

# IX Congresso Mineiro de Pneumologia e Cirurgia Torácica

## RESUMOS

### Pôsteres

#### Cirurgia Torácica

##### **P.001 ESTENOSE BRÔNQUICA COMO SEQUELA DE TRAUMA TORÁCICO RELATO DE DOIS CASOS**

ALVES CMS, AMARAL NF, VILHENA AF, RODRIGUES LB, BRITO BBA, BARBOSA AP, TEIXEIRA RM, NEIVA AM

**INSTITUIÇÃO:** SERVIÇOS DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - HOSPITAIS JÚLIA KUBITSCHKE, ODILON BEHRENS E MADRE TERESA - BELO HORIZONTE - MG

**Introdução:** As rupturas brônquicas após trauma torácico contuso têm pequena incidência e são potencialmente fatais. Como a maioria dos pacientes evolui para o óbito antes do atendimento hospitalar, o real número de casos é desconhecido. O diagnóstico precoce é a chave para que complicações desastrosas aconteçam. **Objetivo:** Ressaltar a importância do diagnóstico precoce e relatar dois casos com diagnóstico tardio de lesão. Ambos evoluíram para estenose brônquica. **Método:** Relato de caso e revisão da literatura. **Relato do caso:** Caso 1: AAP, sexo feminino, 15 anos, vítima de acidente automobilístico (queda de motocicleta). Foi atendida e diagnosticada fratura da junção sacro-ilíaca à esquerda. Não apresentava queixas respiratórias e tinha radiografia de tórax normal. Evoluiu, após duas semanas de trauma, com dor torácica e velamento do hemitórax esquerdo à radiografia. Foi drenada sob selo d'água. Manteve débito pequeno de secreção serosa e, como não houve melhora radiológica, o dreno foi retirado e a paciente encaminhada ao Hosp. Odilon Behrens. A radiografia nos sugeriu atelectasia. Indicamos broncoscopia que mostrou estenose completa do brônquio principal esquerdo. Submetida a toracotomia no Hosp. Júlia Kubitschek, o principal achado foi a ruptura completa do brônquio esquerdo e cicatrização dos cotos a uma distância de 2 cm. Realizamos a broncoplastia. A paciente evoluiu sem intercorrências. Caso 2: JFM, 40 anos, sexo masculino, vítima de acidente automobilístico. Atendido em serviço de urgência, apresentava pneumomediastino e algumas fraturas ósseas. Evoluiu com pneumotórax bilateral e recebeu drenagem pleural selada em água. Recebeu alta hospitalar com reexpansão pulmonar completa e assintomático do ponto de vista respiratório. Trinta dias após o trauma, dispnéia intensa motivou a realização de radiografia de tórax que mostrou atelectasia do pulmão esquerdo e a broncoscopia revelou estenose completa do brônquio principal ipsilateral. Foi submetido a broncoplastia e evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. **Discussão:** A lesão linear da membrana ou a fratura da cartilaginosa são os achados brônquicos no momento do trauma. Se a lesão aguda passa despercebida, pode evoluir para estenose. Sendo que, aquelas das pequenas vias aéreas, podem evoluir favoravelmente caso haja reexpansão pulmonar completa e não haja necessidade de ventilação mecânica. A localização mais frequente é cerca de 2 cm caudal à carina principal. A atelectasia pode não dar sintomas e não ser diagnosticada. O diagnóstico é feito por broncoscopia, rígida ou flexível. Aconselha-se a realização de Tomografia computadorizada de tórax para avaliar as condições do parênquima. A ressecção da estenose com anastomose primária e a lobectomia são algumas das possibilidades de tratamento cirúrgico. **Conclusão:** É preciso estar atento para esta hipótese de ruptura brônquica após trauma torácico contuso. A broncoscopia é diagnóstica e o tratamento cirúrgico, mesmo tardiamente, tem resultados excelentes e baixo índice de complicações.

