISTROFIA TORÁCICA ASFIXIANTE), EXPERIÊNCIA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

OLIVEIRA R*, GONÇALVES JJS*, PERFEITO JAJ*, GIUDICI R*, FORTE V*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os autores descrevem a experiência desta rara síndrome com elevada mortalidade em um recém nascido em ventilação mecânica desde o nascimento. **OBJETIVOS:** Relatar a síndrome de Jeune, seus sinais e sintomas bem como as opções para tirar os pacientes da insuficiência ventilatória restritiva. **MÉTODO:** Paciente é um RN de 31 semanas, nascido de parto normal, apresentação cefálica, sexo masculino com Apgar 1(1ºmin), 3(5ºmin) e 7(10ºmin), pesando 1750g, medindo 40cm; P.C.: 30cm, P.T.: 24cm, P.A.: 30cm. Ao nascimento apresentava cianose central, hipotônico, arreativo, bradicárdico. Aspirado líquido amarelado de VAS, realizada VPP com AMBU e máscara sem melhora da cianose. Foi então intubado, com melhora da cianose e da freqüência cardíaca, porém ainda hipotônico e arreativo. Ao exame na sala de parto: edema de face e couro cabeludo, tórax em "sino", ausculta pulmonar com roncacos difusos, diástase de retos abdominais, hérnia inguinal bilateral, membros distroáficos. Permaneceu com insuficiência ventilatória necessitando de VM em IOT por várias semanas. Desmame da ventilação mecânica sem sucesso após várias tentativas. Devido as atelectasias recorrentes à direita foi submetido a broncoscopias que mostraram apenas hipoventilação à direita associada a compressão extrínseca. O diagnóstico de Síndrome de Jeune suspeitado e confirmado após três meses. Solicitado avaliação da equipe de cirurgia torácica que indicou a toracoplastia externa com a colocação de uma prótese de metilmetacrilato, com intuito de expandir a caixa torácica. No décimo dia de pós operatório consegui fazer o desmame da VM e ser extubado. No décimo quinto P.O apresentou infecção da ferida cirúrgica e foi tratada com sucesso apenas com limpeza cirúrgica. A alta do berçário para seu domicílio só ocorreu dois meses após, mas ainda com oxigênio domiciliar. No ambulatorio foi sendo acompanhado até não haver mais necessidade de oxigênio suplementar. Nove meses após foi necessário substituir a prótese externa por placas metálicas para com isso ganhar maior expansão torácica. No seguimento ambulatorial de mais de um ano, podemos observar progressivo crescimento com ganho de peso, aumento do perímetro cefálico e abdominal. Até o momento não apresentou mais dispnéia. **CONCLUSÕES:** A síndrome de Jeune e demais distrofias costais devem sempre estar presentes no diagnóstico diferencial de recém nascidos com insuficiência ventilatória com outras malformações associadas. O diagnóstico precoce é fundamental para evitar o retardo de crescimento dos demais órgãos e reduzir a mortalidade em terapia intensiva.

P.028 ANÁLISE DOS EFEITOS DO ÓLEO DE COPAÍBA E DO TALCO NA CAVIDADE PLEURAL DE RATOS

WESTPHAL FL*

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE PESQUISAS DA AMAZONIA - MANAUS - AM*

INTRODUÇÃO: A Amazônia é a maior reserva de produtos naturais do planeta, entretanto, estudos atualizados sobre os efeitos medicinais destes, são escassos. A necessidade do desenvolvimento de um agente indutor de pleurodese eficaz e com poucos efeitos colaterais torna essencial a análise dos efeitos do óleo de copaíba na cavidade pleural de ratos, para o aproveitamento da biodiversidade amazônica no desenvolvimento de medicamentos de alta eficácia a baixo custo. **OBJETIVO:** Analisar as alterações macroscópicas desencadeadas na cavidade pleural de ratos pelo óleo-resina de copaíba e talco. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo experimental e prospectivo com 72 ratos da raça Ratus norvegicus var. wistar da mesma linhagem, machos, adultos, com peso médio de 191,6g. Os animais foram divididos aleatoriamente em três grupos: Controle, tratado com 1ml de soro fisiológico 0,9%; Copaíba, tratado com 0,4ml óleo de copaíba puro e Talco, tratado com solução de talco (60mg diluído em 1ml), tendo cada grupo 24 animais. Estes grupos foram divididos por sorteio em quatro subgrupos de acordo com os períodos previstos para aplicação das substâncias, observação dos animais e, análise macroscópica das feridas, correspondentes 24, 48 e 72 horas e 504h (21 dias). **RESULTADOS:** Durante a evolução, seis animais (8,3%) morreram, sendo todos pertencentes aos grupos tratados com óleo de copaíba, um deles do sacrifício de 24h e os demais de 504h. No período compreendido entre a cirurgia e o sacrifício 51,4% dos animais apresentaram perda ponderal, representados principalmente pelo grupo tratado com copaíba, no qual todos os ratos sacrificados em 48h e 72h apresentaram a alteração. Não houve relação significativa entre a perda ponderal e o óbito dos ratos. Quanto à análise macroscópica no sacrifício de 24h, observa-se que a copaíba foi a substância que mais provocou reação na cavidade torácica, estando todos os animais do grupo com algum grau de alteração. No sacrifício de 48h, o grupo copaíba destacou-se por apresentar 66,6% dos ratos com reação inflamatória de grau moderado. **CONCLUSÃO:** Constatou-se um efeito mais irritante na cavidade pleural dos ratos no grupo da copaíba, em relação ao talco, que foi moderadamente irritante. Houve uma mortalidade maior no grupo da copaíba.

P.029 AVALIAÇÃO DO USO DA BRAÇADEIRA OU "CLAMP" NA DRENAGEM PLEURAL TUBULAR FECHADA SUBAQUÁTICA. ESTUDO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

LIMA AG*, LIMA AG*, ROCHA ERF*, SANTOS NA*, SEABRA JCT*, MUSSI RK*, SANTOS JG*

INSTITUIÇÃO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: O uso do "clamp" ou braçadeira do dreno pleural subaquático é desencorajado pela grande maioria dos serviços de Cirurgia Torácica devido aos riscos imediatos inerentes a este procedimento, como pneumotórax hipertensivo e balanço mediastinal. Não se sabe no entanto se este procedimento tem ou não influência no mau funcionamento do dreno e se existe diferença no índice de complicações pleurais precoces quando compara-se drenos "clameados" e "não-clameados". **OBJETIVOS:** Pretende-se comparar o índice de complicações clínicas pleurais precoces e a formação de coágulos dentro de drenos pleurais que foram ou não rotineiramente ocluídos temporariamente através da braçadeira para transporte, mudança de cama, banho e outros procedimentos rotineiros. **MÉTODOS:** foram prospectivamente incluídos doentes submetidos a drenagem pleural tubular fechada em selo de água provenientes de dois grupos, um deles atendido no Hospital Estadual Sumaré, onde não se usa a braçadeira dos drenos pleurais, e outro grupo, atendido no Hospital das Clínicas da Unicamp, onde usa-se a braçadeira. Após a retirada todos os drenos foram pesados (peso úmido), limpos e secos e então pesados novamente (peso seco), para assim inferir-se a quantidade de material depositado dentro dos drenos (fibrina e coágulos). Esses doentes foram seguidos clínica e radiologicamente por 30 dias, com radiogramas após retirada do dreno e em 30 dias, além da avaliação de complicações pleurais precoces. **RESULTADOS:** houve diferença quando comparou-se a diferença de peso úmido e seco entre drenos pleurais ocluídos e não-ocluídos através de braçadeira, além de diferenças quanto aos índices de complicações pleurais precoces. **CONCLUSÕES:** o uso da braçadeira ou "clamp", além de ser fator de risco para complicações pleurais imediatas pode ser também um fator complicante a curto e médio prazo, através da formação de coágulos no sistema, drenagem deficiente e reexpansão incompleta pulmonar, além de tempo de drenagem maior.

P.030 CORRELAÇÃO ENTRE A VOLUMETRIA DO NÓDULO SOLITÁRIO PULMONAR MEDIDA POR PROGRAMA DE COMPUTADOR A PARTIR DE CORTES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL E POR MÉTODO FÍSICO NUNES RA*

Instituição: Instituto Fernandes Filgueiras da Fundação Oswaldo Cruz*

INTRODUÇÃO: Recentemente, tem sido utilizada uma mensuração de volume do nódulo pulmonar, tida como mais precisa que a habitual medida de diâmetros, mas dependente de programas ainda bastante restritos. **OBJETIVO:** Implementar um programa de computador, desenvolvido em parceria entre a área médica e a de ciências exatas para análise de nódulos pulmonares, fazendo uma avaliação preliminar do seu desempenho na determinação volumétrica, através da correlação entre a volumetria a partir dos cortes obtidos pela TC e a medida direta por método físico. **MÉTODO:** Foram analisados nódulos pulmonares de 8 pacientes no período de abril de 2001 a dezembro de 2002. As imagens foram obtidas através do Tomógrafo Helicoidal GE pro Speed do IFF, com 120 kV, 100 mA, imagem de 512 x 512 pixels, espessura da fatia de 1mm e pitch de 1:1. As imagens foram quantizadas em 12 bits e armazenadas no formato DICOM. Os dados digitais eram transferidos para o software denominado SANP (Sistema de Análise de Nódulo Pulmonar) desenvolvido através de um esforço interinstitucional. O sistema foi implementado em C++, utilizando duas bibliotecas adicionais para interface e desenho, desenvolvidas pelo laboratório TecGraf. A plataforma de execução foi constituída por um PC com ambiente Windows. Cada nódulo foi segmentado por 3 vezes, de modo semiautomático, utilizando ferramentas específicas e a deposição de uma semente na área de uma fatia do nódulo. Seguiu-se um processo automático de agregação de voxels que conferia ao nódulo uma pseudocor vermelha. O volume era determinado pelo somatório dos voxels. O volume do nódulo ressecado e dissecado da peça cirúrgica era medido por 3 vezes em uma bureta de precisão pelo método de deslocamento de água. Os resultados foram expressos por média e desvio padrão. A correlação foi feita por Regressão Múltipla utilizando o programa Estatística versão 6 da StatSoft, Inc. **RESULTADOS:** Foi encontrado um coeficiente de correlação linear $r = 0,9780$. A equação da reta foi $y = 0,30326 + 0,94623x$. O valor de $F = 131,88$ e o p

$= 0,000026$. **CONCLUSÃO:** Houve uma correlação altamente significativa entre a Volumetria obtida pelo software SANP e a Volumetria direta pelo deslocamento de água.

P.031 AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO CPAP DURANTE A REALIZAÇÃO DA PLEURODESE

CUNHA RF*, SAITO EH*, GUIMARÃES M*, NERY F*, NUNES RA*, HIGA C*, BALIEIRO MA*, DIAS JR. M*, LIMA CD*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - RIO DE JANEIRO - RJ*

INTRODUÇÃO: Há diversas formas de se realizar a pleurodese. Uma delas é realizá-la imediatamente após a colocação do dreno torácico. A drenagem torácica imediata de grandes volumes de líquido pleural pode cursar com a temida insuficiência respiratória aguda por edema de reexpansão pulmonar (ERP). **OBJETIVOS:** Analisar retrospectivamente pacientes submetidos a pleurodese logo após a drenagem torácica com o auxílio do CPAP avaliando a expansão pulmonar rápida, a presença de ERP e a eficácia da pleurodese. **MÉTODOS:** Foram avaliados 16 pacientes submetidos a pleurodese (derrames pleurais recidivantes malignos e benignos) logo após a drenagem torácica tubular com auxílio do CPAP (PEEP de 10 cm de H₂O e fluxo de 90 a 120 L/s). A pleurodese foi induzida por injeção pelo dreno torácico de tetraciclina (dois gramas diluída com 60 mL de solução salina 0,9%) em 14 pacientes e talco com 60 mL de solução salina 0,9% (slurry) em 2 pacientes. Todos os pacientes foram submetidos a pleurodese apenas com analgesia e sedação com controle radiológico na sala de operação antes da pleurodese. **RESULTADOS:** A pleurodese foi realizada em todos os pacientes. Em apenas um paciente foi necessária a interrupção do CPAP devido à hipotensão arterial (paciente de 73 anos). Em dois pacientes não se observou a imediata expansão pulmonar e com a manutenção da fisioterapia respiratória houve a completa expansão pulmonar posteriormente. Não se observou ERP e recidiva do derrame pleural em todos os pacientes (seguimento de 2 a 365 dias). **CONCLUSÃO:** Concluímos que a utilização do CPAP na pleurodese realizada imediatamente após a drenagem torácica foi importante na prevenção da ocorrência do ERP e na eficácia da pleurodese.

P.032 BRONCOSTOMIA: UMA PROPOSTA OPERATÓRIA - ESTUDO EXPERIMENTAL EM CÃES

SAAD RJ*, DORGAN VN*, BOTTER M*, PERLINGEIRO JAG*, GONÇALVES R*, RIVABEN J H*, SQUEFF FA*, BIZON JA*, FARIA RA*, GERACE ES*, LOPEZ JMA*

INSTITUIÇÃO - SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: As ressecções pulmonares são rotineiramente realizadas. Dentre as complicações a fistula do coto brônquico é a mais temida. São inúmeras as técnicas propostas para o seu tratamento, porém, quando se avalia a sua mortalidade, verifica-se que é elevada apesar da terapêutica existente. Por esse motivo, idealizou-se um novo procedimento operatório, a broncostomia, na tentativa de controlar essa grave complicação. Entretanto não se encontrou na literatura estuda qualquer referência a esse procedimento. Assim sendo, nada se sabe da sua viabilidade, isto é, se o animal de experimentação suporta a presença de um brônquio aberto em contato com o meio ambiente e se é possível a realização de tal operação. Portanto, antes de propor a broncostomia para o tratamento das fistulas brônquicas, foi necessário primeiro verificar se ela é viável. **OBJETIVO:** Verificar a viabilidade da realização e manutenção da broncostomia. **MÉTODOS:** Foram utilizados vinte e quatro cães, distribuídos em dois grupos: Grupo I e Grupo II, ou da Broncostomia. Os animais do Grupo I foram submetidos à lobectomia e os do Grupo II à broncostomia. A duração do experimento foi de vinte e um dias. Estudaram-se os parâmetros: peso do animal, PaO₂ e PaCO₂, radiografia de tórax e evolução da broncostomia e da ferida operatória. Os animais de ambos os grupos foram submetidos à mesma rotina de procedimentos. Para análise dos resultados, aplicaram-se testes estatísticos. **RESULTADOS:** Os cães dos grupos suportaram as operações. Na evolução pós-operatória, não se constatou óbito. O peso corporal não variou significativamente entre os dois grupos. As alterações radiológicas encontradas nos animais do Grupo I foram semelhantes à do Grupo II. Quanto às gasometrias, verificou-se que não ocorreu alteração significativa da PaO₂ e PaCO₂ quando se compararam os resultados obtidos entre os dois grupos. Quanto o exame local e evolução da broncostomia, verificou-se que ocorreu fechamento espontâneo da mesma em todos os cães do Grupo II. Em alguns, não se notou cicatriz da broncostomia, pois já estava recoberto por pelos em crescimento. **CONCLUSÃO:** Esses resultados permitiram concluir que a broncostomia não afetou a vida normal dos cães, foi de fácil execução e, finalmente, que foi viável.

P.033 SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE OSTECONDROMATOSE MÚLTIPLA

ABRÃO FC*, ANDRADE NETO JD*, TERRA RM*, LOPES IM*, FERNANDEZ A*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Osteocondromatose Múltipla é uma doença hereditária autossômica dominante rara, que se caracteriza pelo desenvolvimento de múltiplos exostoses oriundas da porção epifisária do osso. Ao contrário do osteocondroma solitário, a osteocondromatose múltipla é um fator de risco para degeneração maligna. Pode ter manifestação clínica variada a depender do tamanho e local de acometimento. **OBJETIVO:** Relatar caso clínico de síndrome do desfiladeiro torácico como manifestação rara de osteocondromatose múltipla. **MÉTODOS:** Análise de prontuário e relato de caso clínico com revisão de literatura. **RESULTADOS:** Paciente de 54 anos, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, queixando-se de dor e parestesia em região para-escapular irradiada para membro superior esquerdo. Tem antecedente de ressecção de osteocondroma em tibia direita e dois familiares de 1o grau com Osteocondromatose Múltipla. Na Radiografia e Tomografia Computadorizada de Tórax evidenciava-se lesão sólida e calcificada em primeiro e segundo arcos costais à esquerda. Optou-se por ressecção cirúrgica da lesão realizando costectomia segmentar dos primeiros e segundos arcos à esquerda, utilizando incisão axilar horizontal como via de acesso. A paciente teve boa evolução pós-operatória com resolução da dor e da parestesia do membro. **CONCLUSÕES:** A Síndrome do desfiladeiro torácico é ocasionada na maioria das vezes por compressão de estruturas neuro-vasculares e possui amplo diagnóstico diferencial. Osteocondromatose múltipla é uma doença rara e tem a síndrome do desfiladeiro como manifestação clínica incomum. O tratamento cirúrgico é importante já que esta afecção pode ocasionalmente apresentar degeneração maligna. Neste caso, a ressecção cirúrgica foi benéfica, tendo atingido seus objetivos no tratamento da osteocondromatose assim como na resolução da síndrome de desfiladeiro torácico.

P.034 PERFURAÇÕES ESOFÁGICAS: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS PULMONARES, PLEURAS E MEDIASTINAIS

CATANEO DC*, PEREIRA RSC*, OLIVEIRA WK*, LERCO MM*, HENRY MAA*, CATANEO AJM*
 INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E DE GASTROENTEROLOGIA CIRÚRGICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" - UNESP - BOTUCATU - SP*

INTRODUÇÃO: A perfuração esofágica pode ser dividida de acordo com a sua etiologia em 3 tipos: espontânea (S. Boerhaave) usualmente em decorrência de vômitos violentos e prolongados, instrumental (iatrogênica) tanto em procedimentos diagnósticos como terapêuticos, secundária a trauma extraluminal (ferimento penetrante) ou intraluminal provocado por corpo estranho (CE) deglutido ou por necrose tumoral (tumor de esôfago). As manifestações clínicas e o tratamento estarão na dependência do tempo de história, do tamanho da perfuração e do local da drenagem da secreção. **OBJETIVO:** Avaliar os pacientes com perfuração esofágica, tratados em um serviço universitário, atendidos no período de 1999 a 2006. **MÉTODO:** Análise do prontuário avaliando sexo, idade, história prévia e causa da perfuração, clínica, tratamento e sobrevida. **RESULTADOS:** No período de fevereiro de 1999 a dezembro de 2006, foram internados em nosso serviço 20 pacientes com perfuração do esôfago, sendo 15 do sexo masculino (75%) e 5 do sexo feminino, com idade entre 28 e 79 anos ($x = 55$). As causas das perfurações foram: necrose tumoral (10), iatrogenia (4), ruptura de divertículo de Zenker (2), CE (2), ferimento penetrante (1) e ingestão de anti-inflamatório (1). Doze pacientes (60%) apresentaram mediastinite, 7 (35%) pneumonia por fistula esôfago-traqueal e 1 (5%) derrame pleural a direita. O Tratamento instituído foi colocação de prótese de Malafaia em 7 casos (35%), rafia esofágica com drenagem pleural e mediastinal em 4 (20%), esofagectomia em 4 (20%), drenagem pleural e mediastinal em 4 (20%) e drenagem pleural em 1 (5%). A sobrevida foi de 40%. **CONCLUSÃO:** A dificuldade diagnóstica aliada ao retardo na conduta terapêutica são os responsáveis pelos maus resultados no tratamento do paciente com perfuração esofágica. A conduta precoce tem como objetivo minimizar as complicações desta grave afecção esofágica.

P.035 TRATAMENTO DE ABSCESSO MEDIASTINAL APÓS TRANSPLANTE PULMONAR COM DRENAGEM CIRÚRGICA E IRRIGAÇÃO LOCAL: RELATO DE CASO

WEREBE EC*, SAMANO MN*, AFONSO JR. JE*, TEIXEIRA RHOB*, CARAMORI ML*, PÊGO FERNANDES PM*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO - INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

A fibrose cística é uma das indicações frequentes de transplante pulmonar bilateral. Um desafio nestes pacientes é a colonização por germes multi-resistentes. N.S., 19 anos, masculino, caucasiano, colonizado por *Pseudomonas aeruginosa* multi-resistente, submetido a um transplante bilateral de pulmão no dia 31/01/2006. Reinternado dia 15/05/2006 com febre e alteração do hemograma. Tomografia e RNM com coleção mediastinal, ao redor do hilo pulmonar direito. Sem fistula brônquica. No dia 23/05/2006 foi submetido a uma toracotomia anterior direita com identificação e drenagem de coleção purulenta na topografia do pedículo pericárdico. Colocado dreno tubular 36 em selo d'água. Cultura do material com *Pseudomonas aeruginosa* sensível a aminoglicosídeos. Quadro febril a partir do 7ºPO com hemocultura positiva para BGN e ponta do cateter central com leveduras. No dia 06/06/2006 foi submetido a uma mesma abordagem cirúrgica, com achados semelhantes à primeira. Optamos pela limpeza e redrenagem com dreno 36, além de cateter de pequeno calibre para irrigação local iniciada no pós-operatório imediato com aminoglicosídeo. Com o paciente afebril, o dreno foi retirado após 3 controles tomográficos mostrando resolução do abscesso mediastinal. No dia 12/07/2006 o paciente teve alta hospitalar com hemograma normal e recuperação da função renal. O paciente transplantado, e submetido a imunossupressão, é alvo natural de infecções de difícil controle. As ressecções pulmonares são seguidas de empiema pleural em um número considerável de pacientes. As infecções mediastinais, de modo geral, exigem tratamento cirúrgico agressivo para o seu controle. Existem na literatura vários relatos de casos de fistula esofágica e empiemas pleurais após pneumonectomias, tratados por procedimentos de Clagett modificados. Entretanto, não encontramos relatos de casos após transplante pulmonar. Além disso, não há consenso quanto ao tempo de drenagem, quando se retirar o dreno, a utilização ou não de solução com antimicrobianos e o preenchimento da cavidade com tecidos viáveis como epíplon. Esta nossa experiência clínica merece uma discussão mais ampla entre os grupos que tratam este tipo de paciente.

P.036 MODELO EXPERIMENTAL DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM RATOS GAIA FILHO EV*, GOLDENBERG A*, OLIVEIRA H*

INSTITUIÇÃO - ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE ALAGOAS-UNCISAL - ALAGOAS - MA; E UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A doença do refluxo gastroesofágico acomete aproximadamente 10% da população. É responsável por 75% das doenças do esôfago. O tratamento ainda é motivo de controvérsias. Modelos experimentais da doença do refluxo gastroesofágico são importantes para estudar a ação dos sucos ácidos e alcalinos, assim como para testar a eficácia terapêutica de drogas e técnicas cirúrgicas. **OBJETIVO:** Desenvolver um modelo experimental de refluxo gastroesofágico em ratos. **MÉTODOS:** Sessenta ratos, Wistar, foram operados e distribuídos em três grupos de vinte animais. Os animais foram submetidos a miectomia total do esôfago em um grupo(A), e em outro grupo foram submetidos a miectomia parcial(B). O terceiro grupo foi o grupo controle(C). Para avaliar o refluxo gastroesofágico realizou-se o estudo radiológico contrastado do esôfago. O estudo anátomo-patológico do esôfago foi utilizado para avaliar esofagite. **RESULTADOS:** Durante os 30 dias de pós-operatório, 14 animais do grupo A apresentaram refluxo de Bário no esôfago. Em 07 animais do grupo B e em 02 do grupo controle, foram observados a presença de Bário no esôfago. O resultado do histopatológico foi controverso. Observou-se perda ponderal importante nos ratos submetidos a miectomia total, porém não existiu diferença estatística. **CONCLUSÃO:** A miectomia total realizada no terço inferior do esôfago provocou refluxo gastroesofágico na maioria dos animais.

P.037 ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE VIDA MEDIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO SF-36 EM PACIENTES APÓS RESSECÇÃO PULMONAR POR NEOPLASIA

SAAD IA*, BOTTEGA NJ*, MUSSI RK*, SEABRA JCT*, ZAMBON L*, SANTOS JG*, TORO IFC*

J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 1R):R1-30

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*

OBJETIVO: Verificar a qualidade de vida (QV) através do questionário genérico "Medical Outcomes Study, 36-Item Short - Form Survey" (SF-36) em pacientes após ressecção pulmonar por neoplasia. **MÉTODO:** os pacientes foram avaliados no pré-operatório e aos 30º, 90º e 180º dias do pós-operatório. Realizaram fisioterapia respiratória durante a internação hospitalar e posteriormente exercícios de reabilitação pulmonar. Utilizou-se como modelo estatístico as Equações de Estimação Generalizadas (GEE), onde a variável dependente (QV) muda para cada paciente ao longo dos tempos de coleta, considerando as seguintes variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, tipo de cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, capacidade vital forçada (CVF), teste de caminhada de seis minutos (TC), escala analógica visual (EAV) e escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD). **RESULTADOS:** 36 pacientes completaram o estudo, sendo 20 homens e 16 mulheres, com idade mediana de 55.5 ± 13.4 anos. Dezesete deles foram submetidos à lobectomia, 10 pneumectomia, seis segmentectomia e três bilobectomia. Somente três pacientes apresentaram complicações pulmonares pós-operatórias nas primeiras 72 horas do procedimento; 15 deles receberam quimioterapia, dois radioterapia e outros dois radio e/ou quimioterapia. **CONCLUSÕES:** concluiu-se que a melhora da QV ocorreu nos seguintes pacientes: aqueles com melhor desempenho da CVF na dimensão capacidade funcional; com melhor desempenho no TC nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos e estado geral de saúde; com menor ressecção cirúrgica na dimensão aspectos físicos e após três meses da cirurgia, na dimensão aspecto social do SF-36. Observou-se piora da QV nos pacientes com maior pontuação da sub-escala de ansiedade (HAD) na dimensão aspectos emocionais; nos pacientes com maior intensidade de dor (EAV) nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, dor e aspectos emocionais; mediante radioterapia e/ou quimioterapia nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade e aspectos sociais; nos primeiros 30 dias do pós-operatório nas dimensões capacidade funcional e aspectos físicos; sexo feminino na dimensão aspectos sociais.

P.038 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO: OCORRÊNCIA E ETIOLOGIA NUMA SÉRIE DE PACIENTES REFERENCIADOS

DE LIMA NFF*, CARVALHO ALA*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB - BRASÍLIA - DF*

INTRODUÇÃO: Os pacientes com pneumotórax espontâneo recorrente, persistente ou secundário, são geralmente referidos para atendimento em hospital terciário. Bons resultados no tratamento especialmente destes pacientes dependem do estabelecimento do diagnóstico etiológico. **OBJETIVOS:** Analisar a ocorrência e a etiologia do pneumotórax espontâneo secundário numa série consecutiva referendada. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva de 59 pacientes com pneumotórax recorrente ou persistente encaminhados para o serviço de cirurgia torácica, para coleta de dados referentes à etiologia, recorrência, e procedimentos efetuados. **RESULTADOS:** Vinte e dois pacientes (37%) eram portadores de pneumotórax secundário, sendo 12 por doença pulmonar obstrutiva crônica, em 5 pacientes tinha relação com diafragma fenestrado (catamenial, 8,5%) sempre à direita, e 2 casos eram portadores de linfangioleiomiomatose. Trinta e sete pacientes (63%) tiveram o diagnóstico de pneumotórax espontâneo primário. A bulectomia por vídeo ou via toracotomia axilar, associada ou não a abração pleural, foi realizada em 34 pacientes (58%). Oito pacientes (todos com pneumotórax primário) tiveram a drenagem pleural como único tratamento, e em outros 12 pacientes associou-se algum procedimento para promoção de pleurodese. Foi realizada a correção do diafragma fenestrado nos 5 pacientes com pneumotórax catamenial. **CONCLUSÃO:** Nesta série de pacientes referenciados, com pneumotórax espontâneo recorrente ou persistente, chama a atenção uma incidência relativamente elevada do pneumotórax catamenial. A pleuroscopia para inspeção do diafragma deve ser especialmente indicada nas mulheres com pneumotórax recorrente à direita.

P.039 AVALIAÇÃO DA ESOFAGECTOMIA EM MEGAESÓFAGO AVANÇADO PELAS TÉCNICAS TRANSTORÁCICA, SEM TORACOTOMIA E MUCOSECTOMIA

AQUINO JB*, SAID M*, CAMARGO JG*, ZAMBELO KF*, MARTINS AD*, MARTINS GFD*, LORENCINI FA*

INSTITUIÇÃO - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA - PUC - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico do megaesôfago avançado sempre foi motivo de controvérsias, devido a morbidade das cirurgias. Nos últimos anos com melhora dos cuidados pós operatórios a esofagectomia sem toracotomia tem tido grande aceitação. Entretanto, numa análise mais criteriosa da literatura tem sido demonstrado complicações pleuro-pulmonares e mediastinais não desprezíveis. Isso se fez com que novas alternativas técnicas fossem estudadas para minimizar esses tipos de complicações, onde se destaca a mucosectomia esofágica com conservação técnica muscular. **OBJETIVOS:** Analisar as complicações das ressecções esofágicas por toracotomia, sem toracotomia e pela mucosectomia esofágica com conservação da túnica muscular em pacientes com megaesôfago avançado. **MÉTODOS:** Estudou-se 187 pacientes, com megaesôfago avançado (grau III e IV), em muscular (grupo A), em 73 toracotomia (grupo B), e em 38 a esofagectomia por toracotomia (grupo C). A idade dos pacientes variou de 18 a 79 anos (média de 52 anos) e 64,7% eram masculinos. A reconstrução do trânsito foi realizada por transposição gástrica em todos os casos. **RESULTADOS:** Em relação as complicações, as pleuro-pulmonares foram as mais frequentes, presentes em 7 pacientes (9,2%) do grupo A, em 38 (52%) do grupo B e em 26 (68,4%) do grupo C. O hemotórax hemomediastino estiveram presentes em 5 pacientes (6,8%) do grupo B, em 1 (2,6%) do grupo C e nenhum do grupo A. Complicações cardiovasculares ocorreram em 28,9% dos pacientes submetidos a técnica com toracotomia. A fistula anastomótica esteve presente em todos os grupos, sendo em 10,5% dos pacientes do grupo A, em 15,1% do grupo B e em 13,2% do grupo C. Em relação a mortalidade, o grupo da mucosectomia apresentou 3 casos (3,9%), o grupo sem toracotomia 8 (11%), e o grupo da toracotomia 7 (18,7%). **CONCLUSÃO:** A mucosectomia esofágica parece ser a técnica mais acessível pela baixa morbidade, principalmente no que diz respeito as complicações pleuro-pulmonares, devido a não realização do descolamento do esôfago ao nível mediastinal.

P.040 LESIONS OF THE MEDIASTINUM

XIMENES-NETTO M*, COELHO EN*, VIEIRA LF*, FERNANDES R*

INSTITUIÇÃO - HOSPITAL SANTA LÚCIA *

INTRODUCTION: The mediastinum is compartmentalized in three sectors, anterior, middle and posterior. This division has an important implications regarding the diagnosis and treatment. The anterior mediastinum contains the thymus, fat and lymphnodes; the middle compartment

, heart, pericardium, ascending and transverse aorta, brachiocephalic veins, trachea, bronchi and lymphnodes while the posterior has the descending aorta, esophagus, autonomic ganglia nerves and fat. **METHODS:** We reviewed the charts of 470 patients with mediastinal lesions in a 35 year period with a proven histological diagnosis. All patients had a complete history and physical examination and the procedures were performed either for removal or diagnosis. **RESULTS:** In this cohort 50.2% were female (n = 236), 49.8% male gender (n = 234). The average age was 40 years (range, 8m/92yr). The distribution were 42.7% (n = 201) in the anterior compartment, middle 40.8% (n = 191) and posterior 16.7% (n = 78); malignant tumors were seen in 45.2% (n = 93), 49.7% (n = 95) and 21.8% (n = 17) respectively. Complications were Observed in 10.7% (n = 50); hospital deaths 7,2% (n = 34); 2,7% (n = 13) were related to the procedure. The three most common malignant lesion in all compartments were lymphoma, 49.7% (n = 102), thymoma 21.5% (n = 44); von Recklinghausen disease 3.4% (n = 7) and in the the nonmalignant group we found lymphoproliferative diseases 21.5% (n = 57), substernal thyroid 17.4% (n = 46) and thymoma 12.5% (n = 33). **CONCLUSIONS:** Mediastinal lesions comprise a wide variety of tumors and cysts both malignant and nonmalignant that requires expertise and multimodality approach in its management. Morbidity and mortality may be kept to a minimum. The thoracic surgeon plays an important role, both in the diagnosis and treatment of this interesting and diversified group of lesions.