##### **P.002 PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL NO HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE**

ALVES CMS, AMARAL NF, VILHENA AF, RODRIGUES LB, BRITO BBA, BARBOSA AP, TEIXEIRA RM  
**INSTITUIÇÃO:** SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - 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 Kubitschek. 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. **Objetivos:** Analisamos os dados de 100 pacientes submetidos a fibrobroncoscopia propedéutica visando traçar seu perfil através da coleta e posterior análise dos dados. **Material e métodos:** Cadastramos cem pacientes recebidos para o exame anotando dados que incluíram: 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. **Conclusões:** 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.003 ESTENOSE CICATRICIAL DE TRAQUÊIA - CASOS COMPLEXOS**

ALVES CMS, AMARAL NF, VILHENA AF, RODRIGUES LB, BRITO BBA, BARBOSA AP, TEIXEIRA RM  
**INSTITUIÇÃO:** SERVIÇOS DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - FHEMIG - BH E HOSPITAL MADRE TERESA

**Introdução:** A estenose cicatricial de traquéia é uma afecção associada a intubações oro-traqueais prolongadas, traqueostomias e algumas doenças inflamatórias como tuberculose, granulomatose de Wegner e blastomicose. Vários casos apresentam graus de complexidade maiores e tornam-se grandes desafios para sua solução intermediária e definitiva. Cada serviço especializado que trata

estas afecções possui sua própria experiência e desenvolve recursos e técnicas mais adequadas, além das já descritas na literatura. O serviço de cirurgia torácica e endoscopia respiratória do Hospital Júlia Kubitschek recebe importante fluxo de pacientes portadores de estenose traqueal cicatricial e apresenta junto ao Hospital Madre Teresa, uma amostra de casos selecionados como complexos. **Objetivo:** Apresentar a experiência e os diferentes tipos de casos complexos referenciados aos serviços. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários de pacientes portadores de estenose cicatricial de traquéia atendidos no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2006. **Seleção e agrupamento dos casos considerados complexos. Resultados:** No período de janeiro de 2001 a dezembro de 2006 foram realizados os procedimentos relacionados e que resultaram na seleção dos casos considerados complexos. (Tabela 1). Desta amostra foram selecionados os casos com maior grau de complexidade: Relacionados a doenças inflamatórias: tuberculose, granulomatose de Wegner, blastomicose; Estenoses subglóticas muito próximas das pregas vocais; Estenoses múltiplas ou muito longas; Estenoses associadas a fistulas esfôago-traqueais; Estenoses complicadas após colocação de stents auto-expansíveis; Estenoses consequentes a queimaduras de vias aéreas. **Conclusão:** As estenoses cicatriciais de traquéia apresentam grandes desafios aos serviços que se dispõem a receber pacientes portadores dessa afecção, uma vez que há situações dramáticas de insuficiência respiratória em todas as circunstâncias. São necessárias uma adequada estrutura de serviço, com pessoal médico e para-médico, estrutura física e instrumental disponíveis para se conduzir otimizada tais desafios.

Tabela 1

|                                          | H. J. Kubitschek | H. Madre Teresa |
|------------------------------------------|------------------|-----------------|
| Total de broncoscopias realizadas        | 5974             | 1504            |
| Fibrobroncoscopias                       | 4471             | 1332            |
| Broncoscopias rígidas                    | 1503             | 172             |
| Pacientes com estenoses cicatriciais     | 255              | 28              |
| Broncoscopias rígidas para dilatações    | 926              | 85              |
| Ressecções traqueais com traqueoplastias | 74               | 7               |

##### **P.004 LAVAGEM PULMONAR NO TRATAMENTO DA PROTEINOSE ALVEOLAR**

VILHENA AF, AMARAL NF, SILVA CMA, BRAND LR, PIMENTA AB, BRITO BBA, TEIXEIRA RM  
**INSTITUIÇÃO:** SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - REDE FHEMIG - BELO HORIZONTE - MG