P.041 AVALIAÇÃO TARDIA DAS COMPLICAÇÕES DA MUCOSECTOMIA ESOFÁGICA NO MEGAESÓFAGO

AQUINO JB*, LORENCINI FA*, MARTINS AD*, MARTINS GFD*, ZAMBELO KF*

INSTITUIÇÃO - SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO, PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA - PUC - CAMPINAS - SP *

INTRODUÇÃO: Desde a introdução da mucosectomia esofágica com a preservação da túnica muscular para o tratamento do megaesôfago avançado, este procedimento demonstrou ser eficaz em diminuir as complicações pleuro-mediastinais no pós-operatório precoce (AQUINO, 1991, 1996). Assim, torna-se necessário avaliar a longo prazo se esta técnica não poderia evoluir com outras complicações. **OBJETIVO:** Avaliar a morbidade a longo prazo da mucosectomia esofágica em pacientes com megaesôfago avançado. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo de pacientes submetidos à mucosectomia esofágica. Foram estudados 42 pacientes com idade variando de 15 a 64 anos, sendo 29 masculinos. O tempo de acompanhamento variou de 18 a 96 meses, com média de 56 meses. Realizou-se a avaliação clínica pela análise da deglutição, regurgitação, peso e satisfação com a cirurgia; avaliação contrastada; EDA e TC torácica. Em todos os parâmetros estudados foi proposto uma escala numérica. **RESULTADOS:** Na avaliação clínica, 35 pacientes (83,3%) apresentaram resultados ótimos e bons; na radiológica, 38 pacientes (90,5%) com resultados ótimos e bons; na EDA, 37 pacientes (88%) com resultados ótimos e bons; na TC torácica, de 31 pacientes analisados, 30 (96,8%) com resultados ótimos e bons. **CONCLUSÃO:** Pelos resultados obtidos parece ter grande validade já que a maioria dos pacientes apresentaram resultados ótimos e bons na avaliação tardia pós-operatória.

P.042 SISTEMA DE DRENAGEM FECHADA USANDO CATETER VENOSO CENTRAL PARA DERRAME PLEURAL EM PACIENTES DE UTI

MOTA HJ*

INSTITUIÇÃO - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN - NATAL - RN*

INTRODUÇÃO: Derrame pleural é complicação comum em pacientes internados em UTI e a drenagem tubular fechada o procedimento padrão para o tratamento. Neste contexto apresentamos sistema de drenagem fechada, utilizando cateter venoso central de uso comum conectado a bolsa coletora fechada como alternativa de baixo custo e menos invasiva para estes pacientes. **OBJETIVOS:** Avaliar a eficácia de sistema de drenagem pleural proposto em pacientes portadores de derrame pleural não loculado em UTI. **MÉTODOS:** Estudo prospectivo do método em 45 pacientes internados em UTI de hospitais de Natal-RN, no período de agosto/2005 a novembro/2006. A idade variou de 17 a 98 anos; Média e DP de 81,8 e 12,8. As causas mais frequentes do derrame foram pneumonia e insuficiência cardíaca congestiva. O procedimento consistiu na introdução de cateter calibre "16" ("Intracath"), através de punção percutânea (toracocentese) sob anestesia local o qual foi conectado a sistema fechado tipo bolsa coletora de urina dotado de dispositivo anti-refluxo. O sistema permaneceu até o término da drenagem e o clearance radiológico do hemitórax. Foram observados os seguintes eventos relacionados com o procedimento: Volume drenado, permanência do cateter, resolução do derrame, necessidade de drenagem convencional tubular; progressão do suporte ventilatório e/ou alta do CTI, complicações como sangramento e pneumotórax. O resultado foi categorizado em dois níveis: Satisfatório quando a drenagem foi eficaz e na ausência de complicações; Insatisfatório quando ineficaz e/ou na ocorrência de complicações. **RESULTADOS:** Foram realizados no total 79 procedimentos de drenagem nos 45 pacientes. Em 34 dos pacientes (76%) o procedimento foi unilateral, em 11(24%) bilateral. As complicações observadas foram: Sangramento em 01 procedimento (1%); Pneumotórax em 02(3%); drenagem ineficaz em 02(3%), hipotensão em 02 (3%). Ocorreu necessidade de conversão para drenagem convencional em 03 ocasiões (4%). 71(90%) dos 79 procedimentos realizados foram considerados satisfatórios. **CONCLUSÃO :** O sistema de drenagem pleural mencionado mostrou ser alternativa viável, e de baixo custo, para drenagem de derrame pleural não complicado, sendo uma alternativa menos invasiva à toracocentese de repetição ou à drenagem tubular convencional.

P.043 TRAUMA DE TRAQUEIA

MUSSI RK*, SEABRA JCT*, SANTOS JG*, TORO IFC*, FRAGA GP*, MANTOVANI M*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: O manejo das vias aéreas no contexto do indivíduo com traumatismo traqueal penetrante ou fechado é um cenário que pode ser desafiante. As lesões traumáticas da traquéia embora sejam pouco frequentes, são potencialmente graves e podem ocasionar sérias complicações. **OBJETIVOS:** Análise da nossa experiência com o traumatismo traqueal aberto e fechado, avaliando suas circunstâncias, resultados e morbi-mortalidade. **MÉTODO:** Foram analisados retrospectivamente 30 doentes vítimas de traumatismo aberto e fechado da traquéia atendidos no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas no período de Novembro de 1990 a Novembro de 2006. Analisamos o perfil epidemiológico; tipos de traumatismo; sinais e sintomas mais frequentes; necessidade de entubação orotraqueal no pré e intra-hospitalar; frequência em que o diagnóstico foi feito com o auxílio da broncoscopia; conduta terapêutica empregada; presença de lesões associadas; complicações e mortalidade.

RESULTADOS: A idade variou de 15 a 58 anos (média 28,4 a), sendo 89,3% do sexo masculino; em 57% dos doentes o ferimento por arma de fogo foi o mais frequente; 42,9% foram submetidos a entubação orotraqueal no pré hospitalar ou no momento da admissão; 21% foram submetidos a broncoscopia; a dispnéia e enfisema subcutâneo foram os sinais e sintomas mais frequentes; a sutura simples associada ou não a traqueostomia o procedimento mais utilizado; as complicações gerais e locais ocorreram em 46,4% e a mortalidade foi de 16,6%. **CONCLUSÃO:** É uma condição que deve ser preferencialmente tratada em centros de referência em trauma, com disponibilidade de arsenal diagnóstico e experiência profissional para reconhecimento e tratamento inclusive de lesões associadas potencialmente letais. O trauma de traquéia exige alto grau de suspeição, pois independente do mecanismo ou localização, o diagnóstico tardio deverá piorar o prognóstico

P.044 CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO EXTENSO DE TRAQUEIA

RIVABEN JH*, RITTER R*, GERACE ES*, SQUEFF FA*, DORGAN VN*, PRÓSPERO JD*, GONÇALVES R*, BOTTER M*, FARIA RA*, FORTE V*, SAAD JR. R*

INSTITUIÇÃO - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os tumores primários de traquéia tanto benignos quanto malignos são raros. O Carcinoma Adenóide Cístico é um tumor com origem nas glândulas produtoras de muco, localizadas na submucosa traqueal, de crescimento lento e alto índice de recidiva local. **Objetivo:** relatar caso de tumor de traquéia com evolução satisfatória após cirurgia. **RELATO DO CASO:** 38 anos, masculino, com história de dispnéia há quatro anos, sendo tratado como portador de asma, com piora progressiva nos últimos três meses. Realizou RX e TC de tórax que evidenciaram tumor em parede posterior de traquéia em contato com o esôfago. Admitido no pronto socorro com dispnéia e estridor. Submetido a traqueostomia com biópsia do tumor que revelou Carcinoma Adenóide Cístico. Realizou broncoscopia que mostrou tumor a três centímetros das cordas vocais e a cinco centímetros da carina. Submetido a cervicotomia com ressecção traqueal e anastomose traqueal término-terminal, com margens cirúrgicas livres. O resultado anátomo-patológico definitivo confirmou o diagnóstico, com margens cirúrgicas livres. O paciente evoluiu bem, recebendo alta no sexto pós-operatório. A cirurgia foi realizada sem intercorrências, com ressecção completa do tumor e anastomose traqueal segura. Havia plano de dissecação com esôfago e as margens estavam livres de neoplasia. Por se tratar de Carcinoma Adenóide Cístico, é mandatória a ressecção com biópsia de congelção negativa, devido a alta recidiva local. Caso não seja viável, devido a extensão do tumor, recomenda-se radioterapia pós operatória. **CONCLUSÃO:** Carcinoma Adenóide Cístico é um tumor raro, de crescimento indolente, sendo frequentemente confundindo com quadros asmatiformes. O tratamento, quando possível é a ressecção.

P.045 TUMORES DE PAREDE TORÁCICA : ANÁLISE DOS ÚLTIMOS 10 ANOS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

RIVABEN JH*, SQUEFF FA*, KRÄHENBÜHL GDD*, ROSALINO UAC*, GERACE ES*, GONÇALVES R*, BOTTER M*, GIANINI JAP*, FARIA RA*, DORGAN VN*, SAAD JR. R*

INSTITUIÇÃO - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS SANTA CASA*

INTRODUÇÃO: As neoplasias da parede do tórax são raras e heterogêneas, podendo ser benignos ou malignas e apresentar diferentes origens: as primárias, as que invadem por contigüidade e as metastáticas. A ressecção ampla e radical com reconstrução imediata, quando possível, é o tratamento mais adequado. A reconstrução pode ser efetuada por transposição de músculos e uso de material sintético. **OBJETIVO:** Descrever as características clínicas e epidemiológicas de pacientes portadores de tumor de parede torácica. **Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo avaliando-se os pacientes que apresentaram o diagnóstico de neoplasia da parede torácica nos últimos 10 anos tratados no Disciplina de Cirurgia Torácica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **RESULTADOS:** Analisou-se 65 pacientes portadores de tumores de parede torácica. A média de idade foi de 46,6 anos (±19,2; mediana de 50 anos); 57% eram mulheres. O tamanho médio do tumor foi de 9,3 cm (± 8; mediana de 7 cm) . 35% dos tumores eram benignos. Dos malignos, 49% eram primários, 28% metastáticos e 23% por contigüidade. Os carcinomas metastáticos e os sarcomas de partes moles foram os tumores malignos mais frequentemente encontrados, correspondendo a 76%. Das ressecções, 52% foram parietais, 25% ampliadas e 23% não foram realizadas. 79,1% foram submetidos a reconstrução primária e em 20,9% foram utilizados próteses. A taxa de recidiva foi de 8%. **CONCLUSÃO:** A maioria dos tumores encontrados apresentava-se malignos, sendo a ressecção completa e a reconstrução primária, possível na maioria dos casos.

P.046 HIPERINSUFLAÇÃO DO PULMÃO NATIVO APÓS TRANSPLANTE UNILATERAL

SAMANO MN*, JUNQUEIRA JJM*, AFONSO JR. JE*, TEIXEIRA RHOB*, CARAMORI ML*, PÊGO-FERNANDES PM*, JATENE FB*

INSTITUIÇÃO - INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A hiperinsuflação do pulmão nativo é comum no pós-operatório de transplantes pulmonares por enfisema pulmonar. Quando progressiva, pode comprimir o pulmão transplantado gerando balanço mediastinal, com prejuízo da ventilação. Nestas situações, o tratamento consiste na redução volumétrica do pulmão nativo, seja através da ressecção de parênquima ou lobectomia pulmonar. **OBJETIVO:** Relatar dois casos de hiperinsuflação de pulmão nativo após transplante pulmonar tratados cirurgicamente com resultado satisfatório. **MÉTODOS:** No período de agosto de 2000 a setembro de 2006 foram realizados 51 transplantes pulmonares no InCor-HCFMUSP. Destes, 31% (16) tiveram como indicação o DPOC, sendo doze unilaterais (8 à direita) e quatro bilaterais. Entre estes pacientes, dois desenvolveram hiperinsuflação do pulmão nativo com repercussão clínica e necessidade de intervenção cirúrgica. **DISCUSSÃO:** O primeiro paciente, submetido a transplante unilateral direito, evoluiu com hiperinsuflação do pulmão esquerdo e necessidade de ventilação pulmonar independente. Não houve diminuição da expansão, sendo necessária a realização de cirurgia redutora do volume pulmonar (CRVP) à esquerda. Apesar da melhora da função ventilatória após a operação, este paciente desenvolveu deiscência da anastomose brônquica com empiema e choque séptico. No segundo caso, após o transplante unilateral direito, o paciente apresentou hiperinsuflação esquerda decorridos três anos do procedimento. Optou-se pela realização de lobectomia inferior esquerda, que transcorreu sem intercorrências. Houve melhora radiológica, assim como das provas de função pulmonar deste paciente decorrido um ano após esta segunda intervenção cirúrgica. **CONCLUSÃO:** A diferença de complacência entre o pulmão nativo e o transplantado pode resultar em distúrbios na relação ventilação/perfusão, com

ventilação preferencial do pulmão nativo e perfusão do pulmão transplantado, com conseqüente insuficiência ventilatória e/ou hemodinâmica. Concordante com a literatura, nosso segundo paciente mostrou importantes resultados após a redução do volume pulmonar através da lobectomia, como a melhora da função pulmonar e a diminuição da dispnéia, associados ao aumento da capacidade de exercício.

P.047 TUMOR DESMÓIDE INTRATORÁCICO

COSTA EB*, COSTA IL*, NAKAMA RY*, MAGALDI GP*, FILHO RN*

INSTITUIÇÃO - IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DA SANTA CASA DE LIMEIRA*

INTRODUÇÃO: Relato de um caso de um volumoso tumor desmóide intratorácico ocupando todo hemitórax direito. **OBJETIVO:**Mostrar as dimensões(34x25x14),peso(3986 gr) e a raridade dessa patologia além da sua localização extraperitoneal,e como a massa moldou-se às estruturas adjacentes a ela dentro da cavidade torácica direita, atelectasiando todo o pulmão direito. **MÉTODO:** Paciente J,S,58 anos,branco,sexo masculino com queixa de dispnéia, fraqueza, emagrecimento e hematuria macroscópica. Realizado USG de Rins e Vias Urinárias para pesquisa da hematuria macroscópica onde radiologista visualizou grande massa rechaçando fígado e rim direito sendo essa oriunda do tórax direito. Realizado Rx de tórax com opacificação de todo hemitórax direito e a TC de tórax mostrava volumosa massa sólida,captante de contraste com calcificações ocupando todo hemitórax direito. Em 25 de julho de 2005 paciente foi submetido à toracotomia postero-lateral ampliada com retirada da 6ª costela com visualização de grande massa tumoral sólida, multibocelada,ocupando toda cavidade pleural comprimindo e empurrando o mediastino contra-lateral e inferiormente o diafragma.Realizada extração completa do tumor,pois havia planos de clivagem entre o tumor e as estruturas mediastinais,diafragma e a parede torácica. Após a retirada do tumor, o pulmão direito que encontrava-se completamente atelectasiado re-expandiu completamente. **RESULTADOS:**Paciente evoluiu com expansão pulmonar completa no P01, recebendo alta da UTI no P08 sendo encaminhado para tratamento oncológico após alta hospitalar para realização de tratamento multidisciplinar. Anatomopatológico Limer-Lap B0003117305 compatível com fibromatose extraperitoneal do tórax. **CONCLUSÃO:** Os Sarcomas de Partes Moles são Tumores raros que segundo estatísticas recentes não chegam à 5000 casos/ano no Brasil. Portanto, o caso relatado acima é classificado como um Sarcoma de origem fibrosa sendo um Tumor Desmóide Extraperitoneal do Tórax tratado com sucesso cirúrgico e acompanhamento oncológico e multidisciplinar.

P.048 PREVALÊNCIA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR AVANÇADA CANDIDATOS A TRANSPLANTE PULMONAR

FORTUNATO GA*, MACHADO MM*, FELICETTI JC*, CAMARGO JJ*, ANDRADE CF*, CARDOSO PFG*
INSTITUIÇÃO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - RS*

INTRODUÇÃO: O Transplante pulmonar é a última opção de tratamento para certas doenças pulmonares em estágio terminal. Apesar dos avanços técnicos, a sobrevida em 5 anos após transplante pulmonar permanece inferior à de outros órgãos sólidos. Tal fato atribui-se, em parte, a elevada incidência de rejeição crônica, cujos agentes causais permanecem ainda pouco conhecidos. Como os avanços na imunossupressão não têm melhorado os índices de sobrevida tardia, causas não imunológicas como o refluxo gastroesofágico (RGE) tem sido estudadas na gênese da bronquiólite obliterante. **MÉTODOS:** Foram analisados prospectivamente entre Junho de 2005 a Novembro de 2006, 55 pacientes incluídos em lista no programa de transplante pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Estes pacientes foram submetidos a esofagomanometria estacionária e pHmetria esofágica ambulatorial de 24 horas. **RESULTADOS:** A esofagomanometria foi anormal em 80% dos pacientes e a pHmetria revelou RGE ácido patológico em 24%. Os sintomas digestivos apresentaram sensibilidade de 50% e especificidade de 61% para RGE. Noventa e seis por cento dos pacientes com DPOC apresentaram alguma alteração manométrica em relação às outras doenças, sendo a hipotonia do esfíncter inferior a alteração mais comum (80%). Pacientes com bronquiectasias apresentaram a maior prevalência de RGE (50%). **CONCLUSÕES:** RGE é achado freqüente em pacientes com doença pulmonar avançada. Na população examinada, a presença de sintomas digestivos de RGE não foi preditiva de refluxo ácido patológico. A contribuição do RGE na rejeição crônica deve ser considerada e requer estudos posteriores para seu esclarecimento.

P.049 ABLAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CARCINOMA BRÔNQUICO IN SITU POR ELETRICOAGULAÇÃO COM ARGÔNIO

OTA LH*, GONÇALVES JJS*, FERREIRA RC*, LEÃO LEV*, FORTE V*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os autores descreve a experiência inicial com sucesso no Brasil de eletrocoagulação por argônio em via aérea inferior. Este primeiro caso utilizado foi em um paciente com DPOC grave sem condições cirúrgicas, portador de um carcinoma in situ no brônquio intermediário. **OBJETIVO:** Relatar e comentar o uso de mais esta ferramenta terapêutica, argônio, no tratamento endoscópico de lesões endobrônquicas. **MÉTODO:** Um paciente do sexo masculino, 48 anos, tabagista (28 anos/maço) com DPOC grave e ineligível para uma cirurgia de ressecção pulmonar. Submetido a uma avaliação endoscópica da via aérea inferior constatou-se uma discreta elevação da mucosa da parede posterior do brônquio intermediário. Na época a primeira biópsia revelou tratar-se de uma metaplasia escamosa com atipia. Um mês após foi realizada uma nova biópsia no mesmo local e novamente o diagnóstico histopatológico foi o mesmo. Nova biópsia foi feita agora com dois meses e mais uma vez o diagnóstico permaneceu inalterado. Permaneceu em acompanhamento no serviço de Pneumologia para tratamento da DPOC e reabilitação com melhora clínica. Nove meses após a última biópsia refez a broncoscopia e novamente a lesão vista na parede posterior do brônquio intermediário permaneceu inalterada, superfície granulosa e elevada. Mas nesta ocasião, 18 meses após a primeira broncoscopia, a biópsia revelou displasia acentuada com carcinoma in situ. O caso em estudo é o de um paciente com um carcinoma in situ, de cerca de 2 cm no maior diâmetro, localizado entre os brônquios intermediário e principal direito, radiograficamente oculto, sem indícios de infiltrar planos além da mucosa, com limites bem precisos. A proposta terapêutica empregada foi a ablação do tumor através da eletrocoagulação com plasma de argônio. A cromoscopia com azul de metileno a 1% delimitou a lesão e, a seguir, procedeu-se à cauterização com bisturi de gás argônio, na potência de 45 Joules, em uso intermitente, tracionando-se o cateter condutor, sobre as áreas demarcadas pelo corante. **RESULTADOS:** Não houve hemorragia ou perfuração; o paciente referia dor torácica persistente, 35 dias após a ablação, ventilatório-dependente e tosse aos esforços. No exame de controle

5 semanas após havia uma úlcera com tampão fibrinoso, no local atingido pelo bisturi de argônio. Não repetimos a biópsia devido ao achado inflamatório intenso e tampão fibrinoso. No exame de controle tardio, após 4 meses, apresentou mucosa de aspecto normal e na biópsia ausência de neoplasia. **CONCLUSÕES:** Vários tratamentos foram propostos para a neoplasia precoce endobrônquica: Terapia fotodinâmica, Braquiterapia, Eletrocautério, Crioterapia e Nd-YAG laser. O uso do coagulador de plasma de argônio (APC) é menos usual e o utilizamos em nosso serviço com sucesso imediato em um paciente com carcinoma in situ. O presente relato visa discutir esta modalidade terapêutica que até pouco tempo esteve restrita ao tratamento do esôfago de Barrett. O diferencial deste relato está tanto na raridade de neoplasia precoce em nosso meio, bem como o uso da cromoscopia com corante vital (azul de metileno) para delimitar o local da coagulação com argônio e a opção terapêutica em paciente ineligível para uma cirurgia convencional.

P.050 BRONCOSTOMIA: DA EXPERIMENTAÇÃO À PRÁTICA CIRÚRGICA, RELATO DE UM CASO

SAAD RJ*, MINAMOTO H*, DORGAN VN*, BOTTER M*, PERLINGEIRO JAG*, GONÇALVES R*, RIVABEN JH*, YASSINE HN*, LOPEZ JMA*

INSTITUIÇÃO - SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A broncostomia foi provada que é viável, de fácil execução e compatível com a tática cirúrgica para o tratamento de um coto brônquico. O que nunca se tentou foi em seres humanos realizar o mesmo procedimento. Na prática diária nos vemos em situações não habituais que desafiam os conhecimentos até então ditados e que não são suficientes para resolver determinadas situações. Com o aprendizado adquirido do experimento realizado em cães, foi proposto a broncostomia para um doente que se apresentava em uma situação não habitual. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um doente que necessitou de broncostomia como tática cirúrgica para o tratamento de tumor traqueal próximo à carina. **RELATO:** Doente de 45 anos, masculino, apresentando tosse e dispnéia há 01 ano. Era tabagista e estava sendo tratado como asmático. Ao exame apresentava taquipnéia, dificuldade expiratória e ruído respiratório alto. Após medidas gerais não houve melhora e decidiu-se pela realização de broncoscopia que evidenciou um tumor traqueal de 2,5cm de extensão, próximo à carina e obstrutivo. Realizado a biópsia do tumor que revelou em se tratar de carcinoma adenocarcinoma. Doente foi levado para procedimento operatório e a intubação foi realizada após traqueoscopia e dilatação da área acometida. A toracotomia póstero-lateral direita fora escolhida e após exposição traqueal foi ressecado o tumor com margens de segurança que incluía a carina principal. O pulmão esquerdo manteve-se ventilando por cânula através do campo operatório. Não foi possível realizar a anastomose do brônquio fonte esquerdo (BFE) à traquéia mesmo após manobras de liberação. Procedido a anastomose entre o brônquio fonte direito e a traquéia. Tentou-se fechar o BFE, porém ocorria hipóxia incompatível com a vida quando interrompida a ventilação deste pulmão. A opção escolhida foi a broncostomia, o procedimento transcorreu sem intercorrências e de fácil execução, inclusive ventilaram o doente com um segundo respirador pela broncostomia no pós operatório imediato. Após 8 dias e compensação do quadro respiratório o doente foi reabordado por esternotomia mediana e realizado a pneumonectomia esquerda. Apresentou uma boa evolução. **CONCLUSÃO:** A broncostomia neste caso foi compatível com a vida.

P.051 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA CIRURGIA DA SEQÜELA DA TUBERCULOSE PULMONAR

SAID MM*

INSTITUIÇÃO - HOSPITAL CELSO PIERRO, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA - PUC - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: Apesar da grande evolução no tratamento da tuberculose pulmonar os pacientes ainda apresentam seqüelas complexas nas cavidades do parênquima destruído tais como abscessos, bronquiectasias, contaminações fúngicas. São situações refratárias ao tratamento clínico e que levam à necessidade de ressecção cirúrgica da área comprometida. Pacientes com a imunidade comprometida e condições de grande espessamento pleural com síndeses pleuropulmonares intensas, tornam estas cirurgias em grandes desafios ao cirurgião. **OBJETIVOS:** Analisar as complicações das ressecções pulmonares em uma série de pacientes com seqüelas de tuberculose pulmonar refratárias ao tratamento clínico. **MÉTODOS:** No período de janeiro de 1999 até dezembro de 2006 foram analisados 40 pacientes com seqüelas complexas de tuberculose submetidos à ressecção pulmonar. A faixa etária variou de 16 até 66 anos com média de 38,6 anos. Foram 23(57,5%) do sexo masculino e 17(42,5%) do sexo feminino. As indicações para a ressecção foram: hemoptise recorrente em 6(15%), bronquiectasias em 4(10%), aspergilloma em 6(15%), infecções em 24(60%). Foram realizadas 20(50%) lobectomias, 19(47,5) segmentectomias, uma segmentectomia (2,5%). **RESULTADOS:** Não tivemos óbitos nesta série de pacientes. Em 28 pacientes (70%) não ocorreu nenhuma complicação. Nos 12 pacientes (30%) que apresentaram complicações em três(7,5%) houve broncopneumonia com boa evolução após tratamento clínico; em dois (5%) espaço pleural residual tratados com drenagem aberta prolongada que evoluíram com espessamento pleural e obliteração do espaço; um (2,5%) apresentou hemoptise por tempo prolongado sendo acompanhado com broncoscopia e tratamento clínico cessando espontaneamente; em seis (15%) ocorreu hemorragia pelo dreno sendo que em 4 (10%) foi indicada reoperação para revisão da hemostasia que foi alcançada com a colocação de compressas na cavidade as quais foram retiradas após 72 horas. Na análise comparativa do tipo de cirurgia as complicações ocorreram em 7 das 19 pneumectomias (36,8%) e em 4 das 20 lobectomias (20%). **CONCLUSÕES:** Os autores concluem que a cirurgia da seqüela da tuberculose pulmonar é complexa com alto índice de complicações (30%), sendo mais freqüentes nas pneumectomias. A hemostasia na cavidade da pneumectomia deve ser rigorosa.

P.052 ROTAÇÃO ESPONTÂNEA DE LOBO PULMONAR: RELATO DE CASO

OLIVEIRA R*, GONÇALVES JJS*, OTA LH*, LEÃO LEV*, FORTE V*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os autores relatam um raro caso de rotação espontânea de lobo inferior do pulmão direito provocando insuficiência ventilatória progressiva. **OBJETIVOS:** Descrever evolução e mecanismos fisiopatológicos envolvidos. **MÉTODO:** O paciente O.S.G. 35 anos, natural de Pernambuco e procedente de São Caetano, refere episódio de dor torácica súbita e dispnéia noturna há 10 anos. Desde então a dispnéia evoluiu com piora progressiva, tendo inúmeras internações, com diagnóstico de insuficiência ventilatória e asma. Ao exame físico de admissão hospitalar apresentava murmúrio vesicular abolido à direita e sem sibilos. A Espirometria pulmonar pré-operatória evidenciou padrão obstrutivo grave com componente restritivo,

sem resposta ao broncodilatador; CVF de 1,6L(39%) VEF₁ de 1,27L(38%). À radiografia de tórax ausência de trama vascular no hemitórax direito. Tomografia computadorizada de tórax evidenciava imagem bolhosa que ocupava todo o espaço pleural direito com desvio do mediastino para o lado contralateral. Broncoscopia: achatamento anterior de toda a via aérea sendo mais acentuado à direita com obstrução do BLSD e compressão extrínseca importante dos brônquios lobares médio (BLM) e inferior direito (BLID). Indicada ressecção da lesão bolhosa hipertensiva por toracotomia poupadora. RESULTADOS: No intra-operatório pudemos identificar uma rotação de 180 graus no pedículo lobar inferior direito criando um mecanismo valvular unidirecional. Para surpresa da equipe os lobos superior e médio encontravam-se íntegros e expandiram ocupando toda a cavidade após lobectomia inferior direita. Evolução pós-operatória sem intercorrências e no trigésimo dia a prova de função pulmonar já havia se normalizado, com CVF 3,58l (91,20%), VEF₁ 2,6 (81,87%). Histopatológico do lobo: enfisema acinar distal. CONCLUSÕES: Trata-se de uma raridade na qual pudemos avaliar claramente a destruição completa do lobo inferior do pulmão direito por mecanismo de enfisema pulmonar devido ao alçaçamento aéreo, sem a ocorrência de infecção dos demais lobos, apesar do longo tempo de atelectasia, com completo recrutamento dos dois lobos remanescentes.

P.053 DERRAME PLEURAL HEMÁTICO EM JOVEM. TB? TUMOR DE ASKIN (PNET)

FATURETO MC*, INNOCENTE WRT*, TAVARES MG*, FERRÃO MHL*, LIMA MA*, SANTOS JPV*, SILVA BF*, MAIA SA*, MICHELIN MS*

INSTITUIÇÃO - CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM - UBERABA - MG*

INTRODUÇÃO: O tumor de ASKIN é um tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) que acomete crianças e adultos jovens. Desenvolve-se a partir do peritório, tecidos moles e tecido extrapulmonar da parede torácica, podendo ainda envolver o parênquima pulmonar. É um tumor raro e extremamente agressivo, cuja sobrevivência livre de doença em 2 a 3 anos varia de 25% a 60%. **OBJETIVO:** Relatar um caso de tumor de ASKIN avançado. **MÉTODO:** Estudo descritivo de caso clínico baseado no levantamento de dados do prontuário do paciente. **RESULTADOS:** GMMÁ, 22 anos, branco, estudante, relatava há 2 semanas dor torácica lateral direita, associada à febre não aferida; negava demais alterações. O exame físico foi sugestivo de derrame pleural de moderado volume à direita. Os exames laboratoriais foram normais. Na radiografia de tórax foi observado velamento de metade do hemitórax direito. A tomografia computadorizada mostrou opacidade com densidade de partes moles em hemitórax direito, derrame pleural à direita e presença de nódulos bilateralmente. A toracocentese, líquido hemático, com biópsia apresentou resultados inconclusivos. Na videotoracoscopia foi evidenciada massa fixa em parede torácica lateral direita com aderência pulmonar adjacente, tecido de consistência amolecida e exsudação de sangue. Foi realizada uma toracotomia "higiênica" e exérese de metástase pulmonar direita e pleurodesse. O anatomopatológico e a imunohistoquímica mostraram PNET (tumor de ASKIN). O estadiamento foi T4NxM1 (estádio IV), com metástase para pulmão. O pós-operatório foi normal. Atualmente, o paciente realiza tratamento quimioterápico em outro serviço (sexto mês PO). **DISCUSSÃO:** O tumor de ASKIN é uma neoplasia maligna rara com origem nas células pluripotenciais da crista neural. Acomete predominantemente crianças e adultos jovens (com idade média de 14,5 anos na altura do diagnóstico) do sexo masculino e da raça branca. O quadro clínico é caracterizado, freqüentemente, por dor torácica ou massa/deformação da parede torácica, sendo a dispnéia e a febre sintomas menos comuns. **CONCLUSÃO:** O PNET - Tumor de ASKIN é uma neoplasia rara, cujo prognóstico depende de um precoce diagnóstico, sendo necessária a ressecção cirúrgica ampla e quimioterapia.

P.054 LOCALIZAÇÃO ANÔMALA DE CISTO PERICÁRDICO

BARBOSA GDV*, LIMA AG*, MUSSI RK*, ROCHA ERF*, SANTOS JG*, SANTOS NA*, SEABRA JCT*, TORO IFC*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: Cisto pericárdico é uma anomalia benigna e incomum, classicamente localizada no ângulo cardiofrênico. Assintomático, é achado incidental em radiografias, sendo rara a localização atípica. **OBJETIVO:** Relatar três casos de cisto pericárdico de localização não usual e uma rever a literatura. **RELATOS DE CASOS:** CASO 1 S.L.S., 18 anos, branco, masculino, assintomático, radiografia de tórax com fins trabalhistas mostrando tumoração apical esquerda, justa mediastinal. A tomografia computadorizada definiu a lesão como cística, bem delimitada, com 15 cm de diâmetro, adjacente ao lobo superior do pulmão esquerdo. Submetido à ressecção cirúrgica, sendo constatado cisto peri-cárdico. CASO 2 S.A.X.G., 46 anos, há 5 anos com dor torácica à esquerda, pior aos esforços. Radiografia torácica apontou nódulo pulmonar isolado no lobo superior esquerdo. Tomografia computadorizada mostrou nódulo denso, 1,5 cm, no local citado e lesão oval paravertebral esquerda. À videotoracoscopia, verificou-se lesão cística justa ver-tebral, junto ao arco aórtico. À ressecção, houve saída de conteúdo líquido e claro. O exame anátomo patológico foi cisto pericárdico, para a lesão paravertebral e granuloma tuberculoso para o nódulo pulmonar. CASO 3 A.C.S.P.V., 32 anos, branca, internada por eclampsia, radiografia de tórax com aumento do mediastino superior por lesão justa traqueal direita alta. Tomografia computadorizada revelou lesão densa, bem delimitada, justa traqueal. Puncionada, drenada e ressecada parte da parede da lesão à mediastinoscopia. Análise histopatológica mostrou cisto pericárdico. Todos os casos evoluíram satisfatoriamente sem complicações pós-operatórias. O cisto pericárdico localiza-se com maior frequência no ângulo cardiofrênico, sendo 77% deles à direita e 22% à esquerda. Em 8 a 11% dos casos, encontram-se cistos pericárdicos no mediastino posterior, hilo pulmonar, região paratraqueal direita e ao redor do arco aórtico. O tratamento é controverso. Alguns autores preferem o tratamento conservador. Entretanto, ao se levar em conta os riscos do tratamento não operatório, alguns defendem a cirurgia. **CONCLUSÕES:** O cisto pericárdico é sempre um diagnóstico a ser lembrado nas lesões císticas mediastinais devendo ser considerado em diversas posições do tórax.

P.055 CONDISSARCOMA COSTAL COM MANIFESTAÇÃO ABDOMINAL: RELATO DE DOIS CASOS

STERSE CA*, COLLEONI R*, CURY JM*, PERFEITO JAJ*, SCALABRINI M*, LOPES GJ*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os tumores de parede torácica são raros, representando um grupo heterogêneo de lesões originadas nos ossos e nas partes moles. A história natural dessa neoplasia caracteriza-se pela evolução lenta e arrastada com recidivas e possibilidade de metástase numa fase tardia.

A localização e as dimensões da lesão podem dificultar a obtenção de margem cirúrgica adequada e a reconstrução. **MÉTODO:** Relatamos dois casos de condrossarcoma dos arcos costais inferiores, comprometendo a face antero-lateral do tórax e com apresentação clínica de massa abdominal. A partir da revisão dos prontuários e lâminas. **OBJETIVO:** Acredita-se que essa localização pode dificultar o diagnóstico e a abordagem dessas neoplasias. Neste trabalho visamos discutir as dificuldades da ressecção e da reconstrução destes tumores além das opções de cuidados paliativos. **RESULTADOS:** Paciente 1 com massa no quadrante superior esquerdo do abdome, de crescimento lento e progressivo. Identificado tumor endurecido de aproximadamente 20 cm, comprometendo o hipocôndrio esquerdo. Exames evidenciaram uma massa lobulada calcificada sem sinais de invasão das cavidades pleural e peritoneal. Feita ressecção da massa em bloco com duas costelas e reconstrução da parede abdominal. Houve recidiva após dois anos, sendo reoperado, mas havia invasão de cavidade pleural. No quarto ano de pós-operatório apresentou tumor retroperitoneal em flanco esquerdo com destruição dos corpos vertebrais e sinais de compressão radicular. Tratado com radioterapia e laminectomia com ressecção da massa. No quinto ano após a primeira cirurgia foram detectadas metástases pulmonares. Paciente 2 nota um nódulo infra-mamário do lado esquerdo. Apareceram mais três nódulos com crescimento progressivo. Apresentava uma tumor bocelado na região toraco-abdominal esquerda comprometendo a base do hemitórax esquerdo e o hipocôndrio, com áreas fixas ao gradeado costal. O tumor foi ressecado em bloco com três arcos costais, a pleura parietal e a inserção diafragmática, seguido de reconstrução. A paciente apresentou recidiva no décimo ano PO. **CONCLUSÕES:** O tratamento deste tipo de tumor é feito cirurgicamente. A localização abdominal dificulta bastante o diagnóstico pois pode permanecer oculta por grande período de tempo. As recidivas tardias em ambos os casos mostram o caráter lento da doença.

P.056 FATORES PROGNÓSTICOS EM COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DE RESSECÇÃO PULMONAR: ANÁLISE DE PRÉ-ALBUMINA, TEMPO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA E OUTROS FATORES

BIANCHI RCG*, SAAD IA*, SEABRA JCT*, SANTOS JG*, MUSSI RK*, HOHER NF*, TORO IFC*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: Os procedimentos cirúrgicos, principalmente os que dizem respeito à cirurgia torácica, além da anestesia geral, acarretam mudanças fisiológicas que afetam o sistema respiratório, podendo levar o paciente a complicações pós-operatórias (CPO) importantes. Portanto, alguns parâmetros da avaliação pré e intra-operatória são necessários, pois servem como índices preditivos para complicações pulmonares pós-operatórias (CPPO). **OBJETIVO:** Estabelecer a relação entre o estado nutricional pré-operatório, tempo de ventilação mecânica (VM) e outros fatores com CPO gerais e CPPO do paciente submetido à cirurgia torácica eletiva. **MÉTODO:** Fizeram parte desse estudo 71 pacientes consecutivos submetidos à cirurgia eletiva de ressecção pulmonar. Foi realizado um estudo de coorte prospectivo no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP), no período compreendido entre maio de 2002 e outubro de 2003. À ressecção pulmonar, de ambos os sexos, que obedeceram os critérios de inclusão. Os dados pré-operatórios incluíram sexo, idade, tabagismo, pré-albumina, linfócitos e índice de massa corpórea (IMC). Os dados intra-operatórios incluíram tipo e tempo de cirurgia e tempo de VM. Foi utilizado o teste Qui-Quadrado, o teste exato de Fisher, de Mann-Whitney, a regressão logística, através de análise univariada e análise multivariada. O nível de significância adotado foi de 5%. **RESULTADOS:** Houve CPO por baixa concentração de pré-albumina, tipo e tempo de cirurgia, e tempo de VM em 28 pacientes (39,44%). Também houve CPPO por tempo de cirurgia e de VM em 22 pacientes (30,99%). A incidência de CPPO após toracotomia e ressecções pulmonares é de aproximadamente 30% e é relatado que isto ocorre não só devido à remoção do tecido pulmonar, mas também por alterações na mecânica da parede torácica pela toracotomia em si, além da anestesia e ventilação mecânica. Apesar deste trabalho sugerir relação entre VM e CPO, ainda faltam estudos na literatura de CPO devido ao tempo de VM em ressecções pulmonares. **CONCLUSÕES:** Neste trabalho, os resultados sugerem que concentração de pré-albumina, tipo e tempo de cirurgia, assim como tempo de VM serviram como índices preditivos para CPO em pacientes submetidos à cirurgia eletiva de ressecção pulmonar. Na análise das CPPO, houve significância estatística o aumento do tempo de cirurgia e de VM.

P.057 COMPARAÇÃO DA DILATAÇÃO MECÂNICA COM A TRAQUEOESOFAGOPLASTIA NO TRATAMENTO DA ESTENOSE TRAQUEAL LONGITUDINAL EM CÃES

VAIDERGORN J*, GOMES PA*, FAGUNDES DJ*, MACHADO AL*, JULIANO Y*, NOVO NF*, FERREIRA RG*

INSTITUIÇÃO - UNISA E UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Para resolver a estenose traqueal contamos com várias técnicas, desde que a área lesada em extensão longitudinal seja menor de 50%. Nas estenoses extensas a resolução pode ser pela colocação de órteses, próteses, enxertos autólogos ou heterólogos, pelo transplante de toda traquéia ou por dilatações mecânicas. Conforme os trabalhos de Ein e cols e de Niwa e cols, notou-se a possibilidade de aumento do lúmen traqueal nas estenoses longitudinais sem a interposição tecidual, mas, com o auxílio da parede esofágica. **OBJETIVO:** No intuito de propor um novo método para a melhoria da correção da estenose traqueal extensa, realizamos esse experimento da plastia traqueal com a parede esofágica e comparamos com a dilatação intra-luminal. **MÉTODO:** Foram operados 17 cães, distribuídos em 2 grupos. Realizou-se uma traqueostenose longitudinal com a retirada de um fuso de traquéia da parede ventral, em todos os cães e foram observados por 21 dias. No grupo A, os 8 animais foram submetidos às dilatações mecânicas durante 21 dias até a eutanásia com velas de Hegar. Nos animais do grupo B realizou-se após o 21º dia uma reparação por uma traqueoplastia com o esôfago cervical no intuito de aumentar os diâmetros internos da traquéia estenosada. Foram feitos exames hematológicos, medidas dos diâmetros traqueais e pesagens dos animais antes e após as operações. **RESULTADOS:** O excesso de bases foi maior no período da eutanásia nos 2 grupos. Também mostrou-se que os diâmetros externos látero-lateral e dorso-ventral decresceram em todos os grupos após as traqueostenoses e que após a plastia notamos que esses diâmetros aumentaram mais nos animais no grupo B do que no grupo A. Observou-se que em relação aos diâmetros internos látero-lateral todos os animais obtiveram aumento, fato também respaldado pelo índice de estenose látero-lateral. O grupo de maior incidência de deiscências foi o Grupo A (62,5%). **CONCLUSÃO:** As dilatações não foram eficazes, a traqueoesofago plastia foi e poderá ser empregada posteriormente no tratamento dessa complicação.

P.058 TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PARAGANGLIOMA DO MEDIASTINO: RELATO DE TRÊS CASOS

VEGA NA*, SANTOS NA*, SEABRA JCT*, SANTOS JG*, MUSSI RK*, ROCHA EF*, TORO IFC*
 INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*
INTRODUÇÃO: Paraganglios são grupos de células especializadas da crista neural associadas com os gânglios autônomos. Somente 2%, dos paragangliomas, são encontrados no mediastino. Ainda não existem critérios morfológicos definidos que separam microscopicamente tumores benignos de malignos e correlacionam os resultados clínicos destes tumores. **MÉTODO:** Relato de caso de três pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, com diagnóstico de paraganglioma mediastinal funcionante e não-funcionante. A tabela abaixo resume a apresentação clínica **RESULTADOS:** todos os pacientes foram submetidos à ressecção completa por toracotomia sem utilização de circulação extra- corpórea, não havendo complicações per operatórias. Todos os exames anatomo-patológicos confirmaram paraganglioma, através de imunohistoquímica. O paraganglioma é um tumor raro, de origem neuroendócrina, que se desenvolve a partir de células cromafínicas do sistema nervoso simpático. Quando originado na glândula adrenal é chamada de feocromocitoma, e quando localizados extra-adrenal são chamados de paraganglioma. Aproximadamente 90% dos feocromocitomas são localizados abaixo do diafragma, sendo que 85 a 95% são originados na medula adrenal. A incidência de malignidade varia entre 21% a 76%. Os paragangliomas são tumores neuroendócrinos muito vascularizados e complicações hemorrágicas perioperatórias têm sido frequentemente descritas. Os tumores maiores possuem tendência a se tornarem hemorrágicos e necróticos. O diagnóstico destes tumores são confirmados através da combinação de alta suspeita clínica, anormal testes de screening (elevada dosagem urinária do ácido vanilmandélico - VMA e de metanefrinas) e elevados níveis plasmáticos de adrenalina e noradrenalina. As modalidades de imagem mais utilizadas para localizar os paragangliomas intratorácicos são a ressonância magnética - angioresonância (RM), tomografia computadorizada de tórax (TC) e o escaneamento pelo metaiodobenzilguanidina (MIBG-I). O tratamento de primeira escolha para o paraganglioma mediastinal é a ressecção cirúrgica. Nos pacientes, não-candidatos ao tratamento cirúrgico ou em tumores inoperáveis, deve-se optar por embolização intraarterial, quimioterapia combinada, radioterapia ou MIBG-1. A radioterapia é geralmente considerada ineficaz.

Pacientes

Casos	Sexo	Idade	Tabaco	Sintomas torácicos	Localização	H.A.S.	Dosagem AVM
1	masculino	41	não	não	mediastino posterior	sim	aumentada
2	feminino	49	sim	dor torácica	mediastino médio	não	normal
3	feminino	42	não	não	janela Aorto-Pulmonar	não	não realizado

P.059 FATORES EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS A RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO EM VIA AÉREA

LIMA AG*, ROCHA ERF*, SANTOS NA*, SEABRA JCT*, MUSSI RK*, SANTOS JG*
 INSTITUIÇÃO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*
INTRODUÇÃO: A aspiração de corpos estranhos em via aérea é complicação frequente na primeira infância e corresponde a importante taxa de morbi-mortalidade nesta faixa etária, sendo menos comum em adultos ou crianças mais velhas. Os serviços de saúde frequentemente não têm o material necessário à retirada endoscópica de corpos estranhos em via aérea, sendo raros os centros de referência para tais procedimentos. **OBJETIVOS:** Avaliar o impacto epidemiológico e demográfico da presença de material humano e tecnológico para retirada de corpos estranhos em via aérea e assim avaliar a abrangência territorial do nosso serviço, bem como determinar a necessidade deste tipo de serviço de referência por habitante. **MÉTODO:** Foram avaliados retrospectivamente, desde 1979 até 2006, todos os pacientes submetidos a broncoscopia por suspeita de broncoaspiração, adultos e pediátricos, atendidos no Hospital das Clínicas da Unicamp. Foram anotados dados como tipo de corpo estranho, localização e complicações, bem como a procedência do doente e com isso, estimando-se o número de habitantes da região abrangida, avaliar a incidência desta ocorrência. **RESULTADOS:** o Hospital das Clínicas da Unicamp serve de referência a uma região extensa que abrange grande parte do interior de São Paulo e parte de Minas Gerais. As considerações gerais das características endoscópicas e clínicas são apresentadas de forma ilustrativa. **CONCLUSÕES:** Existe enorme deficiência de suporte humano e tecnológico através do aparelhamento de hospitais com broncoscópios flexíveis e rígidos e com pessoal treinado, sendo necessária política de implementação deste tipo de serviço, gerando melhoria ao atendimento à população e evitando-se locomoções e transferências desnecessárias com atraso no tratamento definitivo.

P.060 TUMOR FIBROSO DE PLEURA MIMETIZANDO TIMOMA

MENEZES AQ*, CANÇADO ARS*, GADELHA GS*, WESTPHAL FL*
 INSTITUIÇÃO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - MANAUS - AM*
INTRODUÇÃO: O tumor fibroso da pleura é uma patologia rara que pode originar-se tanto na pleura visceral como na parietal. Os timomas são tumores derivados das células tímicas. Relatamos o caso de uma paciente com diagnóstico radiológico de timoma e cuja exploração cirúrgica concluiu tratar-se de um tumor fibroso de pleura. **RELATO:** EAB, 46 anos, sexo masculino, assintomático, realizou radiografia de tórax como exame admissional com o achado de alargamento de mediastino. Foi submetido a TC de tórax que evidenciou tumoração mediastinal à esquerda, confirmada pela RNM, tendo limites definidos e densidade sólida, recebendo o diagnóstico radiológico de timoma. Foi submetido a esternotomia parcial para timectomia. Durante a dissecação tímica foi evidenciada extensão pleural à esquerda com o achado de tumoração sólida e com origem na pleura visceral com a presença de um pedículo, sendo a tumoração ressecada juntamente com o timo. A análise patológica evidenciou timo normal sem a presença de massas e o achado de um tumor fibroso de pleura na tumoração pleural. Os tumores fibrosos de pleura são usualmente descobertos acidentalmente no exame radiográfico do tórax. São pediculados em 30% a 50% dos casos e a presença deste pedículo pode causar mudanças na posição do tumor com o decúbito. Um terço dos timomas são assintomáticos. São tumores raros na infância e no adulto jovem, sendo que 70% dos casos ocorrem a partir da quinta década de vida, acometendo ambos os sexos. À tomografia computadorizada de tórax o timoma pode apresentar-se na linha mediana, porém mais frequentemente se estende para um dos lados do mediastino, como massa de contorno liso ou lobulado, com densidade de partes moles e homogênea. A ausência de sintomas e as características radiológicas do tumor apresentado pelo paciente levou ao diagnóstico de

timoma e à conduta mais adequada para tal diagnóstico que é a ressecção. A localização caprichosa do fibroma de pleura justa mediastinal e em topografia de mediastino anterior, além da ausência de sintomas e do achado radiológico casual, mimetizou a presença de um timoma. **CONCLUSÃO:** A presença de um tumor fibroso de pleura é um achado raro e, metemizando um tumor de timo, é mais raro ainda. Evidencia-se, portanto, nos achados de massas mediastinais a necessidade de diagnóstico diferencial com o tumor fibroso de pleura.

P.061 QUILOTÓRAX COMPLICANDO RESSECÇÃO PULMONAR

MEDEIROS GA*, BARBOSA DA*, COSTA RFF*, COSTA VKR*, PEIXOTO MS*, SOUZA EF*
 INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO*
INTRODUÇÃO: Quilotórax traumático cirúrgico é uma complicação rara pós-ressecção pulmonar. Na primeira metade do século XX, o índice de mortalidade dos pacientes portadores desta entidade era 50%. Atualmente, a instituição imediata do tratamento adequado reduziu a mortalidade a 10%. O quilo é a linfa originária dos intestinos e fígado e contém altos níveis de triglicerídeos (acima de 110mg%) e baixos níveis de colesterol (abaixo de 7mg%). **OBJETIVO:** Relatar um caso de quilotórax pós bilobectomia superior direita e média por carcinoma brônquico. **MÉTODOS:** Revisão do caso e literatura. **Relato de caso - paciente com 65 anos, sexo feminino, não fumante, com diagnóstico de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado (4,5 cm no maior diâmetro) infiltrando pleura visceral (T2 NO MO) nos lobos superior direito e médio. Foi submetida à bilobectomia e linfadenectomia. A dissecação e o isolamento hilar ocorreram sem dificuldades. No primeiro dia de pós-operatório, após o início de dieta livre, apresentaram drenagem de líquido leitoso (500 mL / 24 horas). A análise bioquímica do referido líquido revelou triglicerídeos 222 mg% e colesterol total 31 mg%. Instituiu-se o jejum absoluto e nutrição parenteral total durante 8 dias. Houve diminuição progressiva do débito da drenagem e regressão do aspecto leitoso. A comprovação bioquímica após o 8º dia mostrou triglicerídeos 7mg% e colesterol total 10mg%. Foi iniciada dieta líquido-pastosa, hipogordurosa. Não houve alteração do débito da drenagem. Foram retirados os dois drenos torácicos e a paciente recebeu alta hospitalar no décimo dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Relatamos um caso de quilotórax pós-ressecção pulmonar cujo tratamento conservador (jejum absoluto e nutrição parenteral total durante 8 dias) resultou eficaz. A lesão de ductos linfáticos acessórios durante a linfadenectomia foi considerada a causa deste tipo incomum de complicação pós-operatória.**

P.062 HEMANGIOMA CAVERNOSO DO MEDIASTINO: RELATO DE CASOS

BRANDÃO SLB*, TORO IFC*, FREITAS L*
 INSTITUIÇÃO: SOCIEDADE BENEFICENTE CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS - SP*
INTRODUÇÃO: Os hemangiomas mediastinais são divididos basicamente em tipos capilares e cavernosos. O hemangioma cavernoso do mediastino é um raro achado de tumor vascular benigno, representando 0,5% de todas as massas mediastínicas e, preferencialmente, localizado no mediastino ântero-superior. O tipo capilar pode regredir espontaneamente enquanto que o cavernoso necessita de tratamento cirúrgico. **OBJETIVOS:** Apresentar os achados clínicos mais frequentes, discutir as alternativas terapêuticas, vias de acesso operatório e as particularidades de ambos os casos, sendo um associado a extenso derrame pleural exsudativo e outro com diplopia homolaterais as lesões. **MÉTODO:** Apresentamos dois doentes do sexo masculino com 36 e 72 anos tratados cirurgicamente por toracotomia e o por videotoracoscopia respectivamente. **RESULTADOS:** Ambos os doentes tiveram boa evolução per operatória, recebendo alta hospitalar no quinto e segundo dias pós-operatório, com resolução completa do derrame pleural seguido tardiamente e com regressão da diplopia no segundo caso no pós-operatório imediato. **CONCLUSÕES:** Somente a ressecção total destas lesões vasculares é aceitável, independente da via cirúrgica adotada levando em consideração os possíveis riscos de sangramento intra e pós-operatório como também evitando lesões residuais com possível recidiva tumoral.

P.063 QUILOTÓRAX HEPÁTICO BILATERAL: RELATO DE CASO

NASCIMBEM MB*, TERRA RM*, JATENE FB*
 Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo - SP*
INTRODUÇÃO: Quilotórax é uma complicação infrequente da cirrose hepática, associada a alta morbimortalidade. O líquido é um transudato, rico em triglicérides, formado pelo "porejamento" de vasos linfáticos submetidos a hipertensão portal. O quadro clínico e tratamento não estão bem estabelecidos na literatura, compondo-se de relatos de casos e pequenas séries. **OBJETIVO:** Relatar quadro clínico-laboratorial e tratamento de paciente com quilotórax hepático bilateral. **MÉTODOS:** Paciente internado no Serviço de Cirurgia e Transplante de Fígado do ICHC-FMUSP em acompanhamento com a equipe de Cirurgia Torácica. **RESULTADOS:** Paciente de 52 anos com cirrose criptogênica (Child-Pugh B) apresenta derrame pleural extenso à direita e moderado à esquerda, com ascite discreta. Toracocentese à direita mostrou líquido leitoso, com 1720 céls/mm³ (95% neutrófilos), desidrogenase láctica 218 µ/L, proteínas totais 2,6 mg/dL, triglicérides 220 mg/dL, colesterol 27 mg/dL e cultura positiva para E. coli. Líquido ascítico também leitoso, com 3500 céls/mm³ (90 % de neutrófilos). Realizada drenagem torácica, iniciado ceftriaxone e dieta hipogordurosa. Em 7 dias o dreno foi retirado, sem recidiva. Derrame pleural à esquerda apresentou inicialmente transudato, que começou a recidivar após resolução do derrame à direita. Realizada drenagem torácica e nova análise bioquímica mostrou: contagem celular 300 céls/mm³ (65% linfócitos), triglicérides 214 mg/dL e colesterol 18 mg/dL. Iniciada dieta hipogordurosa e posteriormente jejum com nutrição parenteral, mas mantendo débito diário de 2 litros pelo dreno. Optado por criação de shunt portossistêmico transparietohepático (TIPS), com diminuição progressiva do débito do dreno, sendo retirado em 5 dias. Paciente apresentou encefalopatia grau II, com melhora após uso de lactulose. Neste caso, o quilotórax a direita se apresentou como exsudato, devido à infecção. Esta ocorreu provavelmente secundária a peritonite bacteriana espontânea, sabendo-se a bactéria isolada no líquido pleural, a celularidade do líquido ascítico e a comunicação entre as duas cavidades por pequenos poros existentes no diafragma. Também especulamos que a infecção levou a pleurodese deste lado, sem recidiva do derrame à direita e levando o líquido a acumular à esquerda. Por sua vez, o quilotórax a esquerda não respondeu a drenagem e tratamento clínico, mantendo a grande débito diário pelo dreno. O tratamento, através da criação do TIPS, foi eficaz, como reportado em outros dois casos na literatura. É um procedimento minimamente invasivo, sendo frequentemente usado como "ponte" antes do transplante de fígado, sendo sua principal complicação a encefalopatia hepática.

P.064 TORACOTOMIAS NA SALA DE EMERGÊNCIA NA NOSSA REALIDADE - VALE A PENA?

WESTPHAL FL*, LIMA LC*

INSTITUIÇÃO: CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS*

INTRODUÇÃO: Já são bem estabelecidas as indicações para a toracotomia na Sala de Emergência, mas os resultados diferem entre as diversas séries. Alguns aspectos são preocupantes quando é proposto este tipo de cirurgia, dentre eles as seqüelas neurológicas, a contaminação da equipe cirúrgica, o custo hospitalar, entre outros. **OBJETIVO:** Analisar os casos de pacientes submetidos à Toracotomia na Sala de Emergência, os aspectos positivos, as dificuldades encontradas e a eficácia do procedimento. **Pacientes e Métodos:** Estudo transversal observacional por análise de prontuários e de entrevistas com os médicos emergencistas de dois hospitais de referência, analisando-se pacientes submetidos à toracotomia na sala de emergência no período de 1 de fevereiro de 2005 a 31 de janeiro de 2006. Os casos foram classificados com o Escore Fisiológico coletados no momento da admissão no Hospital. **RESULTADOS:** O total de toracotomias foi de 73 casos e destas 12 foram realizadas na sala de emergência. A totalidade dos casos foi do sexo masculino, com idade média de 35,0 anos, sendo que um (8,4%) pertencia a faixa etária de < 20 anos, cinco (41,6%) entre 20 a 40 anos e seis (50%) com mais de 40 anos. Nove (75%) foram atendidos no PS Prof. João Lúcio Pereira Machado e três (25%) no PS 28 de Agosto. Entre o mecanismo de trauma houve seis (50%) ferimentos por arma de fogo, cinco (41,6%) por arma branca e um (8,4%) por contusão. Na sala de emergência em todos foi realizada massagem cardíaca interna, em dois (16,6%) pinçamento de aorta e uma (8,4%) introdução de sonda de Foley no ventrículo esquerdo (VE). O escore fisiológico na chegada aos pronto-socorros foram 5 (41,6%) em classe III, 3 (23,1%) em classe II e 4 (33,3%) em classe I. A taxa de mortalidade encontrada na TSE foi de 100%, diferentemente das Toracotomias realizadas no Centro Cirúrgico que foi de 29,5%. O momento do óbito ocorreu na sala de emergência (3, 25%), durante a cirurgia (6, 50%) e após a cirurgia (3, 25%). **CONCLUSÃO:** O insucesso da TSE depende da forma como se conduz o atendimento do paciente nas suas diversas etapas, tais como, no pré-hospitalar, hospitalar e pós-cirúrgico. O atendimento pré-hospitalar inexistente, cuidados pós-operatórios limitados e a gravidade da chegada dos pacientes pode ter influenciado no resultado final.

P.065 HIPERREATIVIDADE DA VIA AÉREA COMO MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DA TRAQUEIA.

MUSSI RK*, TORO IFC*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DOR FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA*

INTRODUÇÃO: Tumores mucoepidermóides representam 0,2% de todos os tumores pulmonares, previamente também rotulados como adenomas ou carcinóides. Eles podem ocorrer em todas as faixas etárias e tem sido relatados em pacientes com idades variando entre 9 e 62 anos. Relatamos um caso de carcinoma mucoepidermóide da traquéia em doente feminina de 68 anos. **METODO:** Descrição de caso de paciente que apresentava tosse e estridor respiratório com frequentes internações nos últimos 4 anos. A prova de função pulmonar mostrava defeito obstructivo grave (VEF₁: 33% = 0,65 l) Não havia anormalidades detectadas no radiograma de tórax. A tomografia computadorizada de tórax revelou uma lesão a 1 cm da carina traqueal causando importante estreitamento endoluminal. A imagem endoscópica era sugestiva de tumor carcinóide e não foi realizada biópsia pré-operatória. **RESULTADO:** submetida a completa ressecção cirúrgica por toracotomia direita. O resultado anátomo-patológico revelou tratar-se de um carcinoma mucoepidermóide de traquéia, margens cirúrgicas microscópicas livres de neoplasia e ausência de acometimento linfonodal mediastinal. Encontra-se no seguimento pós-operatório tardio de 3 meses, assintomática com significativa melhora na prova funcional pulmonar (VEF₁: 69% = 1,32 l). Os tumores mucoepidermóides são lesões raramente encontradas na árvore traqueobrônquica. Ele tende a afetar crianças e adultos jovens e tem sido relatado como de melhor prognóstico em relação ao carcinoma broncogênico. Devido sua localização central e origem na via aérea ele pode ser visualizado e diagnosticado pela broncofibroscopia na maioria dos casos. Surgem a partir das glândulas mucosas e serosas da via aérea superior. Estes tumores geralmente produzem sintomas de irritação da via aérea superiores, tais como tosse, hemoptise, ou como no presente caso, de obstrução de vias aéreas inferiores. Pacientes submetidos à completa ressecção dos tumores mucoepidermóides podem esperar boa expectativa de vida de até 80% em cinco anos. Entretanto pacientes com lesões com alto-grau de indiferenciação tem sido relatados com mau prognóstico. Os tumores mucoepidermóides podem disseminar através dos linfáticos. O envolvimento linfonodal também é um fator de sobrevida desfavorável.

P.066 PLACAS PLEURAIS RELACIONADAS AO ASBESTO: RELATO DE CASO

SANTOS JPV*, FATURETO MC*, TAVARES MG*, MICHELIN MS*, INNOCENTE WRT*, FERRÃO MHL*, PRECINOTI IB*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO*;

INTRODUÇÃO: As placas pleurais são espessamentos focais da pleura, consideradas marcadores de exposição ao asbesto. Geralmente encontradas na ausência de alterações pulmonares, podem envolver a pleura parietal, diafragmática e, menos frequentemente, mediastinal. Embora a radiografia simples de tórax seja o método mais comumente utilizado no diagnóstico, a tomografia computadorizada é o exame de imagem com maiores sensibilidade e especificidade, especialmente quando empregada técnica de alta resolução. As placas pleurais são assintomáticas na maioria dos casos, porém há controvérsias quanto à relação entre as mesmas e índices de exposição ao asbesto, alterações funcionais pulmonares e risco de desenvolvimento de neoplasias. Pretendemos com esse relato, apresentar paciente com placas pleurais cuja sintomatologia surgiu 30 anos após contato com asbesto, recebendo inicialmente o diagnóstico de mesotelioma. **RELATO DE CASO:** A.G., 63 anos, masculino, aposentado (última atividade como bancário é encaminhado ao Serviço de Cirurgia Torácica da UFTM devido tosse produtiva com secreção branca-acenta havia 2 meses. Negava febre, emagrecimento, dispnéia ou dor ventilatório-dependente no período. Negava tabagismo. Nos antecedentes pessoais, relatava trabalho em indústria de cimento entre 1965 a 1968. Na ausculta nenhuma alteração foi encontrada. A radiografia de tórax mostrou placas e nódulos pleurais bilateralmente, imagens melhor evidenciadas na tomografia de tórax. O paciente foi submetido à videotoracoscopia para realização de biópsia das placas e do pulmão, cujo resultado confirmou positividade à pesquisa de asbesto em ambos, com discreta fibrose intersticial e pleural. O paciente segue em acompanhamento regular na Cirurgia Torácica, evoluindo sem intercorrências. Apesar de muitos estudos mostrarem que as placas pleurais não causam sintomas e não necessitam de tratamento específico e da controvérsia em relação às suas implicações funcionais, as maiores importâncias das placas são: 1) no contexto clínico

adequado, a presença de placas pleurais associada à doença intersticial pulmonar sugere asbestose; 2) como marcam exposição ao asbesto, deve ser colhida história ocupacional detalhada de indivíduos com placas pleurais bilaterais; 3) indivíduos com placas pleurais devem ser encorajados a parar de fumar, já que há efeito sinérgico comprovado entre fumo e asbesto para o desenvolvimento de câncer do pulmão.

P.067 INCLUSÃO DE PRÓTESE DE SILICONE PARA CORREÇÃO DE PECTUS EXCAVATUM

BARBOSA AHL*, FUSCO EV*, RISSONI AR*, HAMADA AY*, BACHICHI NC*

INSTITUIÇÃO: COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI*

INTRODUÇÃO: O presente estudo trata de uma técnica alternativa para correção cirúrgica minimamente invasiva de pacientes portadores de pectus excavatum (PEX). **OBJETIVO:** Apresentar mais uma alternativa no arsenal terapêutico do cirurgião de tórax. **MÉTODOS:** Este é ainda um trabalho preliminar com poucos, mas, animadores casos com utilização de técnica mista para correção da deformidade com inclusão de prótese de silicone maleável e moldada no intra-operatório. O pectus excavatum (PEX) é a deformidade congênita da parede torácica anterior mais frequente, acarretando alterações estéticas, funcionais, com possíveis seqüelas psicológicas e sociais que interferem na qualidade de vida dos indivíduos. A avaliação dos pacientes, tanto no período pré quanto no pós-operatório, depende da realização de anamnese e exame físico rigorosos, das medidas clínicas e radiológicas, contando sempre com a experiência da equipe cirúrgica. Por meio dos resultados radiológicos é possível dimensionar o PEX e classificá-lo como simétrico, assimétrico, moderado ou grave. As técnicas cirúrgicas sugeridas são: esternocondroplastia por rotação, esternocondroplastia por elevação, esternocondroplastia por ressecção, tecidos autógenos e inclusão de prótese de silicone, objeto do presente estudo. Realizou-se como cuidados pós-operatórios a prescrição de antibióticos, repouso relativo por 30 dias, curativo compressivo e traçado com fitas adesivas. **CONCLUSÃO:** A facilidade de execução da técnica cirúrgica com inclusão do bloco de silicone, o custo reduzido e o alto grau de satisfação do paciente frente ao resultado pós-operatório, além de ser uma alternativa para os casos em que a técnica de Nuss ("esterno e S") está contra-indicada, nos deixou bastante otimistas a prosseguir com o estudo.