**Introdução:** A proteinose alveolar é afecção pulmonar rara, de causa desconhecida, caracterizada pelo acúmulo de lipoproteínas no espaço alveolar que resulta em prejuízo das trocas gasosas, hipoxemia e cor pulmonale. A lavagem pulmonar é o tratamento indicado até o momento para essa afecção. **Objetivos:** Este trabalho visa analisar a experiência do Serviço com a realização da lavagem pulmonar para tratamento da proteinose alveolar. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários dos pacientes submetidos a lavagem pulmonar para tratamento da proteinose alveolar no período de janeiro de 1997 a junho de 2007. **Resultados:** Foram revisados os prontuários de três pacientes portadores de proteinose alveolar submetidos a lavagem pulmonar terapêutica. Todos os pacientes eram do sexo masculino e a idade média foi de 33 anos. O sintoma predominante foi a dispnéia. O diagnóstico foi obtido através de biópsia pulmonar à céu aberto em dois casos e lavado broncoalveolar em um caso. Foram realizadas nove lavagens pulmonares conforme técnica descrita por Ramirez, 1965. As lavagens eram realizadas alternando-se os lados com tempo médio de intervalo de um mês na maioria dos procedimentos. Houve relato do paciente de melhora da dispnéia em sete lavagens pulmonares. Identificamos como complicações dois casos de taquipnéia transitória logo após o procedimento, sendo necessária ventilação não invasiva em um deles e um caso de pneumonia. Não houve óbito ou relato de piora persistente do quadro decorrentes da lavagem pulmonar. **Conclusão:** A lavagem pulmonar é procedimento eficaz e seguro para tratamento da proteinose alveolar.

##### **P.005 PECTUS EXCAVATUM - CORREÇÃO PELA TÉCNICA DE NUSS: PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS**

AMARAL NF, VICTÓRIA AR

**INSTITUIÇÃO:** SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - HOSPITAL MADRE TERESA E SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA - SANTA CASA - BH

**Introdução:** O pectus excavatum é uma deformidade da parede torácica que acomete 1:1000 dos nascidos vivos, com predominância para o sexo masculino e acentua no período da adolescência ocasionando importantes transtornos estéticos e algumas vezes disfunções cardio-respiratórias. A técnica de Nuss foi desenvolvida a partir de 1986 e publicada em 1997 sendo então amplamente utilizada com bons resultados em casos selecionados. No nosso meio esta técnica começa a ser utilizada. **Relato dos casos:** CASO 1 - WPV - masculino - 10 anos de idade - assintomático, sem comorbidades, apresenta pectus excavatum simétrico com índice de Haller 4,2. Exames complementares realizados: Rx e TC de Tórax, exames hematológicos básicos, avaliação cardio-respiratória. **Método:** Anestesia geral e peridural, intubação oro-traqueal com tubo de duplo-lúmen, acesso via vídeo-toracoscopia direita, utilização de uma barra metálica e um estabilizador. **Resultado:** Alta hospitalar após 6 dias sem complicações, com baixo nível de dor torácica retorno imediato às atividades escolares. 1,5 ano após: hipocorreção a ser reavaliada. CASO 2 - LG -

masculino, 16 anos de idade, assintomático, sem comorbidades, apresentou pectus excavatum simétrico com índice de Haller 4,5. Exames complementares realizados: RX + TC de tórax, hematológicos básicos, avaliação cardio-respiratória. Método: Anestesia geral, intubação oro-traqueal seletiva com tubo de duplo-lúmen, acesso via vídeo-toracoscopia direita, utilização de duas barras metálicas e dois estabilizadores. Resultado: Alta hospitalar após 10 dias, sem complicações, com baixo nível de dor torácica, retorno às atividades escolares habituais. 1 ano após sem deformidade e simetria. Discussão: A técnica de Nuss para correção de casos selecionados de pectus excavatum é uma forma de tratamento muito engenhosa que utiliza a vídeo-toracoscopia como via de acesso e barras metálicas moldando a caixa torácica na base da ortodontia, isso torna o procedimento menos cruento do que outras técnicas adotadas e bons resultados estéticos. As experiências acumuladas e os resultados obtidos estimulam sua utilização em casos selecionados.