P.068 COMPLICAÇÕES DA VIA AÉREA CIRÚRGICA

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, LUSTOSA ES*, ARAÚJO JP*, FERRAZ PEC*, LUSTOSA RJC*, MIRANDA AL*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO TRAUMA E TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - RECIFE - PE*

INTRODUÇÃO: As complicações mais comuns das vias aéreas cirúrgicas são infecção, hemorragia, estenose traqueal e, mais raro, fistula traqueoesofágica. A cricotiroidotomia é executada numa situação de emergência, mas a facilidade e rapidez não oferecem as grandes complicações, no máximo, um sangramento discreto periostoma. A traqueostomia realizada em ambiente eletivo elimina as complicações precoces e imediatas. **OBJETIVOS:** Demonstrar as complicações surgidas após a realização de cricotiroidotomia e traqueostomia no departamento de emergência e unidade de terapia intensiva do Hospital da Restauração. **MÉTODOS:** Foram avaliadas de modo prospectivo todas as traqueostomias e cricotiroidotomias realizadas pelos autores entre janeiro de 2002 a novembro de 2006 na unidade de emergência e terapia intensiva do Hospital da Restauração. **RESULTADOS:** Cento e cinquenta acessos cirúrgicos de via aérea foram realizados. Desses, cem foram traqueostomias e cinquenta cricotiroidotomias. Em vinte e cinco pacientes, o procedimento foi duplo (inicialmente cricotiroidotomia na unidade de trauma e depois na UTI, traqueostomia). Os pacientes do sexo masculino foi a grande maioria (75%). O TCE foi a principal indicação da UTI e nessa, o tempo prolongado de IOT foi a indicação mais comum da traqueostomia. Trauma facial grave foi a principal indicação de cricotiroidotomia. Em sete pacientes o óbito ocorreu durante o procedimento (2 cricotiroidotomia e 5 traqueostomia). O sangramento ocorreu em 5% e canulação em espaço pré-traqueal em 1%, das cricotiroidotomias. Quanto as traqueostomias, o sangramento atingiu 17%. Enfisema subcutâneo, canulação seletiva à direita e canulação do esôfago (fistula traqueo-esofágica imediata iatrogênica) ocorreu uma vez em cada paciente. **CONCLUSÕES:** O aumento na utilização da traqueostomia renovou o interesse do grande número de complicações graves que pode seguir-se ao procedimento. A experiência aliada à sensatez do cirurgião permitirá uma menor morbidade cirúrgica.

P.069 QUILOTÓRAX APÓS TIREOIDECTOMIA TOTAL COM ESWAZIAMENTO CERVICAL A ESQUERDA: RELATO DE CASO

MARIANI AW*, ABRÃO FC*, SAMANO MN*, MONTENEGRO F*, JATENE FB*

Instituição: Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - SP*

INTRODUÇÃO: O quilotórax após esvaziamento cervical é uma afecção incomum. Até o presente momento encontramos 15 relatos de quilotórax bilateral após a dissecação cervical. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de quilotórax bilateral após tireoidectomia com esvaziamento cervical unilateral, bem como revisão da literatura. **METODO:** Revisão do prontuário de um caso clínico. **RESULTADOS:** Mulher de 25 anos submetida à tireoidectomia total com esvaziamento cervical à esquerda por tumor papilífero de tireóide evoluiu no segundo PO com desconforto respiratório e derrame pleural bilateral, sendo volumoso à esquerda e pequeno à direita. Realizada toracocentese apenas à esquerda com retirada de 1000ml de líquido quíloso. Análise do líquido revelou 325 mg/dl de triglicérides confirmando a hipótese de quilotórax. No pescoço não houve coleção e a drenagem era de baixo volume e de aspecto seroso. O ducto torácico havia sido ligado pela presença de metástases no nível IV. Iniciada no terceiro PO dieta hipogordurosa com triglicérides de cadeia média. Evolução sem novo acúmulo de quilo recabendo alta no oitavo PO e mantendo a dieta por 20 dias. Introduzida dieta normal permaneceu assintomática e radiografia de tórax sem sinais de derrame pleural. O quilotórax após dissecação radical do pescoço pode ocorrer devido ao vazamento direto de quilo por lesão do ducto torácico na base do pescoço ou por extravasamento conseqüente do aumento da pressão do ducto torácico devido a sua ligadura no momento da operação cervical. O quadro clínico habitualmente apresenta-se como desconforto respiratório e imagem radiológica de derrame pleural uni ou bilateral. As bases do tratamento estão na evacuação do quilo permitindo a expansão pulmonar (por toracocentese ou por drenagem pleural fechada) e na obliteração da fistula (dieta pobre em gorduras, dietas parenterais totais ou nos casos refratários por ligadura do ducto torácico). **CONCLUSÃO:** O quilotórax após dissecação cervical é complicação possível e deve ser sempre lembrada em pacientes submetidos

ao procedimento que evoluíram com derrame pleural, o tratamento conservador com restrição de gorduras é eficaz na maioria dos casos, porém, o tratamento cirúrgico com ligadura do ducto torácico pode se fazer necessária em alguns casos.

P.070 ESTUDO DA CICATRIZAÇÃO DO DIAFRAGMA DO RATO APÓS UM FERIMENTO À DIREITA DE GRANDES PROPORÇÕES. CONTINUIDADE DA ANÁLISE DA HISTÓRIA NATURAL DO FERIMENTO DIAFRAGMÁTICO.

RIVABEN JH*, DORGAN VN*, BOTTER M*, PERLINGEIRO JAG*, GONÇALVES R*, SQUEFF F A*, BIZON JA*, SAAD RJ*

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE SÃO PAULO*

INTRODUÇÃO: Acredita-se que não ocorra a cicatrização do diafragma frente a uma lesão traumática por diversas razões. Porém a incidência de hérnias diafragmáticas traumáticas é menor que o número de ferimentos penetrantes de risco para lesão do diafragma, supomos assim que deva haver algum mecanismo de cicatrização, bem como um número pequeno de autores na literatura. Com este questionamento iniciou-se uma linha de pesquisa experimental em nossa instituição para estudar se ocorre a cicatrização do diafragma em ratos. Pudemos observar que ferimentos pequenos em qualquer um dos hemi-diafragmas cicatrizam em quase todos ratos. Já um ferimento maior no hemi-diafragma esquerdo, somente em uma minoria de ratos ocorreu a cicatrização. Com estas observações e seguindo a linha de pesquisa, neste momento questionamos se ocorre a cicatrização do hemi-diafragma direito após um ferimento de proporções maiores. **OBJETIVO:** Estudar se ocorre a cicatrização diafragmática à direita de ratos, após um ferimento perfuro - cortante de 30% de sua área. **MÉTODOS:** Os animais foram anestesiados por via intraperitoneal. Foram submetidos à laparotomia mediana, com visualização do hemi-diafragma direito. A seguir foi provocada a lesão que se estendia da borda lateral até próximo do centro tendineo. Os ratos foram mantidos vivos durante 21 dias. Os seguintes parâmetros foram estudados: não cicatrização do diafragma e conteúdo herniado para o tórax, e a cicatrização do diafragma avaliando a relação do fígado com o processo de reparação. **RESULTADOS:** De 28 animais, identificamos 13 ratos que não apresentaram cicatrização do diafragma. O órgão sempre estava com parte do fígado participando do processo de reparação. Analisando os órgãos herniados encontramos o fígado em todos os ratos, seguido pelas outras vísceras abdominais. A cicatrização do diafragma pode ser identificada em 15 ratos (53,6%), observamos que o fígado em 100% das vezes estava aderido ao diafragma direito próximo a lesão. Portanto a análise final foi de 53,6% de diafragmas cicatrizados contra 46,4% não cicatrizados. **CONCLUSÃO:** Há predomínio da cicatrização no diafragma direito dos ratos, quando o ferimento perfuro-cortante é de 30%.

P.071 FÍSTULA NEFROBRÔNQUICA

COSTA IL*, COSTA EB*, NAKAMA RY*, PÔLONIO AP*, HENRIQUE C*

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Limeira de São Paulo - SP*

INTRODUÇÃO: A fistula nefrobrônquica é uma complicação rara da pielonefrite xantugranulomatosa, com poucos casos descritos na literatura, sendo que não foi encontrado descrição da presença de cálculo residual em parênquima pulmonar. **OBJETIVO:** Apresentar paciente com nefrolitíase, vesiculitíase, septicemia, fistula nefrobrônquica à direita, cálculo residual em lobo inferior de pulmão direito, cuja bactéria isolada foi *Proteus Mirabilis*, tanto em hemocultura quanto em líquido pleural. **MÉTODOS:** Paciente 34 anos, feminino, internada com febre, vômitos, dor abdominal, sinais de septicemia e taquipnéia. Exames laboratoriais com leucocitose e desvio à esquerda, leucocitúria com nitrito +, e insuficiência renal aguda. Paciente encaminhada à UTI submetida à hemodiálise e tratamento com ciprofloxacina endovenosa por 7 dias, porém sem melhora. Foi solicitada UroCT onde havia deformação do rim direito as custas de hidronefrose, múltiplos cálculos sendo o maior com 3 cm de diâmetro obstruindo a junção uretero-piélica, e coleção de 3x4 cm na transição toraco-abdominal à direita comunicando-se com o polo renal, ou seja, diagnóstico sugerido na UroCT de pielonefrite, com rotura e fistulização da loja renal formando abscesso em seio costofrênico direito e região subdiafragmática. Paciente submetida à nefrectomia D com drenagem de abscesso em loja renal onde durante ato cirúrgico foi observado orifício em diafragma à direita com saída de líquido purulento. Foi chamada equipe de Cirurgia Torácica com paciente sendo submetida à toracotomia postero-lateral direita com pleurotomia em sexto EIC, sendo encontrado em lobo inferior de pulmão direito tecido necrótico, moderada quantidade de líquido purulento e um cálculo residual no parênquima pulmonar além de orifício em diafragma que comunicava-se com cavidade abdominal. Realizada exérese de tecido necrótico e de cálculo residual e fechamento da fistula diafragmática com pontos inabsoveríveis. Paciente permaneceu em UTI por 16 dias em uso de Cefepime com resolução do caso. **CONCLUSÃO:** Pielonefrite xantugranulomatosa é uma doença rara, com intensa destruição do parênquima renal, podendo apresentar formação de fistulas para pele e outros órgãos. Nesse caso houve formação de fistula nefrobrônquica com presença de cálculo residual em parênquima pulmonar, não encontrado na literatura. O tratamento consiste em nefrectomia, toracotomia com tratamento da fistula e antibioticoterapia.

P.072 ACHADO TOMOGRÁFICO RARO NO FERIMENTO TRAQUEOBRÔNQUICO POR ARMA DE FOGO

RIVABEN JH*, DORGAN VN*, BOTTER M*, GONÇALVES R*, PERLINGEIRO JAG*, GERACE ES*, GOUVÊA ES*, SOUZA RC*, SAAD RJ*

Instituição: Santa Casa de São Paulo*

INTRODUÇÃO: Doentes com ferimentos por arma de fogo torácica podem ter qualquer estrutura da cavidade do tórax lesada. Quando o doente se apresenta instável a conduta operatória deve ser realizada o mais breve possível. Existe um grupo de doentes que se apresentam muito bem quando chegam ao serviço de emergência, não apresentando instabilidade respiratória ou hemodinâmica. Nestes casos há tempo para investigação para lesões com um alto grau de suspeita segundo o mecanismo de trauma. Assim podemos realizar diagnósticos mais específicos que orientam um tratamento mais direcionado em que o doente pode se beneficiar com um menor risco de morbidades desnecessárias. Por isso resolvemos relatar o caso a seguir que se trata de um doente com um ferimento por arma de fogo no tórax e que devido a sua estabilidade pudemos realizar uma investigação mais detalhada e assim surpreendemos um achado raro. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um doente com ferimento de arma de fogo no tórax que lesou a via aérea, sendo o ferimento identificado na tomografia de tórax. **RELATO:** O doente era do sexo masculino, 24 anos, chegou ao serviço de emergência após ter sofrido ferimentos por arma de fogo em face, tórax e abdome. Não apresentava instabilidade respiratória ou hemodinâmica. Foi tomado condutas de emergências iniciais, inclusive realizado a drenagem

de tórax pelo pneumotórax instalado, e ocorria a saída de ar pelo dreno. Devido ao ferimento abdominal foi indicado a laparotomia exploradora e o doente foi operado após a endoscopia aérea e digestiva que não evidenciaram alterações. Identificado perfurações em alças que foram tratadas. Doente estava bem, no entanto persistia o borbulhamento pelo dreno e o pulmão tinha sinais de atelectasia. Neste momento suspeitamos de lesão de via aérea e indicamos a toracotomia. Devido a estabilidade realizamos a tomografia de tórax que mostrou a atelectasia completa do pulmão direito e perda de continuidade da parede traqueobrônquica deste lado, um achado raro. Programamos a cirurgia e identificamos pela toracotomia direita a secção quase completa do óstio do lobo superior. Foi tratado por sutura primária. O doente evoluiu bem. **CONCLUSÃO:** Neste caso conseguimos identificar uma lesão traumática da via aérea pela tomografia após um alto índice de suspeita.

P.073 TRAQUEOPLASTIA EM RATOS: APRESENTAÇÃO DE MODELO COM SUPORTE ENDOLUMINAL.

AVINO AJG*, FILHO DRP*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL GERAL UCS*

INTRODUÇÃO: A cirurgia traqueal experimental utiliza diversas técnicas para a realização de traqueoplastias. A variabilidade de técnicas pode determinar irregularidades nos resultados obtidos. Este estudo tem como objetivo apresentar um modelo de traqueoplastia em ratos, sob ventilação espontânea e utilizando um molde intraluminal para conferir qualidade e homogeneidade à sutura, mesmo com limitação de recursos. Essas características visam oferecer substrato adequado para comparação de métodos diferentes propostos para cirurgia traqueal. **MÉTODO:** Trinta ratos machos wistar, com cerca de noventa dias de vida e peso variando entre 326 e 505 gramas foram recrutados para o experimento. Dez animais foram utilizados como pilotos onde a destreza técnica e os cuidados para com os animais foram estabelecidos. Os demais vinte animais foram operados para avaliação tecidual e identificação de causas de falência do método. Os animais foram anestesiados e a traquéia cervical foi abordada. Foi ressecado o quarto anel traqueal com preservação da camada membranosa e a seguir a traquéia foi entubada de maneira retrógrada para clearance da via aérea e moldagem para a confecção da sutura traqueal. Foi realizada uma traqueoplastia por sutura contínua e o animal foi extubado. Os animais foram sacrificados no oitavo dia de pós-operatório e o segmento da traquéia cervical foi removido. Os fatores analisados foram o padrão ventilatório no período pós-operatório imediato e antes do sacrifício, a presença de proliferação tecidual macroscópica na linha de sutura e a deposição inflamatória microscópica na área de traqueoplastia. **RESULTADOS:** Apenas um animal apresentou insuficiência respiratória imediata após o procedimento e evoluiu ao óbito. A causa da disfunção foi a migração do tubo traqueal que não atuou como suporte para a traqueoplastia. Os demais animais apresentaram evolução clínica sem eventos desfavoráveis e os segmentos de traquéia apresentaram permeabilidade macroscópica satisfatória e padrão homogêneo de deposição inflamatória microscópica na área de traqueoplastia. **CONCLUSÃO:** O modelo de traqueoplastia proposto, avaliado por parâmetros clínicos e teciduais, mostrou-se viável e reprodutível, podendo ser utilizado para diversos fins em cirurgia traqueal experimental. **Palavras-chave:** Traquéia, anastomose cirúrgica, modelos animais, modelos cirúrgicos.

P.074 HEMOTÓRAX MACIÇO ESPONTÂNEO E CHOQUE HIPOVOLÊMICO ASSOCIADOS À NEUROFIBROMATOSE: RELATO DE 2 CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

SOLTOSKI PR*, BOSCARDIM PCB*, MULINARI MA*, ROSA JFT*, DE SOUZA AV*, DE SOUZA RORR*, KARPINSKI D*, PUCHALSKI AK*, BAGATIN TM*, CASTILHO CEA*, NOCETTI OA*, LOURES DRR*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR - CURITIBA - PR*

INTRODUÇÃO: Dentre as 4 variedades distintas de neurofibromatose, o tipo I e o tipo II são as mais comuns. A neurofibromatose tipo I, também conhecida por doença de Recklinghausen, é causada por uma anomalia no cromossomo 17 e tem uma incidência de 1 em 2.500-3.300 nascimentos. Os pacientes com neurofibromatose tipo I podem apresentar os seguintes achados: manchas café-com-leite, neurofibromas cutâneos, nevus e hiperpigmentação em regiões axilar e inguinal, glioma óptico, hamartoma pigmentado de íris (nódulos de Lisch), anomalias das osses distintas, schwannomas, macrocefalia, tumores intracranianos, deterioração neurológica, cifose-escoliose, siringomielia e feocromocitoma. Além disso, estenose vascular e aneurismas têm sido relatados nesta anomalia. Hemotórax espontâneo é uma apresentação muito rara desta doença. **OBJETIVO:** Relatar a raridade e dificuldade diagnóstica de dois casos de choque hipovolêmico ocorridos em irmãs gêmeas portadoras de neurofibromatose tipo I; porém em hospitais, lado do tórax e épocas diferentes. **MÉTODOS:** Revisão da literatura e relato de dois casos de neurofibromatose do tipo I complicados por hemotórax maciço levando a choque hipovolêmico. **RESULTADOS:** As duas pacientes foram submetidas a toracotomia postero-lateral de emergência, e malformações vasculares com sangramento ativo foram ressecadas controlando a hemorragia. **CONCLUSÃO:** A rapidez com a qual realizamos o diagnóstico na segunda apresentação só foi possível graças ao primeiro caso, atendido pela mesma equipe três anos antes. Isto certamente contribuiu para o êxito do tratamento, e justifica a importância de considerarmos a possibilidade de hemotórax maciço nos casos de neurofibromatose que se apresentem no pronto atendimento em estado de choque.

P.075 PNEUMONECTOMIA ESQUERDA DEVIDO A ESTENOSE CICATRICAL DE BRÔNQUIO FONTE APÓS TUBERCULOSE

ABRÃO FC*, SILVA VF*, TERRA RM*, FERNANDEZ A*, JATENE FB*

Instituição: Universidade de São Paulo - USP - São Paulo - SP

INTRODUÇÃO: Estenose Brônquica Cicatricial (EBC) após Tuberculose é a complicação mais importante da Tuberculose Endobrônquica e acomete 10% a 20% dos pacientes com Tuberculose Pulmonar. A EBC é mais comum em brônquio Fonte esquerdo, provavelmente, segundo alguns autores, porque este é mais estreito que o Brônquio Fonte direito e a esquerda ocorre compressão pela aorta. A EBC é mais comum em mulheres, fato que alguns pesquisadores atribuem ao menor calibre dos brônquios em relação a pacientes do sexo masculino. **OBJETIVO:** Relatar uma complicação rara da Tuberculose, doença comum em nosso meio e, destacar a importância de descartar esta lesão na investigação de pacientes sintomáticos após tratamento de Tuberculose. **MÉTODOS:** Relato de caso e revisão de literatura entre 1995 e 2006 do tema abordado. **RESULTADOS:** Relatamos o caso de uma paciente com 17 anos e quadro de dispnéia aos grandes esforços há 14 meses, com piora há 20 dias, evoluindo com dispnéia aos pequenos esforços. Associado ao quadro apresentou 4 episódios de pneumonia, sempre no pulmão esquerdo, sendo que em dois, necessitou de internação. Relata início do quadro após término do tratamento para Tuberculose Pulmonar por seis meses com Esquema 1, terminado em

setembro de 2005. Realizou investigação em outro serviço com Tomografia de Tórax e broncoscopia sendo encaminhada para o nosso serviço. No nosso serviço foi realizada nova investigação para Tuberculose que resultou negativa, então foi realizada broncoscopia para colocação de endoprótese como tentativa de evitar procedimento cirúrgico com risco de perda do pulmão esquerdo, porém não houve sucesso na realização do procedimento visto que a obstrução era total, junto ao óstio na Carina Principal. Diante do caso optou-se por tratamento cirúrgico com prioridade para broncoplastia, porém devido a lesão estenótica acometer o brônquio em toda sua extensão, optou-se por pneumonectomia. A paciente aprendeu boa evolução e hoje encontra-se assintomática em segmento no ambulatório do serviço. **CONCLUSÃO:** Após revisão da literatura, concluímos que a EBC deve ser considerada em pacientes com antecedentes de Tuberculose e sinais e sintomas de doença obstrutiva das vias aéreas. E o tratamento definitivo e de eleição é a broncoplastia.

P.076 COMPLICAÇÕES DA TORACOSTOMIA COM DRENO NA UNIDADE DE TRAUMA

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, ARAÚJO JF*, FERRAZ PEC*, LUSTOSA RJC*, LUSTOSA ES*, MIRANDA AL*

Instituição: Serviço de Cirurgia do Trauma e Terapia Intensiva do Hospital da Restauração - Recife - PE*

INTRODUÇÃO: A drenagem pleural é um procedimento seguro e eficaz. Juntamente com a IOT e a dissecação venosa consiste no procedimento mais realizado em doentes em um departamento de emergência-trauma. Em 75% dos traumas torácicos esse simples procedimento resolve o problema. Algumas vezes complicações inerentes a canulação da cavidade pleural podem acarretar prejuízos inesperáveis. **OBJETIVO:** Apresentar a experiência com complicações pós-drenagem pleural em unidade de trauma do Hospital da Restauração entre janeiro de 2002 e novembro de 2006. **MÉTODOS:** O procedimento foi realizado sempre em vítimas de trauma (contuso e penetrante) adultos atendidos no Hospital da Restauração. O estudo consistiu em documentar prospectivamente as complicações advindas da toracostomia até o sétimo dia. O óbito durante o procedimento excluía o paciente da análise. A indicação da drenagem torácica obedeceu as normas atuais do ATLS®. **RESULTADOS:** Oitenta e seis pacientes foram submetidos a drenagem pleural. Trinta e sete por trauma contuso. O hemotórax foi mais freqüente (80%) e o lado mais acometido foi à esquerda (73%). O sangramento peri-tubo ocorreu em 10% dos casos e posição não adequada em 5%. Dor torácica foi a complicação mais freqüente (60%). Hemoperitônio ocorreu em quatro casos (perfuração diafragmática com lesão hepática, em três, e lesão esplênica, em dois). Desses, ocorreu um óbito por choque hipovolêmico. Em 65% dos pacientes a retirada do dreno ocorreu no quinto dia de pós-operatório. A redrenagem ocorreu em 10% (saída espontânea, hemotórax retido). Nesses a permanência hospitalar excedeu o sétimo dia. **CONCLUSÃO:** A drenagem pleural deve ser realizada de maneira cautelosa e orientada para diminuir as complicações em um paciente já crítico.

P.077 LESÃO TRAQUEOBRÔNQUICA NO TRAUMA DE TÓRAX EM 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA.

RIVABEN JH*, PERLINGEIRO JAG*, BOTTER M*, DORGAN VN*, GONÇALVES R*, SQUEFF F A*, BIZON JA*, LOPEZ JMA*, SAAD RJ*

Instituição: Santa Casa de São Paulo

INTRODUÇÃO: As lesões traqueobrônquicas resultantes do trauma torácico tanto fechado quanto penetrante são raras e muitas vezes fatais. O sucesso no diagnóstico e tratamento dessas lesões exigem alto índice de suspeita. Existem numerosos relatos na literatura, mas na maioria deles a casuística é pequena. A proposta deste estudo é rever nossa experiência com o diagnóstico e tratamento das lesões traqueobrônquicas no trauma torácico nos últimos 15 anos. **OBJETIVO:** Analisar doentes com lesões traqueobrônquicas, vítimas de trauma torácico no período de abril de 1997 a junho de 2006. **MÉTODOS:** O critério de inclusão foi a idade acima de 14 anos, com trauma fechado ou penetrante das vias aéreas. Foram excluídas as lesões iatrogênicas. **RESULTADOS:** Analisamos oito doentes. A lesão foi produzida por ferimento penetrante em seis casos (75%), sendo quatro por projétil de arma de fogo e dois por arma branca. Os dois pacientes restantes foram vítimas de trauma fechado, ambos por atropelamento. Com relação ao quadro clínico, cinco doentes apresentavam enfisema de parede torácica ou mediastino e dois apresentavam saída de ar pelo ferimento. Três pacientes foram admitidos com instabilidade hemodinâmica. O tempo de diagnóstico do trauma variou da admissão até três dias, mas a maioria foi nas primeiras 24 horas. A broncoscopia foi utilizada em cinco doentes e detectou lesão em quatro deles. Nos demais o diagnóstico foi eminentemente clínico-radiológico. O borbulhamento no sistema de drenagem sugestivo de fistula aérea foi observado em cinco casos (62,5%). Todos foram operados, sendo que o tempo decorrido entre o diagnóstico e o procedimento operatório variou de uma hora até trinta dias, mas a maioria nas primeiras 24 horas. Em apenas três foi realizada entubação seletiva. A cervicotomia exploradora foi realizada em dois doentes com lesão de traquéia cervical. A toracotomia foi realizada em seis pacientes, duas à esquerda, três à direita e uma bilateral. O tempo de internação variou de nove dias até 75 dias, dos oito pacientes três evoluíram com complicações menores. Não houve óbitos nessa série. **CONCLUSÃO:** A lesão traqueobrônquica traumática nestes casos pode nos ensinar que um alto grau de suspeita no traumas graves sempre é prudente para se fazer o diagnóstico.

P.078 TUMOR NEUROGÊNICO MEDIASTINAL (SCHWANOMA) EM LOCALIZAÇÃO NÃO HABITUAL.

TEIXEIRA FO*, PERFEITO JAJ*, COSTA JR. AS*, OLIVEIRA A*, RYMKIEWICZ E*, FORTE V*, Instituição: Disciplina de Cirurgia Torácica do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - SP

INTRODUÇÃO: Os Schwannomas (neurileiomas) são neoplasias neurogênicas benignas encapsuladas. Quando no mediastino se originam habitualmente de nervos intercostais, portanto, a sua localização mais freqüente é em mediastino posterior. Tumores primários do nervo vago intratorácico são raros. O objetivo deste trabalho é relatar o achado e um paciente com tumor mediastinal, no qual a sua posição levou à surpresa diagnóstica. **RELATO CLÍNICO:** Paciente de 82 anos, masculino, internado na unidade de neurologia com tetraparesia de caráter ascendente há 10 dias, sendo feito diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barret na avaliação geral foi realizada Radiografia de tórax frente e perfil que mostrou imagem inespecífica arredondada em região mediastinal, para esclarecimento da imagem foi realizada uma Tomografia Computadorizada que evidenciou massa de 6 cm, bem delimitada em localização de mediastino médio a esquerda na janela aorto-pulmonar. Para elucidação o

paciente foi submetido à mediastinoscopia que não forneceu diagnóstico na biópsia de congelação, optou-se por biópsia por cirurgia torácica vídeo assistida no mesmo tempo operatório pela possibilidade de tratar-se de tumor linfonodal, possivelmente sem necessidade de ressecção mas a biópsia de congelação mostrou ser um tumor de tecido nervoso. Como não havia possibilidade de ressecção com segurança nessa localização, foi realizada toracotomia axilar vertical com ressecção de lesão em janela aorto-pulmonar demonstrando plano de clivagem com estruturas mediastinais deixando a impressão de origem no nervo vago sendo nessa região o tumor cuidadosamente dissecado e o nervo preservado. O paciente evoluiu com melhora da tetraparesia a partir do 15 pós-operatório, não podemos definir se a ressecção do tumor influíu nessa melhora ou se a terapêutica medicamentosa foi o fator principal. O estudo anatomopatológico e o estudo imuno-histoquímico confirmaram o diagnóstico de schwanoma. **DISCUSSÃO:** Com o advento da Tomografia Computadorizada, o diagnóstico pré-operatório das massas mediastinais se tornou muito mais seguro, mas surpresas existem, mostrando que ainda há lugar para achados operatórios e desafios diagnósticos na nossa especialidade.

P.079 CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS:DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NAS ICTERICIAS

SANTOS JPV*, FATURETO MC*, FRANCO JA*, MAIA SA*, GRASIOZI MCL*

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO*;

INTRODUÇÃO: O câncer de pulmão é o segundo tipo mais comum de câncer no mundo e o carcinoma de pequenas células representa 20 a 25% das malignidades pulmonares, comumente relacionado ao tabagismo. Esse subtipo histológico é agressivo, com tendência a disseminar-se precocemente para qualquer órgão e 20% dos portadores desse tumor têm síndromes paraneoplásicas ao diagnóstico. Metástases distantes ou extratorácicas surgem em 60% dos casos, sobretudo para linfonodos, comprimindo estruturas e levando ao surgimento de sintomas como disfnia, dispnéia, disfagia, síndrome da veia cava superior e em casos excepcionais, icterícia. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de carcinoma de pequenas células, cujo diagnóstico elucidou-se a partir de investigação de síndrome icterícia. **RELATO DO CASO:** A.D.C., 58 anos, autônomo, pardo, natural e procedente de Perdizes-MG é encaminhado ao Hospital Escola da UFTM devido dor abdominal tipo cólica de forte intensidade em andar superior do abdome há 5 meses. No período, relatava icterícia progressiva, com colúria e hipocolia fecal, além de hiporexia. Negava emagrecimento, etilismo ou patologias prévias com colecistectomia há 3 anos por colelitíase. Tabagista de 1 maço/dia por 50 anos. Ao exame, encontrava-se icterico 3+/4+, sibilante, com massa dolorosa em epigástrico de 8cm de extensão e linfonodos supra claviculares endurecidos e coalescentes. Bilirrubinas de 11,9 com fração direta de 8,5. O RX de tórax viu infiltrado difuso em pulmão direita com alargamento mediastinal. O US abdominal mostrou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, com massa em topografia pancreática. A CT de abdome, mostrou tratar-se de linfonodomegalia periáortica e pericaival. A CT de tórax, além de linfonodos mediastinais aumentados, encontrou nódulo espiculado em lobo médio do pulmão direito. A biópsia do linfonodo supra clavicular confirmou tratar-se de carcinoma indiferenciado de pequenas células cujo tumor primário era pulmonar. O paciente encontra-se em tratamento quimioterápico, apresentando resposta satisfatória. **DISCUSSÃO:** O carcinoma brônquico de pequenas células representa uma neoplasia com alta taxa de malignidade, crescimento rápido e metástases precoces. Os pacientes apresentam-se com emagrecimento, sintomas respiratórios e extensas adenomegalias englobando a neoplasia primária. Rouquidão, paralisia diafragmática e derrame pleural podem estar presentes. Sítios metastáticos mais freqüentes são fígado, adrenais, ossos, cérebro e próprios pulmões. No fígado, metástases de carcinoma de pequenas células surgem em 60% dos casos sendo inicialmente assintomáticas. Aumento do volume do órgão e elevação das transaminases sugerem o diagnóstico, porém icterícia e ascite são eventos bastante infreqüentes. Métodos de imagem como tomografia computadorizada de tórax, abdome e crânio, bem como a ressonância magnética, são imperativos nos diversos protocolos de investigação, sendo úteis na avaliação da extensão da doença. No estadiamento, do ponto-de-vista prático, essa neoplasia é dividida em doença limitada e doença extensa, havendo implicações consideráveis a respeito do tratamento, prognóstico e sobrevida.

P.080 METÁSTASES PULMONARES? TUBERCULOSE? GRANULOMATOSE DE WEGENER

FATURETO MC*, TAVARES MG*, MICHELAN MS*, FERRÃO MHL*, INNOCENTE WRT*, SANTOS JPV*, SILVA BF*, MAIA SA*, RAMALHO ARO*, ETCHEBEHRE RM*

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO - UFTM - UBERABA - MG*

INTRODUÇÃO: A Granulomatose de Wegener (GW) é uma doença idiopática caracterizada por vasculite necrosante com acometimento preferencial das vias aéreas superiores e inferiores, pulmões, além de glomerulonefrite. Não há predileção por sexo, é rara em negros e tem maior prevalência na quinta década de vida. As manifestações clínicas mais comuns são: sinusite, rinorréia, úlceras orais e nasais, poliartralgias, febre, tosse e hemoptise. Muitos destes sinais e sintomas são comuns, a doença subjacente não é suspeitada até o desenvolvimento de sintomas sistêmicos ou o problema inicial é refratário ao tratamento. Seu diagnóstico é feito associando-se as manifestações clínicas, radiológicas (múltiplos nódulos escavados), achados anatomo-patológico - necrose parenquimatosa, vasculite, e inflamação granulomatosa; e laboratoriais, além do anticorpo anticitoplasma de neutrófilos positivo (ANCA), o qual é específico e relativamente sensível. **OBJETIVO:** Relatar um caso de Granulomatose de Wegener (GW) que mimetizava metástases ou focos múltiplos de broncopneumonia. **MÉTODO:** Estudo descritivo do caso clínico baseando-se nos dados levantados do prontuário da paciente. Feminina, branca, 66 anos, referia perda de peso, febre, e "problema no pulmão" havia um ano. Relatava "pneumonias" de repetição em pulmão direito. Há mês fora internada com pneumonia, tivera alguma melhora, mas tinha dispnéia aos mínimos esforços e chiado no peito durante a noite, episódios febris de até 40°C principalmente no período vespertino e associado à sudorese noturna profusa. Referia perda ponderal de 15 Kg no período. Tinha hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2, Chagas digestiva e cardíaca. Negava tabagismo e etilismo. Ao exame físico, havia palidez cutâneo-mucosa, emagrecimento, diminuição do murmúrio vesicular e estertores crepitantes em ápice direito, roncos e sibilos difusos neste hemitórax. A radiografia prévia mostrava massa pulmonar em ápice direito. A TC mostrou massa em LSD, inúmeras consolidações tipo metástases em ambos os pulmões e megaesôfago avançado. A broncofibroscopia foi normal. No lavado broncoalveolar a pesquisa de fungos e micobactérias e a citologia oncológica foram negativas. A biópsia transbrônquica foi inconclusiva. Foi realizada biópsia pulmonar direita, incisional em LSD e excisional de nódulo em LID. O diagnóstico foi de Granulomatose de Wegener pela presença de múltiplos focos de inflamação

crônica granulomatosa, contendo histiócitos epitelióides e esparsas células gigantes, com necrose geográfica central. Focalmente, havia vasos com sinais de vasculite. A pesquisa de fungos e bactérias foi negativa. No seu acompanhamento apresentou FAN Hep 2, ANCAp e ANCAc negativos. Foi indicada pulsoterapia com ciclofosfamida mensalmente. **DISCUSSÃO:** Na GW o comprometimento pulmonar costuma ser multifocal. Há dificuldade em confirmar definitivamente o diagnóstico, sem biópsia cirúrgica. O exame histopatológico é sugestivo de vasculite associado à inflamação crônica granulomatosa. A pesquisa do ANCA geralmente é positiva. Os diagnósticos diferenciais mais frequentes são: tuberculose, doenças fúngicas, sarcoidose e neoplasias. Assim, é fundamental o diagnóstico tecidual e a correlação clínica para adequar o tratamento nesta doença de prognóstico reservado. **CONCLUSÃO:** A GW é uma doença pouco lembrada, e deve ser pensada no diagnóstico diferencial de doenças crônicas que envolvem o pulmão, seja na forma de massa escavada, ou em múltiplas consolidações maiores tipo metástases ou tuberculose.

P.081 FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA BENIGNA ADQUIRIDA

BRITO BB*, AMARAL NF*, ALVES CMS*, VILHENA AF*, RODRIGUES LB*, BARBOSA AP*
INSTITUIÇÃO: HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK; HOSPITAL ODILON BRHRENS; HOSPITAL MADRE TERESA- BELO HORIZONTE - MG*
INTRODUÇÃO: A fistula traqueo-esofágica adquirida, de etiologia benigna, é rara, sendo uma entidade de difícil tratamento. A causa mais comum é a complicação do uso de tubos orotraqueais e de traqueostomias. A grande maioria dos casos é diagnosticada enquanto o doente está em ventilação mecânica. O reparo cirúrgico da fistula traqueo-esofágica apresenta múltiplos desafios. **OBJETIVOS:** Apresentar a rotina do Serviço de Cirurgia Torácica dos hospitais citados no tratamento das fistulas traqueo-esofágicas e descrever o perfil destes pacientes que são encaminhados ao serviço. **MÉTODOS:** Estudo de série de casos, realizado de janeiro de 2000 a dezembro de 2006, em que foram analisados 9 pacientes. **RESULTADOS:** A idade média foi 35,6 anos, sendo 8 do sexo feminino. As doenças de base que levaram a ventilação mecânica prolongada foram: trauma, intoxicação exógena, HIV, AVC e pós-operatório de abdome agudo perforativo. Dois casos não sofreram intubação, sendo a doença de base linfoma cervical em um caso e trauma cervical fechado em outro. Os sinais e sintomas mais comuns que levaram a investigação foram: tosse à deglutição, exteriorização de secreção gástrica pela traqueostomia, pneumonias de repetição e dificuldades ventilatórias. O diagnóstico foi feito através de broncoscopia em todos os casos. O tempo entre o diagnóstico e o dia da cirurgia foi em média de 3,4 meses. A via de acesso utilizada foi a cervicotomia em 6 dos 7 casos submetidos a tratamento cirúrgico. O tratamento utilizado foi a desconexão da fistula com esfago-rafia, rafia da membrana da traquéia e interposição de retalho muscular em 5 casos, sendo acompanhado por laringotraqueoplastia em 1 caso e outro onde após a desconexão da fistula o esfago foi rafiado e a traqueoplastia cervical foi realizada. A nutrição pré-operatória foi feita através de sonda nasointestinal em 5 casos, por jejunostomia em 2 dois e a via oral em 2. **CONCLUSÃO:** A Fistula Traqueo-esofágica é uma entidade rara, cujo tratamento cirúrgico apresenta bons resultados.

PARAGANGLIOMA DE MEDIASTINO, RELATO DE CASO

BARBOSA AHL*, FUSCO EV*, JUNIOR AR*, HAMADA AY*, BACHICHI NC*
Instituição: Complexo Hospitalar do Mandaqui - SP*
 O presente estudo trata-se de um relato de caso, realizado no Complexo Hospitalar do Mandaqui nos meses de maio a junho de 2006. A história clínica do paciente foi importante para constatação dos achados. Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente LR, sexo masculino, 17 anos de idade, iniciaram-se com aumento insidioso dos níveis da pressão arterial sistêmica e cefaléia, durante a investigação foi constatado tumoração em mediastino posterior e aumento de metanefrinas urinárias. Após discussão do caso, obtivemos hipótese de provável paraganglioma mediastinal. Optamos em submeter o paciente a ressecção cirúrgica, onde evoluiu com parada cardíaca no ato operatório, sendo revertida prontamente com as manobras instituídas. Foi necessário nova intervenção cirúrgica no décimo dia pós-operatório por empiema pleural. O resultado do anátomo-patológico confirmou o diagnóstico sugerido inicialmente. Hoje o paciente apresenta-se melhorado, com pressão arterial controlada e sem utilizar medicamentos. Foi feita extensa revisão da literatura e devido à raridade do caso, mostrando a sua relevância científica, frente as dificuldades na condução de casos semelhantes a este, consideramos primordial para orientação de casos futuros.

P.083 CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA À DIREITA COM COLECISTECTOMIA POR TORACOTOMIA: RELATO DE CASO

OLIVEIRA R*, GONÇALVES JJS*, OTA LH*, LEÃO LEV*, FORTE V*
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*
INTRODUÇÃO: Os autores relatam um raro caso de hérnia traumática de diafragma à direita com diagnóstico tardio, há 15 anos atrás, devido colelitise aguda com sintomatologia torácica. **OBJETIVOS:** Relatar este raro evento e discutir a decisão de realizar a colecistectomia no mesmo tempo cirúrgico por toracotomia. Resolvendo as duas doenças, colelitase com colelitite e a hérnia diafragmática. **MÉTODOS:** O paciente do sexo masculino, procedente de Santo André relatou dor torácica e hipocôndrio direito associada a febre e dispepsia. Tratado inúmeras vezes como pneumonia com melhora temporária. Apresentava como antecedentes queda de andaime com politraumatismo há 15 anos. No exame físico de alterado hipertensão arterial e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido em terço inferior de hemitórax direito. Na radiografia de tórax imagem sugestiva de elevação da cúpula frênica direita com espessamento pleural de aspecto seqüelar. A tomografia de tórax com herniação do fígado e rotação do mesmo no sentido anti-horário. **RESULTADOS:** Indicado correção da hérnia diafragmática por toracotomia lateral direita transversa baixa. No intraoperatório observamos no primeiro plano a vesícula biliar repleta de cálculos com sinais de colelitite crônica e ausência de dilatação de via biliar. A tática cirúrgica naquele momento foi realizar a colecistectomia pela mesma via tendo o cuidado de ligar o ducto cístico e posteriormente a retirada da vesícula biliar. A correção da hérnia diafragmática transcorreu sem problemas. O paciente no pós-operatório relatou o desaparecimento dos sintomas torácicos e abdominais matendo-se assim até o momento. **CONCLUSÕES:** A sintomatologia da hérnia diafragmática direita quando o diagnóstico é tardio costuma ser pouco expressiva e neste caso em especial o que fez o paciente procurar ajuda médica tanto tempo depois foi, provavelmente, a colelitite crônica calculosa. A opção de resolver as duas doenças por uma só via de acesso mostrou-se acertada pois no acompanhamento tardio deste paciente continuava assintomático.

P.084 EMPIEMA PLEURAL EM ADULTOS E ADOLESCENTES: PREVALÊNCIA, CAUSAS E TRATAMENTO NOS ÚLTIMOS DOZE ANOS.

NETO JCL*
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE NILTON LINS*
INTRODUÇÃO: O empiema é uma infecção piogênica ou supurativa do espaço pleural. Descrita inicialmente por Hipócrates em 500 AC como uma doença grave, cuja drenagem era o único tratamento adequado. Sua incidência é desconhecida e pode ser causada por diversos fatores dentre os quais, infecções pulmonares, traumas, neoplasias e complicações da tuberculose. Diversas formas de tratamento podem ser efetuadas, porém ainda existe grande controvérsia quanto à melhor delas. **OBJETIVO:** Avaliar os pacientes portadores de empiema pleural, atendidos em dois hospitais da cidade de Manaus com relação às causas, tratamentos efetuados, morbidade e mortalidade. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de pacientes maiores de 12 anos de idade, portadores de empiema pleural, atendidos no período de janeiro de 1995 a janeiro de 2005. Cento e nove prontuários foram analisados. Na análise das associação entre as variáveis, utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, quando não satisfeitos as condições para a aplicação do teste de Pearson, utilizou-se o com correção de Yates. Na comparação das médias de idade foi utilizado o teste T de Student quando os dados encontravam-se normalmente distribuídos ou o teste de Mann-Whitney quando não satisfeita a hipótese de normalidade. **RESULTADOS:** Do total, 98(89,9%) pacientes eram do sexo masculino e 11(10,1%) do sexo feminino gerando uma proporção 8,9 de homens para 1 mulher. A faixa etária com maior envolvimento foi acima de 21 até 40 anos. A causa mais comum de empiema pleural foi ferida por arma branca com 42(43,3%) pacientes. O procedimento cirúrgico mais utilizado foi a drenagem pleural fechada em 50(47,6%) pacientes seguida de toracocentese 30(28,6%). O tipo de complicação mais encontrada foi encarceramento pulmonar com 8(26,7%) pacientes. Quatro pacientes(3,7%) evoluíram para óbito. **CONCLUSÃO:** A maior prevalência da enfermidade está relacionado ao sexo masculino e adulto jovem. A violência urbana, caracterizada por ferimento com arma branca, foi a principal causa de empiema pleural.

P.085 TUBERCULOSE PLEUROMEDIASTINAL EM JOVEM NÃO-HIV

FATURETO MC*, TAVARES MG*, FERRÃO MHL*, MICHELAN MS*, INNOCENTE WRT*, SANTOS JPV*, SILVA BF*, MAIA SA*, RAMALHO ARO*, ETCHEBEBHERE RM*
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO - UFTM - UBERABA - MG*
INTRODUÇÃO: A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo Mycobacterium tuberculosis e representa considerável morbi-mortalidade no adulto. Tem longo período de incubação, preferência pelo acometimento pulmonar e resposta granulomatosa associada à intensa inflamação e lesão tissular. A transmissão ocorre através da aerossolização das secreções respiratórias. A sintomatologia clássica envolve tosse crônica inicialmente seca que evolui para produtiva e hemoptóica, febre geralmente vespertina, sudorese noturna, mal-estar, perda ponderal, dor torácica não-pleurítica. O diagnóstico é feito pela radiografia de tórax, esfregaços e culturas de escarro (padrão-ouro), análise histopatológica de tecidos acometidos (extrapulmonar), ou à análise de derrames mesoteliais. Eventualmente, o diagnóstico é estabelecido com base nos sintomas, achados radiográficos e resposta ao tratamento empírico. **OBJETIVO:** Relatar um caso de TB pleural e envolvimento mediastinal maciço. **MÉTODO:** Estudo descritivo do caso clínico baseando-se nos dados levantados do prontuário da paciente, MRL, 22 anos, feminino, negra. Referia febre havia 30 dias, tosse inicialmente seca que evoluiu com expectoração amarelada, dor em hemitórax direito, perda ponderal de 5 Kg neste período. Internada para tratamento de pneumonia, sem resposta a tratamento antimicrobiano. Ao exame físico apresentava murmúrio vesicular diminuído e maciez à direita. O RX mostrou derrame pleural direito. Realizou-se toracocentese de 1000ml de líquido amarelo-citrino, com 98% de linfócitos; proteínas 5,3. Após duas toracocenteses e biópsia de pleura inconclusivas, a paciente piorou mantendo febre elevada e níveis hidroaéreos no RX. A TC sugeriu empiema pleural direito, pneumônia e linfonodomegalia mediastinal difusa. Foi submetida à descorticação pulmonar direita por encarceramento pulmonar - provável TB e infecção secundária. Encontramos granulomas difusos infiltrando a fáscia endotorácica e difusamente em todo o mediastino. A AP mostrou granulomas com padrão tuberculóide associados a raras micobactérias, compatível com TB na bolsa encarceradora e em linfonodos mediastinais. A pesquisa de HIV foi negativa. A paciente recebeu alta hospitalar em uso de esquema RIP. **DISCUSSÃO:** Apesar de um quadro típico de tuberculose pleuropulmonar em jovem, o tratamento inicial foi direcionado a uma pneumonia da comunidade, que não respondeu a vários esquemas antibióticos em três semanas. O líquido pleural sugeriu TB, a biópsia pleural não foi conclusiva. Após estas manipulações pleurais houve piora clínica e radiológica, sugerindo infecção secundária - empiema multisseptado. Assim foi indicada a descorticação pulmonar. Os achados foram de uma disseminação mediastinal severa e a infiltração da fáscia endotorácica de modo pouco usual. O diagnóstico de TB envolvendo o mediastino e a bolsa empiemática foram confirmados pelo exame histopatológico, parecendo haver pouca carga bacteriana e severa reação granulomatosa tuberculóide. **CONCLUSÃO:** É apresentado um caso de TB pleuromediastinal em jovem não HIV, com grande "agressividade" para a parede torácica e mediastino, sendo necessária a descorticação pulmonar diagnóstica e terapêutica.

P.086 FÍSTULA TRAQUEO-INOMINADA - COMPLICAÇÃO RARA E FREQUENTEMENTE FATAL PÓS-TRAQUEOSTOMIA

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, FERRAZ PEC*, LUSTOSA RJC*, LUSTOSA ES*, ARAÚJO JF*, MIRANDA AL*
INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA DO TRAUMA E TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - RECIFE - PE*
INTRODUÇÃO: Fistula entre a artéria inominada e a traquéia é uma possível e catastrófica complicação após a traqueostomia. O aparecimento repentino de hemoptise maciça e exsanguinante denotam a possibilidade dessa complicação e íntima a necessidade de iniciar manobras de ressuscitação, estabilização e reparo de maneira "in extremis". **OBJETIVOS:** Demonstrar uma rara lesão tardia provocada pelo atrito do traqueostomo com a artéria inominada. **MÉTODO:** Relato de dois casos e revisão da literatura. **RESULTADOS:** Caso 1: Paciente politraumatizado do sexo masculino, 21 anos. Atendido na emergência e encaminhado para UTI após correções cirúrgicas em abdome e crânio. No trigésimo segundo dia de permanência na UTI (vigésimo segundo dia de pós-traqueostomia) apresenta sangramento vultuoso por cânula traqueal. Recebe suporte avançado de vida e apresenta parada cardiorrespiratória. Reanimação sem sucesso. Encaminhado ao SVO (Sistema de Verificação de Óbitos) que observou lesão de 1,5cm em artéria inominada provocada por escara (úlcer de pressão). Caso 2: Paciente

do sexo feminino, 59 anos, admitida na UTI com o diagnóstico de infarto cerebelar. Paciente gravemente enferma permanece em terapia intensiva com ajuda de suporte hemodinâmico e ventilatório. Traqueostomia realizada sem intercorrências. No décimo dia de pós acesso cirúrgico de via aérea apresenta hemoptise maciça. Realizada manobra de compressão com insuflação do balão com melhora momentânea. Apresenta parada cardiorrespiratória por hipóxia. Observação realizada em próprio leito de UTI e identificada lesão na face anterior da artéria inominada. **CONCLUSÃO:** A lesão da artéria inominada é rara, mas deve ser aventada nos casos de sangramento pelo traqueostomo.

P.087 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO: ASMA!

FATURETO MC*, FERRÃO MHL*, INNOCENTE WRT*, MICHELIN MS*, MAIA SA*, RIBEIRO KA*, SANTOS JPV*, SILVA BF*, TAVARES MG*

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM - Uberaba - MG*

INTRODUÇÃO: O Pneumomediastino está relacionado à dissecação pelo ar ao longo dos brônquios e vasos pulmonares até o mediastino. **OBJETIVO:** Relatar caso clínico de pneumomediastino espontâneo em crise de asma. **MÉTODOS:** Estudo descritivo de caso clínico baseado em levantamento de dados do prontuário do paciente. **RESULTADOS:** T.H.C.P, masculino, 21 anos, foi admitido com dor torácica súbita, tipo pontada, dispnéia, aumento do volume do pescoço, disfagia e rouquidão. Previamente hígido referia apenas asma na infância. No exame apresentava-se em bom estado geral, afebril, acianótico, com enfisema subcutâneo cervical, supra-clavicular e axilar. A ausculta pulmonar evidenciava murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, com sibilos difusos e FR = 24ipm. Ritmo cardíaco regular a dois tempos FC = 120bpm e PA = 110x70mmHg. Ao raioX evidenciou-se pneumomediastino e enfisema subcutâneo. À C.T observou-se ar periesofágico, periaórtico e ao redor dos vasos da base até o pescoço. Foi diagnosticado pneumomediastino espontâneo resultante da crise de asma. O paciente foi tratado com B2 agonista inalatório e corticoterapia endovenosa devido à persistência do broncoespasmo, analgesia e oxigenoterapia. **CONCLUSÃO:** O pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara, estando relacionada à obstrução de vias aéreas (asma, tumor); ventilação mecânica; vômitos; esforços (manobra de valsalva); drogas inaladas (cocaína, crack); ruptura de estruturas do mediastino (esôfago, traquéia). A dor torácica súbita (sinal mais comum), dispnéia, disfagia, rouquidão, odinofagia e enfisema subcutâneo caracterizam a síndrome. Pode-se notar o sinal de HAMMAN (presença de crepitações sincronizadas com batimentos cardíacos à ausculta), é altamente sugestivo do quadro, mas está presente em menos da metade dos casos. Relaciona-se com hiperinsuflação pulmonar dinâmica, distensão e ruptura dos alvéolos terminais pelo ar, que diseca a bainha broncovascular até o mediastino, expande-se pelos tecidos moles e pode propagar-se para região cervical e tecido subcutâneo da parede torácica. O diagnóstico é feito pelo raio X, ou CT de tórax. O tratamento se baseia no repouso, oxigenoterapia, β_2 agonista e analgesia. A evolução é favorável com resolução em cerca de 2-7 dias e com poucas recidivas.

P.088 ABORDAGEM RADIOTERÁPICA DE RECIDIVA DE TUMOR ADENÓIDE CÍSTICO: RELATO DE CASO

STERSE CA*, SILVA MP*, SUZUKI I*, DIAS RS*, PERFEITO JAJ*, FORTE V*

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os tumores adenóide císticos são bastante raros e mais frequentemente encontrados nas glândulas salivares e traquéia, na qual acometem geralmente a parte inferior ou os brônquios principais. Seu curso é longo e muitas vezes imprevisível, sendo o tratamento, preferencialmente, cirúrgico. **OBJETIVO:** Este relato de caso visa analisar o comportamento indolente desta neoplasia em uma difícil localização e suas implicações diagnósticas e terapêuticas, abordando também as dificuldades ao se optar por um tratamento definitivo. **MÉTODO:** Revisamos o prontuário e os exames de um doente com recidiva de tumor adenóide cístico após dez anos de pneumonectomia e abandono do acompanhamento. **RESULTADOS:** Paciente com 49 anos, com história de dispnéia, inicialmente aos grandes esforços e atualmente até mesmo para falar, com estridor há 6 meses. Estava cianótico, e taquidispneico. Havia sido submetido à pneumonectomia direita por tumor há 10 anos sem acompanhamento posterior. Feito radiograma de tórax que revelou um grande desvio da traquéia para o lado direito. A investigação prosseguiu com a realização de uma Tomografia Computadorizada de Tórax revelando desvio das estruturas mediastinais para a direita, além de espessamento da região da carina na parede anterior. Realizada broncoscopia que mostrava obstrução do brônquio principal esquerdo em mais de 80% do lúmen por uma lesão infiltrativa da parede medial da traquéia junto à carina, não permitindo a passagem do aparelho. Realizada biópsia endoscópica que confirmou o diagnóstico de recidiva de tumor adenóide cístico. Após discussão, concluiu-se que não havia a possibilidade de nova ressecção operatória, pela extensão da lesão e potamos pela. Após o final do tratamento o paciente apresentou melhora dos sintomas. Realizada nova broncoscopia que mostrou redução significativa da lesão tumoral, ocupando 30% do lúmen do brônquio principal e se estendendo por 1 a 2cm pela parede medial. Após um ano do término da radioterapia, o paciente encontra-se estável e assintomático, tendo realizado nova avaliação broncoscópica, sem crescimento significativo. **CONCLUSÃO:** O tratamento radioterápico apesar da pouca expectativa da literatura, foi eficaz para o controle paliativo, a curto prazo da lesão, com poucos efeitos colaterais e melhora substancial da qualidade de vida do doente.

P.089 METÁSTASE PULMONAR EM CARCINOMA BASOCELULAR CUTÂNEO

RIVABEN JH*, FARIA RA*, BIZON JA*, GERACE ES*, MONTANO JC*, JORGE D*, BERNARDI FDC*, BOTTER M*, GONÇALVES R*, DORGAN VN*, SAAD JR. R*

Instituição: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Carcinoma baso celular é o carcinoma de pele mais comum em seres humanos, acometendo cerca de 20% em homens e 10 a 15% em mulheres. Aproximadamente 75 a 86% dos carcinomas baso celulares primários são na cabeça e pescoço. A frequência de disseminação metastática é baixa. O intervalo de tempo entre o aparecimento do tumor primário e a metástase é de cerca de 10 anos. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 60 anos, branco, com quadro de lesão vegetante, úmida de 02 centímetros de diâmetro e plana em região de manúbrio esternal de aparecimento há 04 anos, com crescimento lento. Realizado biópsia local em agosto de 2005, tendo como resultado carcinoma baso celular. A partir de julho de 2005 apresentou crescimento rápido, medindo cerca de 08 centímetros de diâmetro e 03 centímetros de altura. Como sintoma apresentava prurido local. Radiografia de tórax evidenciou presença de múltiplas nódulos pulmonares bilaterais. Encaminhado a Cirurgia Torácica por lesão vegetante, sendo realizado nodulectomia pulmonar, com anátomo patológico de metástase de carcinoma baso celular. Em fevereiro de 2006 foi realizado ressecção do tumor pela Cirurgia Plástica. Cirurgia Torácica realizou metastasectomia pulmonar bilateral em maio de 2006, sendo ressecadas cinco lesões no total. Doente encaminhado

a Oncologia Clínica, realizado radioterapia e quimioterapia e seguindo com boa evolução. **COMENTÁRIOS:** Carcinoma baso celular é uma neoplasia de pele comum. Possui crescimento lento com agressividade local que raramente produz metástase. Metástase pulmonares nestes casos ocorrem em cerca de 0,03%. O tratamento realizado é a ressecção cirúrgica do tumor primário e da metástase, seguida de radioterapia e/ou quimioterapia (segunda escolha).

P.090 TIMO CARCINOMA

RIVABEN JH*, GONÇALVES R*, BIZON JA*, FARIA RA*, MAMPRIN GPR*, LOURENÇO MVF*, GOUVEA ES*, BOTTER M*, GERACE ES*, DORGAN VN*, SAAD JR. R*

Instituição: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Timo carcinomas são tumores raros e tem sido relatados como responsáveis por somente 0,06% de todas as neoplasias do timo. São tipicamente invasivos, com um alto risco de recidiva local que frequentemente levam ao óbito. **CASO CLÍNICO:** Paciente feminina, 40 anos, portadora de púrpura trombocitopênica idiopática, evoluindo com quadro de tumor mediastinal anterior bilateral, com síndrome de veia cava superior, sendo submetida a biópsia incisional por mediastinotomia que foi diagnosticado como perfil imunohistoquímico compatível com carcinoma indiferenciado tímico. A doente foi submetida a radioterapia e quimioterapia com importante regressão, restando tumor para-traqueal direito. Foi submetida a esternotomia mediana total, sendo identificado tumor medindo cerca de 3 x 4 centímetros aderida a pericárdio, lobo superior direito e veia cava superior. Este tumor foi totalmente ressecado. Após este procedimento a doente foi novamente encaminhada a quimioterapia. **CONCLUSÃO:** Quando tecnicamente possível, o tratamento é realizado com completa ressecção cirúrgica e nestes casos tem melhor resultado a longo prazo. Estruturas envolvidas ressecáveis devem ser removidas em bloco com o tumor. A taxa de sobrevivência é maior que 85% em cinco anos nos casos em que o tumor é totalmente ressecado; sobrevivência média entre pacientes com tumores incompletamente ressecados é de 12 a 36 meses.

P.091 ASSOCIAÇÃO ENTRE REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE TARDIA E ANTIGENOS DE CRIPTOCOCOS EM PACIENTES ASMÁTICOS, SÃO LUIS - MA

PEREIRA NETO JA*, NÓBREGA EM*, SÁ LLC*, RIBEIRO LFF*, CAPOTE PTF*,

MONTE MC*, CUTRIM ES*, WALLIM VO*

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO*

INTRODUÇÃO: Os fungos do gênero *Cryptococcus* são sapróbios de distribuição universal, filamentosos e produzem esporos encontrados na atmosfera durante todas as estações do ano. O *Cryptococcus* pode ser encontrado com grande facilidade no solo, em vegetais ou qualquer outra matéria orgânica em decomposição aeróbia, o que explica a fácil propagação de seus conídios pelas correntes aéreas. **OBJETIVOS:** Avaliar a reação de hipersensibilidade tardia aos antígenos do fungo *Cryptococcus* por meio de teste cutâneo e determinar os fatores associados à reatividade ao teste. **MÉTODOS:** Estudo analítico prospectivo realizado no período de março a junho de 2004 no programa de Assistência ao paciente Asmático (PAPA) em São Luís-MA do Hospital Universitário Presidente Dutra, objetivando avaliar a reação de hipersensibilidade tardia aos antígenos do fungo *Cryptococcus* por meio de teste cutâneo e determinar os fatores associados à reatividade ao teste. A amostra foi composta de 47 pacientes asmáticos. **RESULTADOS:** A faixa etária predominante foi dos 31 aos 40 anos (36,2%), com média de idade de 44,61 anos. O sexo predominante foi o feminino (70,2%). O início da sintomatologia asmática foi iniciado predominantemente na faixa etária de 0 a 6 anos na maioria dos indivíduos (57,4%). A história de atopia familiar foi observada em 63,8% dos pacientes. Quanto à classificação da asma, observou-se que 48,9% dos indivíduos apresentaram asma moderada e 10,6% asma grave. A frequência de positividade ao teste cutâneo foi de 23,4%. As variáveis que apresentaram significância na análise univariada foram o sexo masculino ($p = 0,04$), fator desencadeante frio/umidade ($p = 0,07$), época chuvosa ($p = 0,10$) e história de atopia familiar ($p = 0,14$) e sintomas rinossinais periódicos ($p = 0,16$). Na análise multivariada, foi considerado fator de risco associado a reatividade ao teste cutâneo o sexo masculino (OR=4,2 IC-1,15-27,9). **CONCLUSÃO:** O fato do paciente não apresentar como fator agravante o frio e umidade foi um fator protetor para não reatividade ao teste cutâneo (OR=0,26 IC-0,06-0,71). A classificação da asma não mostrou significância estatística no modelo final.

P.092 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ACALASIA VIGOROSA DO ESÔFAGO INFERIOR E MÉDIO ASSOCIADA A HÉRNIA HIATAL: RELATO DE CASO

NUNES RA*, SAITO EA*, HIGA C*, LEME EMO*, GUERREIRO C*, DIEGUES PH*,

Instituição: DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO*

INTRODUÇÃO: É rara a associação entre um distúrbio motor esofágico e a hérnia hiatal, principalmente quando a transição entre a zona dilatada e a zona espástica se encontra na região do terço médio torácico. É apresentado um caso em que houve a evolução de um esôfago em "quebra nozes" para acalasia vigorosa, tratado por toracotomia esquerda. **OBJETIVO:** Exemplificar, através de um caso clínico a evolução do esôfago em "quebra nozes" para acalasia vigorosa em rara concomitância com uma hérnia hiatal por deslizamento. Demonstrar também a adequação da via torácica para o tratamento. **MÉTODO:** Paciente feminina de 64 anos há 7 anos iniciou disfagia ocasional, sem pirose. Tinha apenas um antecedente de tireoidite de Hashimoto tratada com reposição hormonal. O exame físico era normal. Em 2004 realizou uma endoscopia digestiva que demonstrou hérnia hiatal por deslizamento sem esofagite. Uma Esofagomanometria realizada à época revelou um distúrbio motor com ondas anormais no corpo esofágico e amplitude maior que 300 mmHg, sugerindo o diagnóstico de esôfago "em quebra-nozes". Não havia alteração no esfíncter esofágico inferior (EEI). Nos últimos dois anos notou piora progressiva da disfagia que passou a impedi-la de alimentar-se com sólidos. Uma tomografia computadorizada contrastada revelou dilatação esofágica proximal até a região carinal onde iniciava-se um espessamento da camada muscular esofágica. Nova endoscopia foi inalterada. Outra Esofagomanometria mostrou ondas aperistálticas do corpo esofágico a todas as deglutições e contrações simultâneas, não propulsivas de amplitude média distal de 78 mm Hg. O EEI tinha pressão média de repouso normal e 25% de seus relaxamentos eram incompletos. A pHmetria esofágica de 24 horas não evidenciou refluxo. A conclusão foi de acalasia vigorosa em fase inicial. Foi submetida então a toracotomia esquerda, esofagotomia ampla desde o esfíncter esofágico inferior até o arco aórtico, fundoplicatura parcial pela técnica de Dor e hiatorrafia. **RESULTADOS:** O pós-operatório transcorreu sem anormalidades e o alívio da disfagia foi imediato. Houve um breve período de pirose que desapareceu com omeprazol. No momento encontra-se assintomática e em fase final de retirada do omeprazol. **CONCLUSÃO:** O distúrbio motor esofágico não constitui uma patologia estática mas evolutiva. No presente caso uma Esofagotomia extensa foi necessária para aliviar a disfagia, independente da presença da hérnia hiatal, cujo tratamento pode ser feito em concomitância pela via torácica.

P.093 QUILOTÓRAX ESPONTÂNEO IDIOPÁTICO EM CRIANÇA.

MATHEUS RS*, YAEKASHI ML*, RODRIGUES OR*, MACIEL KL*, SCHMIDT JR. AF*
 INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PINHO MELO DA UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES - UMC - MOGI DAS CRUZES - SP*
 INTRODUÇÃO: O quilotórax espontâneo idiopático é uma afecção não relatada previamente em crianças. Trata-se de uma afecção potencialmente fatal, rara em adultos e freqüente apenas em neonatos. OBJETIVO: Relatar o evento inédito de quilotórax em criança. MÉTODOS: Análise do caso e revisão da literatura. CONCLUSÃO: Após a impossibilidade de resolução por meio de medidas clínicas, houve eficácia com o tratamento operatório com abordagem direta do local da fistula.