#### **P.006 UTILIZAÇÃO DO RETALHO DIAFRAGMÁTICO VASCULARIZADO PARA PROTEÇÃO DO CÔTO BRÔNQUICO NAS PNEUMONECTOMIAS**

PIMETA AB, AMARAL NF, ALVES CM, VILHENA A, RODRIGUES LB, BRITO BB

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - MG

Introdução: As fistulas de côto brônquico, são complicações relacionadas às pneumonectomias com incidência global de 3,1 %, com predominância para o lado direito .5,8% das pneumonectomias direitas e 1,3 % das pneumonectomias esquerdas (H.C.Grillo) Os fatores que as desenvolvem são bem conhecidos e podem ser relacionados : aos pacientes, à natureza e apresentação da doença e à técnica cirúrgica. Do diafragma pode se obter um retalho de boa qualidade, com relativa facilidade técnica e baixa morbidade e que pode ser utilizado na proteção de cotos brônquicos em situações selecionadas como as vulnerabilidades anteriormente mencionadas. Métodos: Em revisão de casos no período de 2000 a 2006 tivemos uma incidência média de 2,7% de fistulas de cotos brônquicos relacionados a pneumonectomias. De junho de 2005 a dezembro de 2006, dez pacientes foram submetidos a pneumonectomia no Hospital Júlia Kubitschke utilizando o retalho vascularizado de diafragma para proteção do côto brônquico. Todos os pacientes eram portadores de carcinoma brônquico, classificados histologicamente como carcinoma de células escamosas (seis pacientes) e adenocarcinoma (quatro pacientes). Sete pacientes eram do sexo masculino e três do feminino com média de idade de 57 anos (variando de 46 a 71 anos). Oito pacientes foram submetidos à pneumonectomia direita e dois a pneumonectomia esquerda. Nenhum recebeu quimioterapia ou radioterapia neoadjuvantes. Resultados: Dos 10 pacientes avaliados, quatro necessitaram ligadura vascular intra-pericárdica e dois demandaram ressecção parcial da veia cava superior por invasão tumoral. Os pacientes receberam alta hospitalar, em média, 9,75 dias após a realização do procedimento cirúrgico. Não foram observadas complicações relacionadas diretamente ao fechamento e cobertura do coto brônquico, sejam elas: fistula broncopulmonar, hérnia ou paralisia frênica. Três pacientes faleceram de causas não relacionadas ao procedimento. Sete pacientes continuam em seguimento, sendo que dois destes foram encaminhados à quimioterapia adjuvante. Discussão: A obtenção de retalho vascularizado de diafragma logo em seguida às pneumonectomias é um procedimento relativamente simples e ágil com baixa morbidade principalmente à direita. Em casos selecionados que apresentem alguma vulnerabilidade com relação às possibilidades de desenvolverem fistulas de côto brônquico, a utilização desse retalho na proteção do côto brônquico é um procedimento recomendável.

#### **P.007 PNEUMONECTOMIAS APLICADAS AO CARCINOMA BRÔNQUICO: ANÁLISE DE 73 CASOS**

PIMENTA AB, AMARAL NF, ALVES CM, VILHENA A, RODRIGUES LB, BRITO BB, MAIA RT

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA, HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - FLEMIG - BELO HORIZONTE - MG