P.094 HEMIPARESIA FRÊNICA DIREITA NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO PEDIÁTRICO

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, LUSTOSA RJC*, LUSTOSA ES*, ARAÚJO JF*, FERRAZ PEC*, LACERDA CM*
 Instituição: Serviço de Cirurgia Geral e Transplante Hepático do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco - UPE - Recife - PE*
 INTRODUÇÃO: Complicações pulmonares ocorrem com muita freqüência em receptores pediátricos de transplante hepático: derrame, atelectasia e infecção. A paralisia do hemidiafragma direito apresenta uma incidência que varia de 30 a 79% e pode ter um impacto negativo na evolução pós-operatória da criança transplantada de fígado. OBJETIVOS: Descrever a paralisia frênica à direita em receptores pediátricos de transplante hepático. MÉTODOS: Avaliação retrospectiva de trinta e um transplantes pediátricos realizados entre setembro de 1999 a junho de 2006. RESULTADOS: Das trinta e uma crianças submetidas ao transplante (um retransplante) apenas oito apresentaram elevação da cúpula frênica direita. Sete eram do sexo feminino. Apenas em dois a técnica foi com preservação da veia cava inferior (piggyback). Em todos ocorreu associação da elevação da cúpula frênica, derrame e atelectasia. Apenas em dois casos a ventilação mecânica permaneceu por mais de quatro dias. O Rx de tórax revelou em todos a elevação diafragmática e nos três últimos o USG confirmou o déficit na mobilidade da respiração. A fisioterapia agressiva foi a única modalidade terapêutica. CONCLUSÃO: A lesão do nervo frênico à direita que ocorre no intraoperatório deve ser evitada pelo cirurgião transplantador pelo possível aumento das complicações respiratórias e na mortalidade em receptores pediátricos de transplante hepático.

P.095 PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A BRONCOSCÓPIA FLEXÍVEL NO HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE

ALVES CMS*, AMARAL NF*, VILHENA AF*, RODRIGUES LB*, BRITO BBA*, BARBOSA AP*
 INSTITUIÇÃO: HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - MG*
 INTRODUÇÃO: A fibrobroncoscopia propedéutica é um procedimento realizado rotineiramente no Serviço de Cirurgia Torácica e Endoscopia Respiratória do Hospital Júlia Kubitschke. Cuidamos para que o paciente receba um atendimento adequado, possa retornar ao domicílio ou leito hospitalar o mais breve possível e com o menor impacto deixado pelo exame. OBJETIVO: Analisamos os dados de 100 pacientes submetidos a fibrobroncoscopia propedéutica visando traçar seu perfil através da coleta e posterior análise dos dados. MÉTODO: Cadastramos cem pacientes recebidos para o exame anotando dados que incluem: idade, sexo, doenças associadas, saturação não invasiva em 5 momentos distintos (inicial, após a colocação de oxigênio suplementar por cateter, final com e sem suplementação de oxigênio e no momento de maior queda durante o procedimento) e tipo de sedação utilizada. RESULTADOS: Encontramos 65% de homens e idade média de 54 anos. A hipertensão arterial foi a doença mais presente em associação (24%). A saturação inicial média sem suplementação de oxigênio foi 93,8% e, após a colocação de oxigênio, subiu para 98%. Houve queda da saturação durante o procedimento na grande maioria dos pacientes variando de 1 a 40 pontos, sendo que na média a queda foi de 7,5. A diferença média entre a saturação inicial e final sem oxigênio foi 1,8 pontos. CONCLUSÃO: É muito importante conhecer o perfil dos pacientes submetidos a fibrobroncoscopia para que possamos traçar rotinas e metas que visem melhorar a qualidade do atendimento em todas as etapas e minimizar complicações.

P.096 CRIAÇÃO DE MODELO EXPERIMENTAL PARA ESTUDO DA ESTENOSE LONGITUDINAL EM CÃES

VAIDERGORN J*, GOMES PO*, FAGUNDES DJ*, MACHADO AL*, JULIANO Y*
 NOVO NF*, FERREIRA RG*, ROXO AF*
 INSTITUIÇÃO: UNISA E UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*
 INTRODUÇÃO: A estenose traqueal é uma consequência de diversas formas de apresentações devido à suas distintas etiologias. Ela pode ocorrer por fatores congênitos ou adquiridos. A ressecção traqueal é um dos métodos mais utilizados para a solução dessa sequela, desde que a estenose não exija a ressecção de grande parte do órgão. OBJETIVO: No intuito de propor um novo método para a melhoria do estudo da estenose traqueal extensa, realizamos esse experimento. MÉTODOS: Foram operados 20 cães, distribuídos em 2 grupos. No grupo A foi realizada uma traqueoestenose longitudinal e o animal foi eutanasiado aos 21 dias de pós-operatório. No grupo B o período da eutanásia ocorreu no 42º dia. RESULTADOS: Foram feitos exames hematológicos, medidas dos diâmetros traqueais e pesagens antes e após as operações. Os resultados mostraram que o peso decresceu significativamente no grupo B e que o excesso de bases foi maior no período da eutanásia no grupo A. Também mostrou-se que os diâmetros externos e internos látero-lateral e dorso-ventral decresceram em todos os grupos. Já, para os diâmetros internos dorso-ventral ocorreu uma diminuição significativa nos grupos A e B. CONCLUSÃO: O modelo de traqueoestenose longitudinal foi consagrado. Poderá ser empregado posteriormente no intuito de auxiliar no tratamento dessa complicação e que será preciso portanto mais pesquisas.

P.097 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA: RELATO DE 2 CASOS E REVISÃO DE LITERATURA

MONTESI J*, ALMEIDA EP*, VIEIRA JP*, ABREU MM*, SILVA VC*, BOLOGNANI CED*, SOUZA RLP*, MONTESSI OVD*
 INSTITUIÇÃO: HOSPITAL MONTE SINAI; ASCOMCER; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO JUIZ DE FORA - UFJF - JUIZ DE FORA - MG*
 INTRODUÇÃO: O tumor fibroso solitário da pleura (TFSP), também conhecido como tumor gigante da pleura ou mesotelioma benigno, é raro, representando menos de 5% das neoplasias

pleurais, numa incidência estimada de 28 casos por milhão. A maior incidência é entre 40 e 70 anos de idade. Os pacientes geralmente são assintomáticos, sendo o diagnóstico, achado radiológico incidental de radiografia de tórax. O método de imagem mais importante para o diagnóstico é o RX de tórax. A TC e a RNM são importantes para avaliar a relação do tumor com estruturas vizinhas e a sua ressecabilidade. O diagnóstico é obtido por exame anátomo-patológico do produto da ressecção cirúrgica. OBJETIVO: Apresentar dois casos raros de TFSP. RELATO DE CASO: Paciente 1: Paciente feminino, 55 anos, branca, não tabagista, não etilista. Há 8 meses com astenia, hiporexia e perda ponderal, sem história de dor, tosse ou dispnéia. Paciente 2: Paciente masculino, 66 anos, ex-tabagista há 30 anos, não etilista. Portador de HAS e DM 2. Apresentava dispnéia aos grandes esforços e tosse há 2 meses. O RX de tórax de ambos pacientes evidenciou imagem de hipotransparência nos dois terços inferiores do campo pleuro-pulmonar esquerdo. Na TC de tórax de ambos foi evidenciado imagem tumoral sólida de contornos irregulares e conteúdo heterogêneo em hemitórax esquerdo. No paciente 1 realizou-se punção por agulha fina, que sugeriu a hipótese de pseudotumor inflamatório. No paciente 2, foi aventada a hipótese de neurofibroma mediastinal em virtude da presença de nódulos subcutâneos, associada a manchas café com leite na pele. Em ambos, realizou-se toracotomia pótero-lateral esquerda, com ressecção de tumor aderido por pedículo à pleura parietal, sendo 1243g o peso tumoral do paciente 1 e 3450g, do paciente 2. O resultado anátomo-patológico das lesões apresentou padrão morfológico de tumor fibroso solitário da pleura. CONCLUSÃO: O TFSP é uma entidade rara que pode ser confundida com doença infecciosa, neoplasia maligna, neoplasia benigna pulmonar ou extrapulmonar. O diagnóstico é estabelecido por exame anátomo-patológico. A ressecção cirúrgica é curativa na grande maioria dos casos, podendo ocorrer recidiva tumoral décadas futuras.

P.098 ESTENOSE TRAQUEAL E FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA GIGANTE

BARBOSA GDV*, LIMA AG*, MUSSI RK*, ROCHA ERF*, SANTOS JG*, SANTOS NA*, SEABRA JCT*, TORO IFC*
 INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - CAMPINAS - SP*
 INTRODUÇÃO: As estenoses traqueais associadas às fístulas traqueo-esofágicas são lesões raras e graves decorrentes sobretudo de intubação. OBJETIVO: Relatar um caso de estenose traqueal e fístula traqueo-esofágica submetido a correção cirúrgica. CASO M.W.A.S., 17 anos, homem, com sepsis abdominal secundária a úlcera péptica perforada. Devido à intubação prolongada, à traqueostomia e ao uso de sonda nasogástrica, teve estenose traqueal e fístula traqueo-esofágica. Com desnutrição grave, atrofia muscular severa e restrito ao leite, não deglutiou a saliva, não falava e nem respirava com a traqueostomia ocluída. À broncoscopia, estenose traqueal subglótica completa, abaixo da qual havia uma fistula entre a traquéia e o esôfago de 5 cm. Internado por 3 meses para reabilitação nutricional e motora pré-operatória. Realizada cervicotomia anterior, ressecados os anéis traqueais envolvidos pela fistula, suturada a parede esofágica em plano único, desobstruída a área da estenose subglótica. Colocada prótese de Montgomery com seu ramo proximal atravessando e moldando a área estenosada e seu ramo externo saindo pela porção anterior da anastomose dos cotos traqueais proximal e distal. Interposta a musculatura adjacente entre o esôfago e a traquéia, servindo como coxim protetor das linhas de sutura presentes nesses dois órgãos. Houve boa evolução pós-operatória, após um ano de cirurgia alimenta-se por boca, submete-se a dilatações esofágicas periódicas, recuperou o estado nutricional e permanece com a prótese traqueal sem dificuldade respiratória. DISCUSSÃO: A ocorrência simultânea de estenose traqueal e fístula traqueo-esofágica é relativamente rara. A pressão do balonete das cânulas e tubos traqueais, o tempo de canulação, infecção respiratória e esofágica, hipotensão, uso de corticóides, sonda nasogástrica e diabetes mellitus insulino dependente são fatores de risco. Idealmente, devem ser evitadas as ressecções extensas da traquéia. Preconiza-se a sutura primária do esôfago, sempre interpondo músculos adjacentes para separar as vias aérea e digestiva. Não deve haver infecção e distúrbio metabólico prévios. CONCLUSÃO: Apesar de rara, a associação de estenose traqueal e fístula traqueo-esofágica é potencialmente letal e deve ser tratada com a união de medidas clínicas e cirúrgicas.

P.099 FÍSTULA BILIO-PLEURO-BRÔNQUICA PÓS-HEPATOJEJUNOSTOMIA A HEPP-COIJNAD

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, LUSTOSA ES*, ARAÚJO JF*, FERRAZ PEC*, LUSTOSA RJC*, LACERDA CM*
 INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - RECIFE - PE*
 INTRODUÇÃO: Fístulas bilio-torácica, bilio-pleural ou bilio-brônquica são raramente observadas em pacientes com icterícia obstrutiva de origem maligna. O seu aparecimento após trauma hepático severo com ou sem lesão diafragmática pode ocorrer eventualmente (principalmente quando evoluem com abscesso). Como complicação da hidatidose já é bem conhecida. A expulsão da bile pela via aérea (tosse - bilipitise) é patognomônica da comunicação bilio-pulmonar. O coletórea pode ou não ocorrer, mas a sua presença denota pior prognóstico. OBJETIVOS: Demonstrar o aparecimento no pós-operatório tardio. MÉTODOS: Relato de caso. RESULTADOS: Paciente do sexo masculino, 61 anos, vendedor ambulante, natural e procedente do Recife. Procura o Serviço de Cirurgia Geral e Transplante Hepático do Hospital Universitário Oswaldo Cruz por aparecimento de icterícia há três meses. Após avaliação ambulatorial (clínica, laboratorial e radiológica) é submetido hepatojejunostomia do tipo Hepp-Couinad (colangiocarcinoma hilar). Evolui com melhora progressiva e recebe alta no sétimo dia de pós-operatório. No décimo quinto dia de pós-operatório retorna ao serviço icterico e com bilipitise. Realizado exames de rotina. No Rx de tórax foi observado derrame pleural e nível hidro-aéreo subfrênico direito. Realizada punção percutânea e injetado contraste que identificou cavidade pleural, árvore biliar e brônquica. Apesar do manejo agressivo com drenagem torácica e biliar, antibioticoterapia e controle hemometabólico, o paciente faleceu por tromboembolismo pulmonar. CONCLUSÃO: Apesar da ocorrência incomum da fístula bilio-pleuro-brônquica a severidade da doença e a alta mortalidade perioperatória sugere que a abordagem bipolar (biliar e pulmonar-pleural) deve ser realizada o mais precoce possível.

P.100 HERNIAÇÃO COLÔNICA TRANSHIATAL ISOLADA PÓS-ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL EM PACIENTE COM MEGAESÓFAGO

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, ARAÚJO JF*, FERRAZ PEC*, LUSTOSA RJC*, LUSTOSA ES*, LACERDA CM*
 INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - RECIFE - PE*
 INTRODUÇÃO: Herniação isolada do cólon através de defeitos congênitos ou traumáticos

está bem documentada. No entanto, a insinuação pela ferida diafragmática hiatal diminuta e cerclada pós-cirurgia esofágica não é descrita. **OBJETIVO:** Descrever complicação não-usual pós-esofagectomia subtotal: herniação transhiatal isolada do cólon transverso. **MÉTODO:** Relato de caso. **RESULTADOS:** Paciente do sexo masculino, 57 anos, agricultor, natural e procedente de Serra Talhada, PE. Encaminhado ao Serviço de Cirurgia Geral e Transplante Hepático do Hospital Universitário Oswaldo Cruz por disfagia e emagrecimento. Na investigação clínica a esofagopatia chagásica foi confirmada. O tratamento cirúrgico proposto e efetuado foi a esofagectomia transhiatal com esofagogastroanastomose cervical (megaesôfago grau IV). Procedimento cirúrgico ocorreu sem alterações. No quarto dia de pós-operatório apresentou desconforto respiratório necessitando de assistência ventilatória mecânica e UTI. No Rx mostrou cólon em mediastino anterior. Realizada re-laparotomia identificando herniação colônica sem sofrimento vascular. Redução do conteúdo colônico para a cavidade peritoneal e ressecção de ferida hiatal esofágica. O paciente evoluiu com progressiva melhora e recebe alta hospitalar no décimo quinto de pós-operatório sem sequelas. **CONCLUSÃO:** A abertura do hiato diafragmático esofágico na técnica da esofagectomia trans-hiatal deve ser fechada com segurança para impedir a eventualidade da herniação das vísceras abdominais.

P.101 MASSA MADIANTAL POSTERIOR UNILATERAL E HEMATOPOIESE EXTRAMEDULAR : RELATO DE CASO

NUNES RA*, SAITO EH*, HIGA C*, LUCENA SB*, FONSECA A*, POZZOBON E*, BALIEIRO M*, QUINTANILHA D*

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL PEDRO ERNESTO DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – RIO DE JANEIRO – RJ*

INTRODUÇÃO: A hematopoiese extra medular é uma causa rara de massa mediastinal posterior tendo o seu diagnóstico facilitado pela bilateralidade e associação com anemia. Neste trabalho é apresentado um caso de hematopoiese extramedular de localização mediastinal unilateral em mulher jovem, no qual a videotoracoscopia contribuiu para o diagnóstico final de metaplasia mielóide. **OBJETIVO:** Através de um raro caso clínico ressaltar o papel da videotoracoscopia no diagnóstico diferencial das massas do mediastino e em especial na hematopoiese extramedular de localização unilateral. **MÉTODO:** Paciente de 43 anos, solteira, doméstica, natural da Paraíba foi internada com queixa de icterícia. Referia que há uma semana surgiu disúria, poliúria, lombalgia e febre não aferida. Procurou médico que prescreveu antibiótico. Dois dias depois percebeu a icterícia. Fazia tratamento para DM do tipo II. Ao exame físico apresentava-se taquicárdica, icterícia ++/4, hipocorada ++/4 e com TAx de 37,2° C. Diminuição do MV nas bases de ambos os hemitórax e hepatoesplenomegalia. Exames complementares: Ht de 15%, Hb de 5g%, VCM de 69, HCM de 22,5 e CHCM de 32,8. Leucometria normal com 16% de bastões. Reticulócitos 7,8%. Bilirrubina total de 2,34 mg% com 0,74 mg% de indireta. Provas funcionais hepáticas normais. LDH 503. Coombs Direto negativo. Piúria microscópica. Hemocultura negativa e Urinocultura com Enterococcus sp. TC Abdominal: Ascite, hepatoesplenomegalia e derrame pleural bilateral. TC do Tórax: Derrame pleural bilateral e massa de contornos bem delimitados com cerca de 6 cm de diâmetro na região da goteira costovertebral esquerda no terço inferior do hemitórax. Líquido pleural:exudato. Citologia e Biópsia pleurais inconclusivas. Mielograma com Hiperplasia eritróide. Biópsia de medula óssea compatível com fase inicial de mielofibrose. Foi solicitado pela Clínica Médica e Hematologia à Cirurgia Torácica uma biópsia da massa mediastinal para confirmar a possibilidade de linfoma associado à fase inicial de mielofibrose. O procedimento foi realizado por Videotoracoscopia encontrando-se massa de coloração vinhosa, consistência esponjosa e bastante vascularizada. **RESULTADOS:** A anatomia patológica da peça ressecada foi compatível com Hematopoiese extramedular e, por este achado, o diagnóstico final foi de Metaplasia Mielóide. A paciente evoluiu bem, sendo encaminhada para o acompanhamento pela Hematologia. **CONCLUSÃO:** A Videotoracoscopia é uma técnica útil para estabelecer a conduta terapêutica no caso de massa mediastinal associada a mielofibrose.

P.102 TRATAMENTO DAS LESÕES FRÊNICAS E ORGÃOS ABDOMINAIS NO TRAUMA PENETRANTE TÓRACO-ABDOMINAL

FONSECA NETO OCL*, SANT'ANA HWO*, MORAES RP*, FERRAZ PEC*, LUSTOSA RJC*, LUSTOSA ES*, ARAÚJO JF*, MIRANDA AL*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA DO TRAUMA E TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO – RECIFE – PE*

INTRODUÇÃO: As injúrias penetrantes da transição tóraco-abdominal representam alguns dos mais fascinantes problemas na cirurgia do trauma. O difícil diagnóstico de injúria de múltiplas cavidades corporais, a dificuldade em estabelecer a melhor seqüência para intervenção, a intensidade do trauma, a freqüente instabilidade hemodinâmica e o perigo da contaminação transdiafragmática por líquido abdominal (entérico, sangue, urina, bile) conspiram para incrementar a morbidade e mortalidade nesses pacientes. **OBJETIVOS:** Descrever a experiência no tratamento cirúrgico das lesões tóraco-abdominais penetrantes com contaminação abdominal com ou sem lavagem por toracotomia no Serviço de Cirurgia Geral e Trauma do Hospital da Restauração – Recife-PE. **MÉTODO:** Sessenta e quatro pacientes foram estudados prospectivamente (de agosto de 2005 a junho de 2006) com esse tipo de lesão. A opção do tratamento foi aleatória (escolha do cirurgião). **RESULTADOS:** Sessenta e dois pacientes foram do sexo masculino. A média de idade foi 27,42 anos. O ferimento por arma de fogo correspondeu a 78,12%. A média do escore do trauma revisado foi 11,19 (naqueles em que não ocorreu lavagem) e 10,81 (nos que a lavagem com toracotomia foi realizada). O hemitórax mais acometido foi o direito (50%). A lesão bilateral ocorreu em 9,6%. Os órgãos mais acometidos foi estômago (22,60%), intestino grosso (13,33%), pâncreas (5,33%), delgado (4%), duodeno (2,66%), vias biliares e fígado (52%). A média do tempo de internamento foi 13,25 dias no grupo sem lavagem torácica e 17,72 no grupo com toracotomia. As complicações do grupo com toracotomia foi atelectasia (13), pneumonia (7), derrame pleural (2), seps (3), insuficiência renal (7) e encarceramento pulmonar (3). Não ocorreu óbito no grupo sem lavagem por toracotomia. **CONCLUSÃO:** A indicação de toracotomia para lavagem na contaminação transdiafragmática em lesões penetrantes tóraco-abdominais permanece controversa, no entanto, parece que o grau de contaminação e intensidade do trauma influenciam no prognóstico desses pacientes.

P.103 CRIPTOCOCOSE PULMONAR EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

LIMA O*, JÚDICE LF*, MOURAD OMA*, BORGES FILHO ABC*, SEVERINO NP*, FIALHO NETO FN*, CARVALHO R*, RAMOS LMC*, SANTOS FCB*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF – NITERÓI – RJ*

INTRODUÇÃO: A infecção criptocócica tem distribuição mundial sem uma área endêmica definida. Pode ser causada por duas variantes do *Cryptococcus neoformans*: *C. neoformans* variante *neoformans* e *C. neoformans* variante *gatti*, sendo a primeira mais prevalente. O *Cryptococcus neoformans* é um fungo saprófito com uma cápsula polissacarídica característica. Seu nicho ecológico é pouco definido, mas tem sido associado com excretas de pombos e outros pássaros. A criptococose em humanos normalmente ocorre quando o fungo é aerolizado e inalado, e apresenta desde colonização pulmonar assintomática até comprometimento de meninges e doença disseminada. O *Cryptococcus neoformans* variante *neoformans* tem forte tropismo pelo sistema nervoso central, com a vasta maioria das infecções envolvendo meninges e causando maior morbidade e mortalidade associadas. A apresentação radiológica mais comum da criptococose consiste em nódulos únicos ou múltiplos, usualmente subpleurais, variando entre 0,5 a 3 cm de diâmetro. A presença de cavitações é relativamente incomum quando comparada com outras micoses. Frequentemente vista como doença oportunista em pacientes imunodeprimidos, em particular na síndrome da imunodeficiência adquirida, a criptococose é rara em indivíduos imunocompetentes. **OBJETIVO:** Ilustrar com um caso de difícil diagnóstico, uma patologia benigna pouco freqüente em paciente imunocompetente, com uma apresentação atípica. Discutindo, portanto a propedêutica e o tratamento da mesma. **MÉTODO:** Relatar o caso de um paciente de 42 anos, apresentando quadro agudo de dor torácica tipo pleurítica, após um episódio de pneumonia de tratamento ambulatorial, com evidência de uma massa pulmonar em lobo inferior direito, sorologia para HIV negativa, submetido à broncoscopia, punção aspirativa por agulha fina inconclusivas, teve seu diagnóstico firmado após toracotomia exploradora. **RESULTADOS:** Após a ressecção cirúrgica da lesão e da confirmação do diagnóstico o paciente foi submetido a tratamento clínico, com fluconazol 200 mg/dia por 45 dias, e considerado curado. **CONCLUSÃO:** A criptococose pulmonar em pacientes imunocompetentes pode ser uma patologia de diagnóstico difícil, podendo exigir da equipe clínica (ou do cirurgião) fazer uso de inúmeros artifícios clínico-cirúrgicos para chegar a um diagnóstico considerado satisfatório e seguro para o paciente.

P.104 PÓLIPO FIBROVASCULAR GIGANTE DO ESÔFAGO. RELATO DE CASO. MOTA HJ*

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN – NATAL – RN*

INTRODUÇÃO: Pólipo fibrovascular gigante do esôfago são lesões benignas raras que geralmente têm origem no esôfago proximal. São também descritos como pólipo fibroepitelial, fibrolipoma e lipoma pediculado do esôfago. O diagnóstico preciso desta lesão e o tratamento através da ressecção assumem grande importância pela possibilidade de asfixia quando ocorre regurgitação desta tumoração para a cavidade oral. **OBJETIVO:** Descrever caso de pólipo fibrovascular gigante do esôfago tratado com cirurgia. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 52 anos com relato de disfagia leve, tosse crônica e exêrese de pólipo recorrente da laringe. Esofagoscopia flexível mostrou lesão polipóide gigante com origem aparente no esôfago superior com extensão até o esôfago inferior, recoberto de mucosa aparentemente normal; A esofagoscopia rígida identificou a origem da lesão na mucosa do esôfago na parede posterior logo abaixo do esfíncter superior; o esofagograma mostrou lesão polipóide gigante ocupando o lúmen de praticamente todo o esôfago. Havia relato de regurgitação de lesão polipóide similar com quase asfixia 14 anos antes, tratada com exêrese manual. Submetido a esofagotomia por abordagem cervical com extração de lesão polipóide com aproximadamente 22cm cujo pedículo se implantava na área pós cricóide do esôfago. **RESULTADOS:** Evolução pós operatória sem intercorrência com alta hospitalar e re-estabelecimento da alimentação oral no quinto dia após a ressecção. Histopatológico compatível com pólipo fibrovascular gigante do esôfago **CONCLUSÃO:** Relatamos lesão polipóide rara do esôfago tratado com sucesso por abordagem cervical. A esofagoscopia rígida foi importante na demonstração precisa da origem da lesão no esôfago superior.

P.105 RUPTURA TRAQUEAL APÓS TRAUMA CONTUSO DO TÓRAX.

MATHEUS RS*, YAEKASHI ML*, RODRIGUES OR*, MORAES FO*, SCHMIDT JR. AF*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS LUIZA DE PINHO MELO DA UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES – UMC – MOGI DAS CRUZES – SP*

INTRODUÇÃO: A ruptura isolada da traquéia torácica por contusão externa é rara. A verdadeira incidência de rupturas traqueais é difícil de se estabelecer, estimando-se em cerca de 0,5% de todos os pacientes atendidos por traumas. **OBJETIVO:** Relatar um caso de ruptura traqueal transversal completa em trauma torácico contuso sem outras lesões associadas. **MÉTODO:** Análise do caso e revisão da literatura nas bases de dados Lilacs e Medline. **CONCLUSÃO:** A ruptura transversal completa da traquéia pode ocorrer sem outras lesões associadas. O diagnóstico pode ser realizado pela pronta disponibilidade da traqueobroncoscopia flexível. A manutenção da ventilação de forma não-invasiva foi um fator de sucesso na condução do tratamento.

P.106 PLASMOCITOMA DE PAREDE TORÁCICA, RELATO DE CASO

BARBOSA AHL*, FUSCO EV*, JUNIOR AR*, HAMADA AY*, BACHICHI NC*

INSTITUIÇÃO: COMPLEXO HOSPITALAR DO MANDAQUI – SP*

O presente estudo trata-se de um relato de caso, realizado no Complexo Hospitalar do Mandaqui, nos meses de julho e agosto de 2006. Paciente AJM, sexo masculino, 54 anos de idade, com deformidade da parede torácica anterior, esquerda, ao nível dos 5, 6 e 7 arcos costais, acompanhada de discreta dor torácica, de evolução em mais ou menos três meses. Após a realização de todos os exames diagnósticos e discussões investigatórias, foi constatado tumor de parede, lesão única, onde optamos pela realização de toracectomia com reconstrução com tela de prolene. O paciente evoluiu com quadro favorável. O resultado do material enviado para análise anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de Plasmocitoma. Foi feita extensa revisão da literatura e devido à raridade do caso e a dificuldade de condução do mesmo, consideramos de alta relevância para a orientação de casos futuros.

P.107 DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO: ESTUDO DE 314 CASOS EM UM HOSPITAL DE CÂNCER

CARVALHO FA*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL NAPOLEÃO LEUREANO*

INTRODUÇÃO: Derrame pleural (DP) é o acúmulo de líquido no espaço pleural, acima dos valores normais (3-15 mL). Ocorre como resultado de processo patológico inflamatório nos folhetos serosos, comprometendo sua permeabilidade capilar, ou por desequilíbrio pressórico da homeostase do líquido: aumento da pressão hidrostática nos capilares e/ou linfáticos

pleurais; diminuição da pressão oncótica plasmática. Na região Nordeste, as principais causas de derrame pleural são tuberculose e neoplasias. **OBJETIVOS:** Caracterizar o perfil dos pacientes com derrame pleural e definir os principais tipos de câncer que cursam com este quadro. **MÉTODOS:** Realizou-se um estudo prospectivo, entre janeiro de 2005 e julho de 2006, acompanhando os pacientes internados em um hospital de câncer, com derrame pleural diagnosticado por radiografias de tórax. As variáveis consideradas foram sexo, idade e sítio primário de neoplasia; A citologia do líquido pleural e a biópsia de pleura (todas com pelo menos 3 fragmentos) foram utilizadas para pesquisar a malignidade dos derrames. A amostra constou de 314 casos. **RESULTADOS:** Dos 314 pacientes acompanhados, 160 (50,95%) pacientes eram do sexo masculino e 154 (49,04%) do sexo feminino. Os pacientes apresentavam idade entre 38 e 71 anos; todos os pacientes do sexo masculino encontravam-se na faixa etária entre 46 e 67 anos. Em relação ao sexo masculino, encontrou-se como sítio primário: 74 (46,25%) pulmão; 40 (25%) trato gastrointestinal; 8 (5%) linfoma; 38 (23,75%) outros. Em relação ao sexo feminino, encontrou-se como sítio primário: 64 (41,55%) mama; 38 (24,67%) pulmão; 22 (14,28%) colo de útero; 30 (19,48%) outros. A citologia do líquido pleural foi negativa para células neoplásicas em 307 (97,77%) casos. A biópsia de pleura foi útil para conclusão de malignidade. Dos 113 pacientes submetidos a pleurodese, 24 apresentaram recidiva, 12 homens e 12 mulheres. **DISCUSSÃO:** O derrame pleural é um importante fator prognóstico em todos os tipos de câncer. No sexo masculino a principal causa de derrame pleural foi o câncer de pulmão; no sexo feminino, o câncer de mama. A citologia do líquido pleural foi inconclusiva e a biópsia de pleura teve significativa acurácia para malignidade.

P.108 EQUIMOSE CERVICOFACIAL - APRESENTAÇÃO NÃO-USUAL DO TRAUMA TORÁCICO CONTUSO

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, LUSTOSA RJC*, LUSTOSA ES*, ARAÚJO JF*, FERRAZ PEC*, MIRANDA AL*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA DO TRAUMA E TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - RECIFE - PE*

INTRODUÇÃO: Máscara equimótica da face ou asfixia traumática são designações comumente utilizadas para esse quadro patológico. Pode ser encontrado após contusões violentas no tórax. A equimose facial pós-traumática pode se apresentar isolada ou associada com quadros mais graves. A gravidade depende da simultaneidade de outras lesões (costelas, pleura, pulmão, coração, grandes vasos). A equimose cervicofacial resulta da ruptura de capilares da pele e mucosas dessas regiões e é produzida pelo súbito aumento de pressão em sua luz. **OBJETIVO:** Relatar um caso de equimose cervicofacial pós-traumática em adulto jovem atendido no Hospital da Restauração. **MÉTODO:** Relato de caso. **RESULTADOS:** Paciente do sexo masculino, 18 anos, estudante, natural e procedente do Recife. Foi admitido no departamento de emergência no Hospital da Restauração vítima de atropelamento por veículo automotor. Resgatado em via pública pela equipe de Bombeiro com RTS (escore de trauma revisado) 3. Na unidade de trauma intra-hospitalar foi observado enfisema subcutâneo à direita e realizado drenagem torácica imediata (pneumotórax). Após 3 horas de observação na unidade de trauma, o médico assistente percebeu a alteração na cor do seguimento cervicofacial do paciente. Esse negou apresentar qualquer deformidade ou alteração cutânea desde o nascimento, assim como a ingestão de entorpecentes. Devido à estabilização do quadro clínico o doente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no quinto dia de internação ainda com a máscara facial pós-traumática. Em acompanhamento ambulatorial percebeu-se o clareamento sucessivo e o retorno a condição primária da cor do seguimento cervicofacial. **CONCLUSÃO:** A equimose cervicofacial pós-traumática é uma apresentação incomum no trauma torácico contuso e mesmo o diagnóstico estando na "cara" pode não ser percebida de imediato num ambiente agitado da emergência.

P.109 PERFURAÇÃO CARDÍACA POR MARCA-PASSO: UMA CAUSA DE HEMOTÓRAX

MENEZES AQ*, CATTEBEKE TMH*

INSTITUIÇÃO: CHECK UP CLÍNICA DO CORAÇÃO - MANAUS - AM*

INTRODUÇÃO: Perfuração cardíaca é uma rara complicação de implante de marca-passo e está associada ao risco de desastrosos resultados como o tamponamento cardíaco ou o hemopneumotórax. **RELATO DO CASO:** Mulher, 75 anos, foi internada com o quadro clínico de dispnéia de início súbito. Ao exame físico, MV abolido em base pulmonar direita e mucosas visíveis hipocoradas. Paciente cardiopata submetida a implante de marca-passo 3 meses antes. A radiografia evidenciou imagem de opacificação da base pulmonar esquerda, sendo realizada punção torácica com o achado de coleção hemática e retirada de 800 ml de líquido. Diante da melhora clínica e da ausência de história de trauma torácico recente optou-se por aguardar a análise do líquido pleural. Após 24 horas, a paciente apresentou novo quadro de dispnéia e hipotensão, sendo transferida para o centro de terapia intensiva onde realizou nova radiografia que evidenciou opacificação de todo o hemitórax esquerdo. Foi submetida a drenagem fechada de tórax com a retirada de 2.000 ml de líquido hemático e reposição volêmica. Após melhora do quadro hemodinâmico, a paciente foi submetida a pleuroscopia com a visualização da ponta de um dos eletrodos do marca-passo exteriorizada através do saco pericárdico, evidenciando o diagnóstico de perfuração cardíaca, porém sem a presença de sangramento ativo. Foi mantido contato imediato com o cirurgião cardíaco responsável que orientou a conduta conservadora mediante a ausência de sangramento. A paciente evoluiu satisfatoriamente com retirada do dreno torácico no quarto DPO e alta hospitalar no dia seguinte. **DISCUSSÃO:** A perfuração cardíaca por marca-passo é uma ocorrência rara e, portanto, na grande maioria dos casos insuspeita. A presença de hemotórax está associada normalmente ao traumatismo torácico. A presença de um hemotórax em uma paciente idosa sem relato de trauma recente é algo intrigante. A descoberta de uma perfuração cardíaca pelo eletrodo do marca-passo esclareceu o quadro clínico da paciente. A opção pela conduta conservadora, corroborada pelo cirurgião cardíaco responsável, mostrou-se acertada mediante a evolução satisfatória da paciente. **CONCLUSÃO:** O relato deste caso evidencia a necessidade de incluir-se a perfuração cardíaca por marca-passo como um diagnóstico etiológico possível para o hemotórax nos pacientes portadores destes aparelhos.

P.110 DEXTRO-POSIÇÃO DA AORTA EM PACIENTE SUBMETIDA A ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL POR VIA TRANSHIATAL

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, MELO B*, CAVALCANTI NV*, LACERDA CM*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - RECIFE - PE*

INTRODUÇÃO: Anomalias do desenvolvimento da aorta e dos grandes vasos são incomuns. A persistência ou a regressão dos diversos segmentos (seis arcos aórticos) resultarão no padrão normal da aorta. O arco aórtico e descendente com posição à direita e ramificação em imagem de espelho é uma apresentação rara e não usual nesse tipo de anomalia. **OBJETIVO:** Descrever anomalia aórtica torácica rara em paciente submetida a esofagectomia transhiatal. **MÉTODO:** Relato de caso. **RESULTADOS:** IFS, 67 anos, sexo feminino, solteira, negra, natural e procedente de Recife, hipertensa, com história de pirose e epigastralgia há 4 meses. Perda ponderal (8 kg) nesse período. Nega disfagia, odinofagia e vômitos. Realizou EDA que evidenciou lesão elevada friável de esôfago médio (30cm da ADS), de cerca de 2,0 cm cujo histopatológico foi compatível com carcinoma escamoso. No pré-operatório apresentou Rx de tórax com botão aórtico à direita e TAC de tórax mostrando arco aórtico à direita. Foi submetida em 26/05/05 a esofagectomia total trans-hiatal + esofagogastro anastomose cervical + jejunostomia. A dieta enteral por jejunostomia foi iniciada segundo DPO, os drenos foram retirados no quarto DPO. Realizado esofagograma no quarto DPO e iniciada dieta líquida no sexto DPO. Recebeu alta no 8 ° DPO. **CONCLUSÃO:** Na dextro-posição da aorta torácica (arco e descendente) não há necessidade de modificar a técnica transhiatal da esofagectomia subtotal.

P.111 NEUROFIBROMA DE ESÔFAGO

COSTA IL*, COSTA EB*, NAKAMA RY*, MAGALDI GP*, NILSEN RF*

INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LIMEIRA - LIMEIRA - SP*

INTRODUÇÃO: O Neurofibroma de Esôfago é um tumor benigno, intramural, recoberto por mucosa normal e composta por tecido neural e fibroso. As características tumorais, seus componentes e sua localização são feitas por Endoscopia Digestiva Alta(EDA) e por Tomografia Computadorizada(TC), permitindo-nos fazer um diagnóstico acurado e auxiliando no manejo do cirúrgico do paciente. **OBJETIVO:** Apresentar um relato de um caso de um Neurofibroma de Esôfago em transição cervico-torácica, onde a paciente apresentava um distúrbio de deglutição importante, com disfagia progressiva, onde o tratamento cirúrgico via toracotomia direita com enucleação do tumor foi o tratamento indicado. **MÉTODO:** Paciente do sexo feminino, 48 anos, branca, natural de Limeira, com queixa de disfagia progressiva há 2 anos, odinofagia e dor retrosternal. Procurou gastrocirurgião que indicou EDA, sendo observado abaulamento em parede de esôfago cervical e torácico com hipótese diagnóstica de tumor submucoso, ou compressão extrínseca do esôfago. Realizada TC de tórax evidenciando massa em mediastino posterior em transição cervico-torácica em topografia de esôfago. Paciente encaminhada à cirurgia, onde foi realizada toracotomia direita, com ligadura da veia ázigos e isolamento de todo esôfago torácico, com visualização da massa descrita nos exames de imagem e na EDA, sendo realizada enucleação do tumor com preservação do esôfago. Paciente encaminhada à UTI onde permaneceu por 3 dias, recebendo alta hospitalar em ótimo estado após 12 dias de internação com anatomo-patológico e diagnóstico definitivo de Neurofibroma de Esôfago. **CONCLUSÃO:** O Neurofibroma de Esôfago é um tumor benigno, de crescimento lento e que nesse caso houve necessidade de tratamento cirúrgico, devido ao quadro clínico da paciente e das dimensões atingidas pelo tumor. Além disso é um tumor raro, que de acordo com a literatura há 200 casos descritos na literatura mundial.

P.112 PLEURODESE COM NITRATO DE PRATA À 1%, EXISTE SUBSTANCIA MELHOR? ANÁLISE DE 36 PACIENTES.

COSTA JR. AS*, EVANGELISTA E*, SOBRAL FH*, SAPORITO WF*, PIRES AC*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - SANTO ANDRÉ - 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 freqüente é a dispnéia, 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 freqüência 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. **OBJETIVO:** Analisar a utilização do nitrato de prata a 1% como agente esclerosante em 36 pacientes submetidos a pleurodese. **MÉTODO:** Foram selecionados 36 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 à 1% - 10 ml. Quando o débito fosse menor que 200ml/24hs, o dreno era retirado. Caso persista um volume maior que esse montante, foi realizada nova pleurodese 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 22 pacientes do sexo feminino e 14 do sexo masculino com idade média de 60,7 anos, com variação de 27 a 88 anos. O diagnóstico mais freqüente foi neoplasia mama em 29,4% e pulmonar em 26,5%.

P.113 REEXPANSÃO PULMONAR EM DOENÇA BOLHOSA GIGANTE BILATERAL APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO

CARVALHO JL*, LIMA DP*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO - JOÃO PESSOA - PB*

INTRODUÇÃO: Bolhas enfisematosas gigantes decorrem principalmente de um processo broncoespástico e obstrutivo dos bronquíolos distais levando a uma fácil entrada de ar nos alvéolos e sacos alveolares na inspiração e dificuldade de eliminação na expiração. Cria-se um processo valvar que leva ao aumento da pressão intra-alveolar ocasionando destruição dos septos interalveolares e fusão de alvéolos ou sacos alveolares formando as bolhas de enfisema. O tabagismo é a causa mais comum de doença bolhosa, mas esta pode estar associada à deficiência de alfa-1 antitripsina, sarcoidose pulmonar, entre outros. A doença pode cursar com dispnéia, tosse, hemoptise, dor torácica. A tomografia computadorizada localiza a bolha com boa acurácia. Testes de função pulmonar são importantes para o diagnóstico, gravidade e resposta ao tratamento. A cirurgia diminui o espaço morto e reexpande áreas atelectasiadas. É indicada quando há dispnéia incapacitante com bolha ocupando mais de 30% do hemitórax e/ou na presença de complicações como infecção e pneumotórax. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente com aproximadamente 70% de atelectasia pulmonar bilateral em decorrência de doença bolhosa gigante que obteve completa reexpansão e melhora de função pulmonar após

ressecção cirúrgica. **MÉTODO:** Acompanhou-se um paciente atendido no ambulatório de Cirurgia Torácica do Hospital Napoleão Laureano, onde se diagnosticou doença bolhosa gigante e indicou-se tratamento cirúrgico. **RESULTADOS:** JMCF, 44 anos, masculino, negro, católico, agricultor, natural e procedente de João Pessoa-PB. Paciente grande fumante (90 anos/maço), referindo tosse crônica e dispnéia progressiva há 2 anos. A tomografia computadorizada de tórax mostrou a presença de cistos e bolhas ocupando aproximadamente 70% de ambos hemitórax. Realizou-se bolhectomia bilateral em dois tempos cirúrgicos, com intervalo de 2 meses. No seguimento o paciente apresentou significativamente melhora do quadro clínico e da espirometria, cujo VEF₁ foi de 82,8% do previsto. **DISCUSSÃO:** A doença bolhosa é comum em grandes fumantes, mas sua forma gigante ocorre com pouca frequência. O tratamento cirúrgico mostrou-se eficaz com surpreendente reexpansão do parênquima e significativamente melhora da função pulmonar.

P.114 HÉRNIA DE MORGAGNI: RELATO DE UM CASO

MENEZES AQ*, LIMA NETTO JC*, PARISATI MH*, BRAGA FO*, WESTPHAL FL*,

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS - MANAUS - AM*

INTRODUÇÃO: Em 1769, Morgagni fez a primeira descrição de um raro defeito diafragmático anterior e retroesternal, responsável pela ocorrência de hérnias diafragmáticas nesta topografia. **RELATO:** Homem, 70 anos, queixando vaga dor torácica à direita e sensação de plenitude pós-prandial. Paciente sem história de trauma abdominal ou torácico. A radiografia de tórax imagem de opacificação heterogênea em base direita que à radiografia de perfil localizava-se em topografia anterior justa-cardíaca. A TC de tórax evidenciou tratar-se uma grande hérnia diafragmática nesta localização. O paciente foi submetido a toracotomia póstero-lateral direita com preservação muscular com o achado de grande saco herniário, contendo vísceras abdominais e epíplon. A redução do conteúdo herniário evidenciou o defeito diafragmático anterior e retroesternal com o diagnóstico de hérnia de Morgagni. O defeito foi corrigido por sutura do diafragma à parede torácica sem a necessidade de uso de prótese. O paciente evoluiu satisfatoriamente com retirada da drenagem torácica no quarto DPO e alta hospitalar no dia seguinte com presença de ruídos hidroaéreos, alimentando-se e em bom estado geral. **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 2% são limitadas ao lado esquerdo. São diagnosticadas mais frequentemente em mulheres e em pessoas obesas. Um terço dos pacientes são assintomáticos. Os pacientes sintomáticos frequentemente apresentam queixas gastrointestinais crônicas, referindo uma vaga dor epigástrica ou subesternal ou um desconforto substernal direito. O diagnóstico é feito pela radiografia. O estudo contrastado do colon ou trato gastrointestinal superior confirma o diagnóstico em pacientes com herniação visceral. O paciente de nosso relato apresentava sintomatologia inespecífica, apesar do grande conteúdo herniário, sendo o diagnóstico suscitado a partir dos achados da radiografia de tórax. É importante enfatizar a idade do paciente ao diagnóstico, o grande conteúdo herniário e a vaga sintomatologia. **CONCLUSÃO:** Relatamos o caso de um homem, idoso, portador de uma hérnia de Morgagni, apresentando sintomatologia inespecífica e submetido a tratamento cirúrgico sem a necessidade de uso de prótese.

P.115 TRAQEOSTOMIA NA BEIRA DO LEITO - EXPERIÊNCIA E RESULTADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, ARAÚJO JF*, FERRAZ PEC*, MIRANDA AL*

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA DO TRAUMA E TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - RECIFE - PE*

INTRODUÇÃO: Com o advento das unidades de terapia intensiva e as formas modernas de ventilação mecânica, a traqueostomia vem sendo realizada em grande escala. No manejo dos pacientes com falência respiratória a sua indicação poderá desempenhar importante papel terapêutico. Embora a traqueostomia não seja mais considerada o "escândalo da cirurgia", ainda existe excitação em sua indicação pelas elevadas taxas de complicação. **OBJETIVOS:** Demonstrar a experiência em traqueostomia na beira do leito na unidade de terapia intensiva em hospital público do Recife. **MÉTODOS:** Estudo prospectivo. O procedimento cirúrgico sempre foi realizado pelo mesmo cirurgião entre janeiro de 2002 e janeiro de 2006. Apenas pacientes adultos lotados em centro de terapia intensiva participaram do estudo. O sexo, idade, diagnóstico e tempo de UTI foram avaliados. As complicações imediatas mecânicas também foram estudadas. Em nenhum caso foi realizado traqueostomia percutânea. **RESULTADOS:** Cento e cinquenta traqueostomias foram realizadas de janeiro de 2002 a janeiro de 2006, por um mesmo cirurgião, em pacientes críticos na unidade de terapia intensiva num mesmo hospital. A distribuição foi 66,6% de pacientes do sexo masculino e a idade variou de 16 a 81 anos (mediana de 50 anos). A população feminina foi mais velha (mediana de 60 anos). O tempo de UTI antes da traqueostomia foi elevado (10,5 dias) e a principal indicação foi suporte ventilatório prolongado (80%). A troca por uma via aérea definitiva cirúrgica (cricotiroideostomia para traqueostomia) ocorreu em 20%. O tempo cirúrgico para a realização do procedimento variou de 10 minutos à 1 hora e 10 minutos (25 minutos). Quanto as complicações mecânicas, o sangramento ocorreu em 30% mas apenas 10% necessitou de revisão cirúrgica. O pneumotórax ocorreu em 2%, o enfisema subcutâneo em 2%, localização ectópica em 1%. Houve um óbito por hipóxia (posição fora da via aérea e reconhecimento tardio). **CONCLUSÃO:** A traqueostomia apresenta vantagem no manejo dos pacientes críticos que necessitam de controle da via aérea e ventilação mecânica por longo tempo. A sua realização na beira do leito não é isenta de complicações, no entanto, pode simplificar a operacionalidade do procedimento principalmente quando realizada de maneira multidisciplinar.

P.116 SARCOMA DE ARTÉRIA PULMONAR SIMULANDO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÔNICO: RELATO DE CASO

MACEDO NETO AV*, DUSSIN LH*, GAZZANA MB*, JOHN AB*, ARAÚJO LFL*, SAUERESSIG MG*, MORESCHI AH*, OLIVEIRA HG*, MENNA-BARRETO SS*, BARBOSA GV*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS*

INTRODUÇÃO: O sarcoma de artéria pulmonar é uma neoplasia extremamente rara. A sua apresentação clínica e radiológica pode ser idêntica a de pacientes com tromboembolia pulmonar crônica. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com sarcoma de artéria pulmonar simulando hipertensão pulmonar tromboembólica crônica. **MÉTODO:** Relato de caso. Revisão da literatura (MEDLINE 1966-2006, Unitermos: sarcoma, lung, pulmonary hypertension) **RESULTADOS:** Paciente masculino, 65 anos, branco, com história de dispnéia progressiva, com piora nos últimos três anos. Classe funcional III da NYHA. Não havia história de tromboembos prévias. Exames de investigação revelaram hipertensão arterial pulmonar significativa (VD 3,0, PSAP 71 mmHg). Angio-TC de tórax revelou a presença de trombo em ramos centrais das artérias pulmonar.

Cateterismo cardíaco direito confirmou achados de HAP. Avaliações pulmonar e cardíaca liberavam o paciente para cirurgia. Foi encaminhado a tromboendarterectomia pulmonar. Exame de congelação transoperatória revelou ser trombo neoplásico. Paciente evoluiu com infarto agudo do miocárdio transoperatório, insuficiência ventricular esquerda e óbito. Exame histopatológico e imunohistoquímico da peça cirúrgica confirmaram o diagnóstico de sarcoma da artéria pulmonar. **CONCLUSÃO:** O sarcoma de artéria pulmonar pode simular a hipertensão pulmonar tromboembólica crônica. Supõe-se que a angioscopia pulmonar pré-operatória possa ter algum papel nesta questão.

P.117 ADENOCARINOMA ESTERNAL, CISTO MEDIASTINAL E CARCINOMA PAPILIFERO DE TIREÓIDE: RELATO DE UM CASO

CARVALHO FA*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO*

INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma é o tumor epitelial mais freqüente. No pulmão tem localização periférica e dissemina-se por via linfática, sanguínea e aerógena. Os tumores mais periféricos podem causar metástases pleurais, por contigüidade, simulando um mesotelioma. As formas ósseas primárias são incomuns e, quando presentes, deve-se diferenciar de metástases de outro sítio neoplásico. O carcinoma papilífero da tireóide é um dos tumores endócrinos mais freqüentes, responsável por 80% dos casos; são derivados das células foliculares da tireóide. Apresentam bom prognóstico e raramente se tornam malignos. Os cistos mediastinais são lesões de contornos bem definidos, geralmente congêntos e assintomáticos, porém apresentam probabilidade razoável de complicações. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente que apresentou adenocarcinoma de esterno, carcinoma papilífero de tireóide e cisto mediastinal. **MÉTODO:** Acompanhou-se uma paciente atendida no ambulatório de Cirurgia Torácica do Hospital Napoleão Laureano com comprometimento neoplásico de esterno e tireóide e cisto mediastinal. **RESULTADOS:** JMS, 70 anos, feminino, branca, natural e procedente de João Pessoa - PB. Queixa principal: tumoração em pescoço há 2 anos. HDA: Referia surgimento de tumoração em região cervical de 2 anos de evolução; dispnéia ao decúbito dorsal e discreta disfagia para alimentos sólidos; sem queixas endócrinas. Ao exame físico, massa em região cervical esquerda, dura, indolor, sem adenomegalias. Ao exame do tórax, abaullamento de região esternal, em ângulo de Louis, massa dura, imóvel, dolorosa, sem flogose; TC de tórax mostrou massa em lobo esquerdo da tireóide, lesão expansiva em esterno com destruição óssea e imagem cística em mediastino. Realizou-se esternectomia com prótese e tireoidectomia total. O exame anátomo-patológico das peças confirmou adenocarcinoma de esterno, carcinoma papilífero da tireóide e cisto mediastinal benigno. **DISCUSSÃO:** A ocorrência das três lesões relatadas, em uma mesma paciente, é muito rara. A evolução lenta dessas lesões e a conseqüente escassez de sintomas dificulta uma intervenção precoce. O tratamento cirúrgico é fundamental e útil tanto para diagnóstico como para tratamento.

P.118 ESTUDO DA PNEUMOCISTOSE EM PACIENTES HIV POSITIVOS NO ESTADO DO MARANHÃO NOS ÚLTIMOS 15 ANOS.

PEREIRA NETO JA*, NÓBREGA EM*, SÁ LLC*, RIBEIRO LFF*, CAPOTE PTF*,

MONTE MC*, CUTRIM ES*, WALLIM VO*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA - SÃO LUIS - MA*

INTRODUÇÃO: A pneumocistose é uma infecção causada pelo *Pneumocystis carinii* que ocorre predominantemente em pacientes imunodeprimidos. Discute-se, ainda hoje, a posição sistemática desse microorganismo oportunista por excelência. Alguns pesquisadores consideram-no como fungo, outros como protozoário. **OBJETIVOS:** Determinar a prevalência da pneumocistose em pacientes HIV positivos do Estado do Maranhão entre 1990 e 2005. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo a partir de dados cedidos pela Gerência de Qualidade de Vida do Estado do Maranhão (GQV-MA). Foi feito um banco de dados no programa Epi Info 2002, onde a demanda foi analisada. **RESULTADOS:** Do total de 257 casos, 199 (77,43%) eram do sexo masculino e o restante do sexo feminino. A maior parte ocorreu com pessoas da raça parda (14 casos); seguida da raça branca com 4 casos. Quanto à faixa etária 167 casos (64,98%) ocorreram nos adultos de 20 a 34 anos de idade; 71 casos (27,64%) ocorreram na faixa etária de 35 a 49 anos. A maioria dos doentes estudou até a metade do ensino fundamental (91 casos, 35,40 %). Quanto à categoria de exposição, 54 pacientes eram heterossexuais (21,02%); 34 eram homossexuais (13,22%); 128 casos (49,80%) não estão classificados quanto a essa variável; 6 pacientes (2,34%) eram usuários de droga e 5 (1,95%) eram hemofílicos. **CONCLUSÃO:** Observamos que a maior parte dos casos ocorreu em homens heterossexuais e em pessoas com baixo nível de escolaridade. Pode-se perceber também que a infecção atinge principalmente pessoas em uma faixa etária de vida sexual ativa. É necessário, portanto, uma divulgação mais eficiente da infecção oportunista.

P.119 TUMOR CARCINÓIDE DE PULMÃO COM RESSECÇÃO DE CARINA SECUNDÁRIA E LOBECTOMIA SUPERIOR ESQUERDA COM BRONCOPLASTIA - RELATO DE CASO

SAITO EH*, DIAS JR. M*, LIMA CD*, NUNES RA*, HIGA C*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO - RIO DE JANEIRO - RJ*

Relatamos o caso de uma paciente RCGS, 52a, que há 30 dias apresentava intensa tosse seca. A telerradiografia de tórax demonstrou atelectasia parcial do pulmão esquerdo. Broncofibroscopia demonstrou lesão vegetante (coloração vinhosa bem vascularizada) ocluindo parcialmente o brônquio principal esquerdo (BPE) à cerca de 3 cm da carina principal. A paciente foi submetida à toracotomia esquerda com ventilação monopulmonar. Realizada abertura do BPE com visualização de tumor junto à carina secundária que foi ressecada e como o exame histopatológico de "congelação" demonstrou infiltração na margem de ressecção do brônquio do lobo superior esquerdo e margem livre de neoplasia no segmento do lobo inferior esquerdo (LIE) se optou pela lobectomia superior esquerda e reimplante do lobo inferior com anastomose do brônquio do LIE com o BPE. Laudo histopatológico compatível com tumor carcinóide típico. A paciente evoluiu muito bem no pós-operatório e se encontra em acompanhamento ambulatorial com exames complementares de imagem normais.

P.120 CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE MEDIASTINO ANTERIOR EM PACIENTE INTERNADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PESIDENTE DUTRA.

PEREIRA NETO JA*, NÓBREGA EM*, CUTRIM ES*, SÁ LLC*, CAPOTE PTF*,

RIBEIRO LFF*, RIBEIRO LFF*, WALLIM VO*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA - SÃO LUIS - MA*

INTRODUÇÃO: Os tumores de mediastino são infreqüentes, representam cerca de 2% a 5%

dos tumores torácicos. O carcinoma epidermoide, por sua vez, apresenta uma menor taxa de incidência entre as referidas neoplasias. **OBJETIVO:** Relatar um caso de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado em mediastino anterior. **METODO:** Foi acompanhado um paciente do sexo masculino, 46 anos, foi admitido no Hospital Universitário Presidente Dutra-UFMA apresentando a radiografia de tórax uma massa na região mediastinal anterior. **RESULTADO:** A radiografia de tórax mostrou lesão de densidade semelhante a partes moles, de contornos irregulares; a tomografia computadorizada apresentou uma massa de localização com íntima relação com o pericárdio, pleura esquerda e vasos da base. O laudo histopatológico foi característico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado com áreas anaplásicas. O estudo imunohistoquímico com material retirado de nódulos de pulmão direito e de parede torácica, revelou negatividade para actina muscular, EMA, CD34, CD99, desmina e proteína S-100, concluindo como carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. O paciente estadiado com T2BNxM1, foi submetido a mediastinostomia e apresentou melhora total do quadro clínico entes referido em menos de um mês após diagnóstico teve alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** Para evitarmos recorrências locais, a ressecção do tumor deve constar de margens adequadas e de uma confirmação anatomopatológica de margens livres.

P.121 FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR: RELATO DE TRÊS CASOS

CARVALHO FA*, MADEIRO JA*, CARVALHO JL*, BRANCO BPC*, LIMA DP*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - JOÃO PESSOA - PB*

INTRODUÇÃO: Fístulas arteriovenosas pulmonares (FAVP) são malformações vasculares que comunicam diretamente as artérias às veias formando um shunt no leito capilar pulmonar normal. Podem ocorrer de forma adquirida, congênita ou idiopática. Tuberculose pulmonar, actinomicose, esquistossomose e traumas pulmonares são causas adquiridas. A forma congênita mais conhecida é a telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) ou síndrome de Rendu-Osler-Weber, doença autossômica dominante que causa displasia fibrovascular mucocutânea e visceral e é reconhecida pela tríade clássica de telangiectasia, epistaxes recorrentes e história familiar. **OBJETIVO:** Relatar a evolução de três pacientes com FAVP tratados cirurgicamente. **MÉTODOS:** Revisão de prontuário e de exames complementares e acompanhamento de três pacientes com diagnóstico de FAVP tratados através de ressecção em cunha ou lobectomia. **RESULTADOS:** Caso 1: JAP, 32 anos, masculino, branco, referindo cianose em lábios, mãos e orelhas há 15 anos; tosse seca, que evoluiu para produtiva; dispnéia aos médios esforços. Irmão e tio portadores de telangiectasias. Gasometria: pH 7,46; pO₂ 48mmHg; satO₂ 89,3%. A arteriografia pulmonar mostrou FAVP em língua e lobo superior esquerdo. Realizou-se ressecção em cunha com melhora da hipoxemia. Caso 2: JJR, 49 anos, masculino, branco, referindo dispnéia súbita e dor pleurítica à direita há 5 anos; episódios de hemoptise e epistaxe. História familiar de epistaxes e telangiectasia mucocutânea. Gasometria: pH 7,48; pO₂ 56mmHg; satO₂ 91,4%. Realizou-se ressecção em cunha e houve total remissão dos sintomas. Caso 3: KPJ, 29 anos, masculino, branco, referindo hemoptóxicos e dispnéia aos médios esforços há 5 anos. Apresenta telangiectasias em mucosa oral e hipocratismo digital. História familiar de hipocratismo digital. Gasometria: pH 7,39; pO₂ 42,7mmHg; satO₂ 79%. A angiotomografia de tórax mostrou imagens sugestivas de FAVP em lobo inferior esquerdo e língua. Realizou-se lobectomia e houve melhora do quadro clínico. **DISCUSSÃO:** A FAVP, congênita ou adquirida, é uma doença de difícil diagnóstico. Nos casos relatados, houve suspeição clínica e confirmação por exames de imagem e gasometria arterial. Houve significativa melhora dos quadros clínicos e das funções pulmonares com a instituição do tratamento cirúrgico.

P.122 SARCOMA DE VESÍCULA BILIAR COM METÁTASE PULMONAR

RIVABEN JH*, HONDA SB*, EPITÁCIO BCF*, FARIA RA*, SQUEFF FA*, BIZON JA*, GONÇALVES R*, DINO MARTINI DP*, GERACE ES*, BOTTER M*, SAAD JR. R*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Sarcoma de vesícula biliar é uma neoplasia maligna de origem mensequimal extremamente rara nesta localização e de comportamento clínico agressivo. **OBJETIVO:** Relatar caso de tumor de sítio primário e metastático raro e evolução insatisfatória. **RELATO DO CASO:** Paciente, 27 anos, sem antecedentes, admitida no hospital com história de dor torácica anterior com irradiação para região dorsal, com início há três meses e dor região epigástrica pós-prandial associada a náuseas. Evoluiu no último mês com emagrecimento, disfagia e rouquidão. Realizado Raio X de tórax e TC de tórax que evidenciaram volumoso tumor localizado em região torácica esquerda, heterogêneo de limites mal definidos e com desvio de estruturas mediastinais. Apresentava exames laboratoriais normais. Paciente apresentou quadro de desconforto respiratório súbito associado a rebaixamento do nível de consciência seguida de parada cardíaca irreversível. A necropsia revelou, na região fúndica da vesícula biliar, um polipóide medindo 3,0 x 2,0 x 1,0 cm, com crateres semelhantes à "carne de peixe". No pulmão, evidenciou-se, em região apical de lobo superior esquerdo e mediastino, tumor com os mesmos caracteres da vesícula biliar, porém com áreas de necrose extensa, medindo 15,0x8,0x5,0 cm. O exame microscópico de ambos constatou diagnóstico de Sarcoma de Alto Grau primário de vesícula biliar com metástase pulmonar. **CONCLUSÃO:** Sarcoma de vesícula biliar é uma neoplasia rara e agressiva, correspondendo a 1,4/ 1000 casos de neoplasia de vesícula. O encontro de metástases é frequente no momento do diagnóstico. O prognóstico é sombrio, sendo o óbito o desfecho mais encontrado.

P.123 TUMOR DE CÉLULAS GERMINATIVAS MISTO DE MEDIASTINO

RIVABEN JH*, TANIL AT*, FARIA RA*, SAIEG MTA*, GONÇALVES R*, BOTTER M*, DORGAN NETO V*, GERACE ES*, BIZON JA*, SQUEFF FA*, SAAD JR. R*

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os tumores de células germinativas representam 3 a 10% dos tumores primários de mediastino anterior. O tumor misto caracteriza-se por ser um tumor de células germinativas extremamente raro, de comportamento agressivo e evolução desfavorável. **OBJETIVO:** Relatar caso de tumor de mediastino anterior com evolução satisfatória após cirurgia e quimioterapia. **RELATO DO CASO:** CAO, 28 anos, masculino, com história de dor região escapular esquerda com irradiação para região torácica anterior há três meses. Evoluiu com dispnéia, tosse e piora da dor. Na investigação, foi observado tumor em mediastino anterior, com marcadores tumorais normais. Paciente foi submetido à esternotomia e toracotomia anterior esquerda, seguido de timectomia, pneumonectomia, pericardiectomia parcial e ressecção tumoral. Não apresentou intercorrências no pós-operatório. O anátomo-patológico revelou tumor de células germinativas misto (80% tumor de seio endodérmico, 10% carcinoma embrionário e 10% coriocarcinoma). Diante de tais achados, foi iniciado quimioterapia com VP16, Cisplatina. Até o P0 6 meses não apresentou evidências de recidiva. **CONCLUSÃO:** Tumores misto de mediastino, quando adequadamente tratados com ressecção e quimioterapia, apresentam boa evolução.

P.124 DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE UM CASO

MENEZES AQ*, LITAIF LRL*, CATTEBEKE TMH*, MELO JS*

INSTITUIÇÃO: PRONTICORD HOSPITAL DO CORAÇÃO - MANAUS - AM*

INTRODUÇÃO: A doença de Behçet é uma afecção sistêmica de causa desconhecida que acomete mais frequentemente o sexo masculino, iniciando-se na terceira década, tendo como tríade clínica fundamental a presença de úlceras orais e genitais recorrentes, e uveíte. **RELATO:** Mulher, 41 anos, foi internada com o quadro de hemoptise importante, dispnéia, perda ponderal, astenia e febre. A TC de tórax evidenciou presença de massa em lobo inferior direito, linfadenomegalia hilar bilateral e nódulo em lobo inferior esquerdo. Apesar de várias baciloscopias negativas estava em tratamento presuntivo para tuberculose há 30 dias, sem melhora do quadro. Evoluiu com episódio de hemoptise maciça, sendo submetida a ventilação mecânica em CTI. A broncofibroscopia visualizou sinais de sangramento em óstio do lobo inferior direito, sendo efetuada biópsia transbrônquica e lavado broncoalveolar, cujo resultado foi a presença de cãndida sp, sendo a paciente submetida a tratamento sistêmico com antifúngico. Evoluiu com melhora clínica e ausência de sangramento, recebendo alta do CTI seguida de alta hospitalar 7 dias depois. Foi solicitada nova TC do tórax, realizada com aparelho helicoidal, sendo evidenciada a presença de aneurismas múltiplos de artérias pulmonares, confirmados pela angioressonância magnética, sendo este achado compatível com doença de Behçet. Ao ser interrogada, a paciente referiu episódios de ulceração oral com recorrência de mais de 3 vezes ao ano. Foi iniciado tratamento com corticoterapia, encontrando-se assintomática até o momento. **DISCUSSÃO:** Foi descrita pela primeira vez por Hulusi Behçet em 1937 em pacientes com úlceras aftosas orais recorrentes, úlceras genitais e uveíte. Além destes achados, podem estar presentes: sinovite, tromboflebite e sintomas envolvendo o SNC e trato gastrointestinal. Aneurismas da artéria pulmonar e, mais raramente, manifestações pleuropulmonares podem ser encontradas. Em razão da falta de testes laboratoriais ou aspectos histopatológicos específicos, os critérios clínicos devem ser utilizados para estabelecer o diagnóstico da doença de Behçet. O tratamento com corticóides e/ou imunossuppressores pode ser benéfico. **CONCLUSÃO:** Apresentamos um caso de doença de Behçet em uma mulher de 41 anos, tendo a hemoptise como principal manifestação inicial e cujo diagnóstico foi aventado pelo achado tomográfico de múltiplos aneurismas em artérias pulmonares.

P.125 SCHWANOMA GIGANTE

JUDICE LF*, MOURAD OMA*, BORGES FILHO ABC*, RAMOS LMC*, ANDRADE JO*,

ANNUNZIATA TB*, CARVALHO R*, SANTOS FCB*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF - NITERÓI - RJ

INTRODUÇÃO: O schwanoma é o tipo de tumor neurogênico mais frequente no mediastino, podendo ser benigno (neurilemoma e neurofibroma), maligno (schwanoma maligno e sarcoma neurogênico) ou as duas formas associadas (neurofibromatose de Von Reckling Hausen). Os neurilemomas, ou schwannomas benignos são tumores derivados de nervos periféricos firmemente encapsulados, com tom acinzentado, nos quais as células são idênticas ao sincício do tronco dos nervos ou as células de schwam. As células se proliferam dentro do endoneuro e o perineuro forma a cápsula. Elas dispõem-se paralelamente às fibras nervosa sem intervir na condução do estímulo, ao contrário do que ocorre no neurofibroma. Grandes schwannomas são geralmente heterogêneos com áreas de degenerações císticas ou hemorrágicas e podem conter pequenas calcificações. O schwanoma é um tumor de crescimento lento, logo os sintomas são tardios por compressão de estruturas adjacentes causando mais frequentemente dor torácica e tosse. Dessa forma a maioria dos pacientes é assintomática no momento do diagnóstico que geralmente decorre de um achado incidental num RX de tórax simples. **OBJETIVO:** Relatar um caso de schwanoma com vinte anos de evolução, formando um tumor de grandes proporções, causando restrição à função pulmonar. Após ressecção cirúrgica houve reexpansão pulmonar completa. **MÉTODO:** Paciente de 72 anos apresentando, massa torácica em goteira costo-vertebral esquerda ao nível da quarta vértebra torácica, com diagnóstico radiológico há vinte anos, evoluindo com aumento do volume da mesma, dor torácica e dispnéia aos esforços. Após avaliação clínico-radiológica foi submetido com sucesso a tratamento cirúrgico para ressecção do tumor. **RESULTADOS:** Após a ressecção cirúrgica houve reexpansão completa do pulmão e melhora sintomática. **CONCLUSÃO:** O tratamento de escolha é a ressecção total de massa mediante toracotomia por acesso axilar ou posterior de acordo com o tamanho e localização do tumor, ou por cirurgia guiada por toracosopia que é ultimamente a preferida nos tumores benignos de mediastino posterior, uma vez que é segura, requer menor tempo cirúrgico, leva a menor desconforto doloroso no pós-operatório, além de necessitar de menor tempo de internação em relação à cirurgia convencional por toracotomia. Toda a massa retirada deve ser enviada para histopatologia para a confirmação do caráter benigno do tumor, não sendo necessário tratamento adjuvante. O prognóstico do schwanoma com ressecção total é excelente, sendo incomum a recidiva e a transformação maligna extremamente rara.

P.126 SINOVIOSSARCOMA DE MEDIASTINO - RELATO DE CASO

BALIEIRO MA*, SAITO EH*, COSTA BP*, NUNES RA*, HIGA C*, LIMA CD*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO - RIO DE JANEIRO - RJ

Os sinoviossarcomas de mediastino são extremamente raros. Na literatura inglesa foram descritos apenas 7 casos de sinoviossarcomas primários de mediastino. Descrevemos o caso de DAMV, masculino, 30 anos, natural do RJ, internado para investigação de dor torácica, dispnéia e disfonía. Exames complementares de imagem (Rx, TC e RM) demonstraram volumosa tumoração mediastinal. Submetido inicialmente a biópsia por mediastinotomia para estudo histológico e imunohistoquímico. Com o diagnóstico de sinoviossarcoma e aparente irrecalcabilidade da volumosa tumoração mediastinal, o paciente foi submetido à quimioterapia neoadjuvante com boa resposta. Com a diminuição da massa tumoral e com a melhora da função respiratória o mesmo foi submetido à ressecção da neoplasia mediastinal e lobectomia superior esquerda devido à infiltração neoplásica por contigüidade. O paciente teve uma excelente evolução pós-operatória e se encontra em acompanhamento ambulatorial.

P.127 CARCINOMA DE TIREÓIDE COM INVASÃO TRAQUEAL: UMA CAUSA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

MENEZES AQ*, CATTEBEKE TMH*, CATTEBEKE LCH*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SANTA JÚLIA - MANAUS - AM*

INTRODUÇÃO: Tumores primários da traquéia são raros com uma incidência de menos de 0,2 por 100.000 pessoas por ano. Relatamos o caso de uma paciente com o achado de tumor traqueal, ocasionando obstrução respiratória, porém com o diagnóstico definitivo de carcinoma

de tireóide com invasão da traquéia. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 79 anos, foi internada com o quadro clínico de insuficiência respiratória, com presença de dispnéia, cornagem e tiragem intercostal. Foi submetida a broncofibroscopia com o achado de tumoração traqueal em parede lateral esquerda a cerca de 3 cm das cordas vocais, ocupando em torno de 80% da luz traqueal. A paciente foi submetida a traqueostomia e posterior traqueoscopia rígida com ressecção da tumoração. Após melhora do quadro respiratório a paciente realizou TC de tórax e pescoço que evidenciaram a presença de tumoração em topografia de tireóide com extensão para a luz traqueal e a presença de nódulo pulmonar em lobo superior esquerdo, além de imagem de destruição óssea em corpo vertebral sugestivos de processo metastático. Em vista do quadro clínico e radiológico a paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia sendo submetida a tratamento paliativo. **DISCUSSÃO:** A invasão lanringotraqueal por um carcinoma de tireóide é um significante fator prognóstico independente, pois facilmente causa dispnéia e diminui de forma importante a taxa de sobrevivência em 5 anos. Cirurgias menos agressivas podem ser consideradas nos casos de carcinoma de tireóide invadindo a parede traqueal, porém na presença de invasão intraluminal da traquéia, causando hemoptise e obstrução da via aérea, é necessária ressecção radical. A paciente de nosso relato não foi submetida a tratamento cirúrgico em vista de três fatores: performance status da paciente, sinais radiológicos sugestivos de metástases e a não autorização da família. **CONCLUSÃO:** Apresentamos o caso de uma paciente, idosa, com quadro clínico de obstrução respiratória alta e o achado esperado de tumoração traqueal, porém com o diagnóstico insuspeito de carcinoma de tireóide invadindo a traquéia e ocasionando o quadro de insuficiência respiratória

P.128 MICROCARCINOMA PAPÍLIFERO MULTIFOCAL EM PACIENTE INTERNADA NO HOSPITAL UNIVERSITARIO PRESIDENTE DUTRA

MARTINS NLF*, MELO SPC*, PEREIRA NETO JA*, NÓBREGA EM*, SÁ LLC*, RIBEIRO LFP*, CAPOTE PTF*, MONTE MC*, CUTRIM ES*
Instituição: Universidade Federal do Maranhão - UFMA - São Luis - MA*
INTRODUÇÃO: O carcinoma folicular de tireóide se caracteriza por lesões nodulares solitárias e alcança de 5% a 40% das neoplasias malignas da tireóide, variando de acordo com a presença de fatores de risco, como, por exemplo, dieta deficiente em iodo. As metástases do carcinoma folicular são raras, sendo os locais mais acometidos os ossos, pulmão, cérebro e fígado. As metástases ósseas são descritas em 1% a 4% dos casos de câncer de tireóide bem diferenciado. **OBJETIVO:** Apresentar um caso de metástase intraesternal de um nódulo de carcinoma de tireóide de padrão folicular, diagnosticado por exame histopatológico e imunohistoquímico. **MÉTODO:** A paciente foi submetida a investigação do sítio primário. A ultrassonografia da glândula mostrou um nódulo em lobo esquerdo de 0,4 cm, em que a punção deste não foi possível devido as pequenas dimensões. **RESULTADOS:** A cintilografia óssea mostrou hipercaptção em calota craniana. A tomografia de crânio não revelou metástase aparente nessa região. A paciente submeteu-se a a tireoidectomia total 8 meses após a ressecção do tumor esternal. O exame anatomopatológico da glândula mostrou macroscopicamente uma área de retração no terço médio do lobo esquerdo de cerca de 0,1 cm. Ao microscópio, visualizou-se 2 lesões nodulares: um nódulo encapsulado de 0,1 cm no terço médio do lobo esquerdo e outro nódulo não-encapsulado de 0,3 cm no terço médio do lobo esquerdo. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico histopatológico concluiu com microcarcinoma papilífero multifocal de padrão folicular.

P.129 HIDROTÓRAX HEPÁTICO - A PROPÓSITO DE CINCO CASOS

FONSECA NETO OCL*, MORAES RP*, FERRAZ PEC*, LUSTOSA RJC*, LUSTOSA ES*, ARAÚJO JF*, LACERDA CM*
Instituição: SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE - RECIFE - PE*
INTRODUÇÃO: Hidrotórax hepático é definido como um acúmulo de fluido pleural significativo em paciente cirrótico sem doença cardíaca ou pulmonar primária. Pode ocorrer em 4% - 6% dos cirróticos e a presença de ascite não é a regra. A etiologia da doença hepática não influencia no aparecimento desse derrame pleural. A maior morbimortalidade dos pacientes acometidos incentiva a agressividade do seu manejo. **OBJETIVO:** Descrever a experiência no manejo terapêutico em pacientes com doença hepática terminal com hidrotórax. **MÉTODO:** Análise retrospectiva através dos prontuários dos pacientes tratados com hidrotórax entre janeiro de 2002 e novembro de 2006 no Serviço de Cirurgia Geral e Transplante Hepático do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. **RESULTADOS:** Todos os pacientes eram do sexo feminino. A idade variou de 23 a 55 anos. O lado direito do tórax foi o único acometido (100%). Síndrome de Budd Chiari (2), cirrose por vírus da hepatite C (2), cirrose por álcool (1) foram as etiologias da doença hepática. Quanto à reserva funcional hepática (child-pugh-turcotte) em apenas uma era boa (child - 1, child C - 3). O tratamento inicial com toracocenteses ocorreu em todos. A refratariedade ao manejo clínico indicou as opções cirúrgicas: TIPPS (1), Aoposição de talco pleural (2). Em dois casos não foi realizado o procedimento cruento: em uma, houve formação de fistula pleuro-cutânea-infecção-sepse-óbito; em outra, foi submetida a transplante hepático quando esperava pelo TIPPS. O sucesso ocorreu em todos os casos com manuseio cirúrgico. **CONCLUSÃO:** Pacientes com hidrotórax hepático usualmente tem doença hepática avançada com hipertensão portal e as estratégias de tratamento servem como ponte para o transplante de fígado.

P.130 PRÉ-CONDICIONAMENTO ISQUÊMICO EM MODELO DE ISQUEMIA-REPERFUSÃO PULMONAR EM RATO

PILLA ES*, VENDRAME GS*, ANDRADE CF*
Instituição: LABORATÓRIO DE FISILOGIA DIGESTIV, DEPARTAMENTO DE FISILOGIA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS - PORTO ALEGRE - RS*
INTRODUÇÃO: Pré-condicionamento isquêmico (PI) consiste em episódio breve de isquemia que promoveria paradoxalmente uma proteção tecidual contra episódio isquêmico prolongado subsequente. Uma vez que atua inibindo a ativação de polimorfonucleares e a produção de espécies reativas de oxigênio, pode ser útil na preservação pulmonar para transplante. **OBJETIVO:** Avaliar o efeito do pré-condicionamento isquêmico em modelo de isquemia/reperfusão pulmonar em ratos. **MÉTODO:** 21 ratos Wistar foram randomizados em 4 grupos: controle(C), sham(S), isquemia/reperfusão(IR), pré-condicionamento isquêmico(PI). Após anestesia com cetamina (100mg/KgIP) e xilazina (15 mg/KgIP), foram traqueostomizados e ventilados (VC = 10ml/Kg, FR = 80irpm, FiO₂ = 0,2). A artéria carótida esquerda foi canulada para monitorização da pressão arterial média e coleta de gasometria arterial. O grupo C foi submetido à anestesia seguida por decapitação, não sendo ventilado. Os demais grupos foram

submetidos a uma toracotomia esquerda, com clameamento da artéria pulmonar esquerda. No grupo S ocorreu apenas a dissecação hilar e no grupo IR procedeu-se com clameamento hilar de 30. No grupo PI a artéria pulmonar esquerda foi clameada por 5 (pré-condicionamento), seguidos de reperfusão por 10 e clameamento hilar de 30. Após este período nos grupos S, PR e PI os pulmões foram reperfundidos por 90'. Os animais foram sacrificados, o pulmão esquerdo congelado para medidas de lipoperoxidação (LPO) através das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS). As gasometrias arteriais foram obtidas: pré-toracotomia, antes do clameamento hilar, 30 após a reperfusão e antes do sacrifício (90 reperfusão). Análise estatística utilizou ANOVA e teste T de Student (p < 0,05). **RESULTADOS:** Valores médios das medidas de lipoperoxidação do tecido pulmonar nos grupos C, S, IR e PI foram: 0,41 ± 0,07; 0,34 ± 0,06; 0,41 ± 0,03; 0,51 ± 0,05 demonstrando uma tendência ao aumento da lipoperoxidação no grupo PI, porém sem diferenças significativas. Os valores da PaO₂ e PCO₂ arterial nos 4 tempos de coleta nos grupos S, IR e PI não demonstraram diferenças significativas. **CONCLUSÃO:** O PI pulmonar de 5' seguido de isquemia de 30' e reperfusão neste modelo aumentou a LPO do tecido pulmonar, mas não altera significativamente as trocas gasosas.

P.131 TUMOR CARCINÓIDE E SEQÜESTRO PULMONAR - RELATO DE CASO WESTPHAL FL*

Instituição: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS - UEAM - MANAUS - AM*
INTRODUÇÃO: Em nosso meio, as doenças que cursam com bronquiectasias são numerosas, principalmente as de causa infecciosas, com destaque para a tuberculose. Outras causas como síndrome dos cílios imóveis e seqüestro pulmonar não podem ser esquecidas. Há necessidade de tratamento cirúrgico em grande parte dos pacientes, tendo como indicação as infecções de repetição e hemoptises causadas pela doença. O achado de neoplasia em paciente com bronquiectasia é indicação de ressecção pulmonar, mesmo em casos de tumores benignos, como o carcinóide típico, pela possibilidade de obstrução brônquica. **OBJETIVO:** Relatar caso de paciente com tumoração endobrônquica, submetido à ressecção pulmonar com intercorrências de sangramento devido a seqüestro pulmonar, atendido pelo Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Beneficente Português de Manaus. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, apresenta pneumonia de repetição evoluindo com episódios esporádicos de tosse produtiva e febre. Solicitado tomografia computadorizada de tórax que mostrou bronquiectasias císticas em lobo inferior direito. Foi submetida a broncofibroscopia que teve como achado lesão tumoral em brônquio intermediário, a biopsia da tumoração apresentou como resultado tumor carcinóide típico. Realizado toracotomia posterolateral direita com bilobectomia (lobo médio e lobo inferior direito), apresentou como complicação intra-operatória sangramento após secção do ligamento pulmonar devido a artéria anômala que irrigava o parênquima pulmonar tendo controle da hemostasia após ligadura da mesma. Paciente com boa evolução pós-operatória tendo alta no quinto dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** As complicações devido à ressecção em pacientes com seqüestro pulmonar são muitas vezes graves, podendo levar a óbito por choque hipovolêmico pelo fato da artéria que participa da formação da anomalia ser sistêmica, com grande pressão e em alguns casos após a lesão da mesma, esta retrai para a cavidade abdominal, tornando seu controle ainda mais difícil. Em pacientes com bronquiectasia de lobos inferiores, principalmente naqueles que não se observa causas conhecidas, o cirurgião deve pensar em seqüestro pulmonar para evitar as complicações pertinentes a esses casos, apesar da etiologia ter sido associada ao tumor carcinóide.

P.132 LIPOBLASTOMA DE PAREDE TORÁCICA: RELATO DE 2 CASOS

SANTOS JPV*, FATURETO MC*, OLIVEIRA ET*, PEREZ-BÓSCOLO AC*, MENDES AAG*, SILVA RC*, LOPES PO*
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM - UBERABA - MG*
Lipoblastoma é um raro tumor benigno derivado do tecido mesenquimal embrionário, do tecido adiposo branco. É encontrado em lactentes e tem como características a capacidade de crescimento rápido e infiltração local, porém não dá metástases. Ocorre mais comumente em extremidades, mas pode ocorrer no pescoço, parede torácica, mediastino e na região paravertebral. Duas formas são relatadas: a local e a difusa ou infiltrativa (lipoblastomose). A ressecção cirúrgica da lesão circunscrita é curativa, mas a forma difusa pode recidivar. Objetivamos com esse relato, mostrar 2 casos de lipoblastoma torácico: o primeiro curado na cirurgia inicial e o segundo apresentando recidiva 5 meses após a exérese tumoral. **RELATO DOS CASOS:** CASO 1: I.G.C.S, masculino, 12 meses, 10,5kg, com tumoração em região infra-axilar direita havia 4 meses. Houve crescimento considerável no período, porém sem alterações respiratórias ou perda ponderal. Ao exame, havia massa amolecida, infra-axilar direita, de 8x6cm de diâmetro, aderida aos planos profundos; ausência de gânglios axilares e cervicais palpáveis; ausculta pulmonar normal. O RX de tórax mostrava opacidade parenquimatosa para-cardíaca direita com espessamento pleuro-costal. A TC evidenciou uma massa torácica parietal direita, sem invasão de estruturas adjacentes. Foi realizada biópsia incisional. O diagnóstico foi de lipoblastoma após imunoistoquímica. Foi indicada e realizada a toracectomia com exérese parcial dos 6º e 7º arcos costais. O anatomopatológico (AP) confirmou lipoblastoma com margens livres. A criança segue em acompanhamento regular. CASO 2: P.G.O.S, masculino, 6 meses, 3200g, com massa em região infra-clavicular e cervical direita havia 1 mês, sem sinais flogísticos, perda ponderal ou dispnéia. Ao exame, massa borrachosa de 10,5cm de diâmetro com extensão axilar. O US definiu uma consistência sólida e contornos lobulados. A TC mostrou compressão traqueal e do ápice pulmonar daquele lado. Foi realizada exérese da massa por cervicotomia direita, não havia invasão da musculatura peitoral. O "AP" mostrou lipoblastoma. Após 5 meses notou-se recidiva, houve necessidade de uma toracotomia extra-pleural. O paciente faz acompanhamento regular, sem sinais de nova recidiva. **DISCUSSÃO:** Lipoblastoma é tumor incomum, mesenquimal e benigno, com aproximadamente 170 casos descritos. Ocorre na infância e 90% dos pacientes tem idade inferior a 3 anos. Apresenta crescimento rápido e os sintomas dependem do diâmetro e da localização do tumor. Localiza-se tipicamente na região de cabeça e pescoço, mediastino e retroperitônio. Sítios esporádicos são a pleura, o pulmão, mediastino e a parede torácica. Histologicamente é composto por lipoblastos em diferentes estágios de maturação, porém sem atipias. Apresenta bom prognóstico se for possível a exérese completa da lesão. As recidivas podem acontecer em ressecções incompletas e na forma difusa do lipoblastoma.

P.133 TUMOR CARCINÓIDE COM GRANDE REPERCUSSÃO SISTÊMICA

RYMKIEWICZ E*, PERFEITO JAJ*, OLIVEIRA R*, SARMENTO PA*, OLIVEIRA A*, FORTE V*, LEÃO LEV*

INSTITUIÇÃO: DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO Os tumores carcinóides representam de 0,4 a 3% dos tumores pulmonares e são neoplasias de baixa malignidade. 90% são da variedade típica. Raramente, o carcinóide pulmonar leva a sintomas sistêmicos. O tratamento cirúrgico permite a cura em 95% dos carcinóides típicos. **RELATO CLÍNICO:** Paciente masculino de 45 anos deu entrada no PS do Hospital São Paulo com quadro de descompensação diabética e paresia de membros. Relatava diagnóstico de acidente vascular cerebral, há 8 meses da internação. Na ocasião, realizaram diagnóstico de tumor de pulmão neuroendócrino em biópsia por broncoscopia, além de HAS e DM de difícil controle. Durante a internação, o paciente foi avaliado pela endocrinologia, hematologia e neurologia. A endocrinologia iniciou tratamento para o hipercortisolismo secundário a doença de base, com cetoconazol, visando realizar a adrenalectomia química. A hematologia avaliou-o por plaquetopenia e anemia diagnosticadas como eritrofagocitose intra-medular decorrentes do tumor. A equipe da neurologia realizou o diagnóstico de poliradiculoneuropatia secundária. Após avaliação multidisciplinar, o paciente ficou com diagnóstico de tumor carcinóide típico de pulmão com síndrome paraneoplásica. Optou-se por compensação clínica para programação cirúrgica. A broncoscopia mostrou lesão polipóide, obstrutiva total do ostio brônquico de segmento ápico-posterior de lobo superior E. O estadiamento realizado não mostrou lesões secundárias. Após melhora clínica, paciente foi operado e submetido a lobectomia superior E e esvaziamento linfonodal radical. O exame anatomopatológico confirmou diagnóstico de tumor carcinóide típico. Paciente recebeu alta hospitalar no 9º pós-operatório. Hoje, com 5 meses de pós-operatório, apresenta melhora da força muscular (FM grau IV em MMII e FM grau V em MMSS) com controle da pressão arterial e da diabetes, em uso de menor quantidade de medicação anti-hipertensiva e apenas com dieta para diabetes. **DISCUSSÃO:** O tumor carcinóide pode apresentar sintomas sistêmicos com grande repercussão e essa possibilidade deve ser pensada. Neste caso, foi necessária e imprescindível a avaliação multidisciplinar para o diagnóstico e a compensação clínica pré-operatória o que permitiu que o paciente fosse operado evoluindo com grande melhora na qualidade de vida.

P.134 MEDIASTINITE NECROTIZANTE POR TRAUMA TORÁCICO FECHADO MOREIRA MLR*, BRASILEIRO ACL*, COELHO JR*

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA*

INTRODUÇÃO: Mediastinite é um grave processo inflamatório e/ou infeccioso do tecido conectivo do mediastino. Ocorre na maioria das vezes em pós-operatórios de esternotomias medianas. Tem uma alta morbi-mortalidade e é mais prevalente no sexo masculino. Alguns fatores predis põem a esse quadro: tabagismo, diabetes mellitus, DPOC, corticoterapia, permanência prolongada em UTI. **OBJETIVO:** Relatar um caso de mediastinite necrotizante por trauma fechado. **MÉTODOS:** Acompanhou-se uma paciente no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL) com diagnóstico de mediastinite necrotizante e submetida a tratamentos cirúrgico e clínico, com excelente resposta terapêutica. **RESULTADOS:** VBL, 13 anos, feminina, natural e procedente de João Pessoa, com relato de pequeno trauma fechado de tórax há 4 dias, referindo dores em região torácica anterior, de forte intensidade. Há 3 dias, a dor aumentou em intensidade, tornando-se ventilatório-dependente, além de inchaço de mesma região, febre e adinamia. Ao exame do tórax, edema em região torácica anterior, dor à palpação; MV rude em AHTX e discreto atrito pleural. A radiografia de tórax, em PA, evidenciou derrame pleural bilateral, maior à esquerda; em perfil, aumento de partes moles em região anterior do tórax e disjunção óssea maior que a esperada para a idade, em junção manúbrio-esternal. A tomografia de tórax mostrava os derrames tipicamente localizados, fraturas de esterno e sinais de infecção mediastinal. A paciente foi submetida a toracotomia bilateral, com decorticação pleural ampla, limpeza mecânica de mediastino, drenagem torácica bilateral (dois drenos à esquerda e um à direita), debridamento mecânico amplo de lesão anterior, com curetagem óssea. No seguimento pós-operatório realizou-se antibioticoterapia com ampla cobertura para gram +, gram - e anaeróbios. A paciente recebeu alta hospitalar em sete dias, em excelente estado geral e sem intercorrências em doze meses de seguimento. **DISCUSSÃO:** A mediastinite de origem por trauma fechado é incomum. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para sucesso no tratamento. A cirurgia é imperativa para o controle do sítio infeccioso.

P.135 TERAPIA NEOADJUVANTE FACILITANDO A RESSECÇÃO DE CÂNCER DE PULMÃO - RELATO DE CASO.

SAITO EH*, BORGUEZAN BM*, COUTINHO M*, LIMA CD*, NUNES RA*, NORONHA A*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO - RIO DE JANEIRO - RJ*

Relatamos o caso do paciente VRM, 58a, Registro-HUPE 1267673, portador de carcinoma epidermóide de lobo superior direito com invasão de parede torácica e que foi submetido a terapia neoadjuvante com quimio e radioterapia. Houve diminuição da massa tumoral com a terapia neoadjuvante e melhora das condições clínicas neste período. O paciente foi submetido a cirurgia onde se encontrou tumoração de consistência firme aderida à parede torácica, porém facilmente ressecada por descolamento extra músculo-periostal tipo "gaiola de passarinho" (Técnica de Ribeiro-Netto). Neste caso a terapia neoadjuvante proporcionou uma ressecção mais completa sem a necessidade de se realizar ressecções de costelas (toracectomia).

P.136 SÍNDROME NEFRÓTICA ASSOCIADA À INSUFICIÊNCIA RENAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DO CARCINOMA DE PULMÃO

MUSSI RK*, BRANDÃO SLB*

INSTITUIÇÃO: SOCIEDADE BENEFICENTE CENTRO MÉDICO DE CSAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: A síndrome nefrótica paraneoplásica (SNP) é rara, mas quando ocorre está mais comumente associada ao carcinoma pulmonar. A lesão glomerular mais freqüente nesses casos é a nefropatia membranosa, a qual ocorre devido a depósitos de complexo antígeno-anticorpo na membrana basal. No caso da associação de câncer de pulmão e glomerulonefrite membranosa, o antígeno é provavelmente desenvolvido pela presença do carcinoma, resultando na formação do imunocomplexo. A resolução completa da SNP está vinculada à ressecção da neoplasia pulmonar. **OBJETIVO:** Discutir os aspectos envolvidos na associação entre SNP e carcinoma de pulmão. **MÉTODO:** Relato do caso de um paciente com quadro de síndrome nefrótica associada à insuficiência renal como primeira manifestação de adenocarcinoma de pulmão e breve revisão de literatura. **RESULTADOS:** O tratamento cirúrgico que poderia solucionar com mais eficiência a síndrome nefrótica não foi possível neste caso devido à debilidade clínica apesar da intensiva reabilitação nutricional e fisioterápica. **CONCLUSÃO:** Há uma distinção na distribuição das doenças glomerulares nos carcinomas, sendo a maioria delas correspondente a glomerulonefrite membranosa (89% dos casos). A incidência de síndrome nefrótica é menor nos pacientes com outras neoplasias que não de pulmão, sugerindo que outros fatores ainda desconhecidos estão envolvidos na etiologia da SNP associada ao câncer. A ressecção cirúrgica do tumor costuma ser resolutive para a SNP, no entanto, quando a neoplasia de pulmão é irressecável ou as condições clínicas do paciente a contra-indiquem, não há terapia padronizada para a SNP, com relatos eventuais da utilização de radioterapia para os tumores em geral e da corticoterapia para os tumores carcinóides.

P.137 NEOPLASIA MESENQUIMAL RARA EM PAREDE TORACICA DE PACIENTE INTERNADO NO HOSPITAL UNIVERSITARIO PESIDENTE DUTRA.

MARTINS NLP*, MELO SPC*, PEREIRA NETO JA*, NÓBREGA EM*, SÁ LLC*,

RIBEIRO LFF*, CAPOTE PTF*, MONTE MC*, CUTRIM ES*

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA - SÃO LUIS - MA*

INTRODUÇÃO: Os tumores de parede torácica são infreqüentes, representam cerca de 2% a 5% dos tumores torácicos. O sarcoma fusocelular, por sua vez, apresenta uma menor taxa de incidência entre as referidas neoplasias. **OBJETIVO:** Relatar um caso de sarcoma fusocelular de alto grau com diferenciação osteossarcomatosa em parede torácica. **MÉTODO:** Foi acompanhado um paciente do sexo masculino, 71 anos, foi admitido no Hospital Universitário Presidente Dutra-UFMA apresentando recidiva de massa em região axilar bilateral. **RESULTADO:** A radiografia de tórax mostrou lesão de densidade semelhante a partes moles, de contornos irregulares e de localização justa pleural na base direita. A cintilografia óssea apresentou hiper captação difusa e irregular do traçado na região escapular esquerda, cujo padrão sugeriu neoplasia óssea primária, além de hiper captação focal de pedículos vertebrais de L1 e extenso comprometimento de tecidos moles e lesão costal subjacente ao sexto arco esquerdo. O laudo histopatológico foi característico de sarcoma fusocelular de alto grau com áreas anaplásicas, presença de áreas condróides e formação osteóide. O estudo imunohistoquímico com material retirado de nódulos de pulmão direito e de parede torácica, revelou negatividade para actina muscular, EMA, CD34, CD99, desmina e proteína S-100, concluindo como sarcoma fusocelular de alto grau com diferenciação osteossarcomatosa. O paciente estadiado com T2BNxM1, foi submetido a quimioterapia e radioterapia, evoluindo com piora do quadro geral chegando à óbito em menos de um ano após diagnóstico. **CONCLUSÃO:** Para evitarmos recorrências locais, a ressecção do tumor deve constar de margens adequadas e de uma confirmação anatomopatológica de margens livres.

P.138 CISTOS E TUMORES DO MEDIASTINO:TRATAMENTO E AVALIAÇÃO NA FASE HOSPITALAR

LIMA LC*

INSTITUIÇÃO: F. CECON*

INTRODUÇÃO: As massas mediastinais variam desde cistos ou tumores. Os tumores neurogênicos, timomas e cistos benignos abrangem 60% de todas as lesões passíveis de ressecção cirúrgica, enquanto os linfomas, teratomas e doenças granulomatosas correspondem juntas a 30%. As lesões não cirúrgicas, lesões vasculares, aneurisma da aorta típico, constituem 10% das massas mediastinais. **OBJETIVO:** Avaliar os pacientes portadores de tumores do mediastino, submetidos a tratamento cirúrgico, com relação a idade, sexo, tipo histológico, tratamento adjuvante, fatores prognósticos e complicações. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de dados de 48 prontuários médicos no período compreendido entre março de 1991 a janeiro de 2005, de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos devido à presença de cistos ou tumores do mediastino. **RESULTADO:** Do total, 31(65%) pacientes eram do sexo feminino e 17(35%) do sexo masculino. A faixa etária variou de 5 a 93 anos com uma média de 40 anos. Trinta e um pacientes (64,58%) foram submetidos a toracotomia, quatro(8,33%) pacientes a videotoracoscopia e 11(22,91%) pacientes submetidos à biópsia isolada. Com relação ao tipo histológico, 11 casos correspondiam a timomas, 9 linfomas, 8 tumores neurogênicos, 5 cistos, 2 teratomas, lipomas em 1 A radioterapia e quimioterapia foi utilizada em 9 (18,75%) dos pacientes. **CONCLUSÃO:** Não há diferença significativa entre as incidências do timoma, linfoma e os tumores neurogênicos, nesta série. - Ocorreu associação de doenças de base imunológica como a Miastenia gravis e a aplasia medular com alguns tipos de tumores, principalmente o timoma. - Em nosso meio as mulheres são mais acometidas pelas massas mediastinais do que os homens.