Introdução: O câncer de pulmão que leva a realização de uma pneumonectomia como forma de tratamento pressupõe a ocorrência de uma neoplasia localmente avançada, o que estimula o debate a respeito da sua indicação e da utilização de tratamentos neo- adjuvantes e adjuvantes. A pneumonectomia é um tratamento cirúrgico que impõe uma avaliação rigorosa com indicações criteriosas, devido ao seu grande impacto funcional e as taxas de morbi-mortalidade inerentes ao procedimento. Objetivos: O objetivo deste estudo é apresentar e avaliar a experiência do Serviço na realização de pneumonectomias para tratamento de carcinoma brônquico, no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2006. Métodos: Revisão dos prontuários dos pacientes submetidos a pneumonectomia para tratamento de carcinoma brônquico, no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2006 Foram analisados os dados quanto ao sexo, idade, tipo histológico, estadiamento, tratamento neoadjuvante e adjuvante, e complicações. Resultados: No período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2006 foram realizadas 92 pneumonectomias no Serviço. 81 foram executadas para tratamento de neoplasias pulmonares, sendo que 73 destas foram realizadas para tratamento de carcinoma brônquico. Dos pacientes submetidos a pneumonectomia para tratamento de carcinoma brônquico, 57 eram do sexo masculino ( 78 %) e 16(22 %) do sexo feminino. A média de idade foi de 57,20 anos ( variando de 22 a 80 anos), sendo que 37 pacientes possuem mais de 60 anos ( 52%) e 1 deles tinha mais que 80 anos (1,4%). Foram realizadas 37 pneumonectomias direitas ( 52%) e 35 pneumonectomias esquerdas ( 48 %), sendo que em uma cirurgia foi necessária a realização de carinectomia. A via de acesso para realização do procedimento cirúrgico foi predominantemente por toracotomia lateral (70 casos - 96 %), sendo que em 3 casos (4 %) utilizou-se a toracotomia póstero-lateral com via à cirurgia. A distribuição por tipos histológicos foi: Carcinoma de células escamosas: 50 casos ( 68,5 %); Adenocarcinoma: 21 casos (30,11 %), sendo que 1 destes obteve-se o diagnóstico de carcinoma bronquíolo- alveolar (1,4 %); Carcinoma de Grandes Células: 1 caso (1,4 %). Os pacientes foram estadiados, conforme a classificação TNM, em: Estadio IIA: 16 pacientes (22,4 %); Estadio IIB: 20 pacientes (27,3 %); Estadio IIIA: 32 (43,6%); Estadio IIIB: 5 pacientes (6,7%). 4 pacientes foram encaminhados a quimioterapia neoadjuvante. 31 foram submetidos a tratamento complementar (radioterapia ou quimioterapia). Quanto às complicações avaliadas, em 5 pacientes (8,7 %) foi diagnosticada a ocorrência de empiema pleural, entre eles 2 (2,7 %) associados a fistulas de coto brônquico. Ocorreram 6 óbitos no pós operatório precoce (8,2%), sendo que estes ocorreram em média no nono dia de pós- operatório. Discussão: Este é um estudo preliminar que se propõe a analisar os procedimentos adotados no serviço aos vários grupos de patologias ( no caso Carcinoma brônquico). Os resultados já obtidos evidenciam índices compatíveis com a literatura médica atual de centros experientes.

#### **P.008 FÍSTULA ESÔFAGO-BRÔNQUICA BENIGNA ADQUIRIDA: RELATO DE 2 CASOS**

BRITO BBA, AMARAL NF, ALVES CMS, VILHENA AF, BRAND L, BARBOSA AP, TEIXEIRA RM

INSTITUIÇÃO: SERVIÇOS DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DOS HOSPITAIS: JÚLIA KUBITSCHKE (FHEMIG), MADRE TERESA - BELO HORIZONTE MG.

Introdução: As fistulas benignas adquiridas entre o esôfago e os brônquios são incomuns. A maioria resulta de infecção e inflamação transmural, com destaque para a AIDS que desenvolve infecções oportunistas no esôfago com frequência. Objetivos: Apresentar a experiência do Serviço de Cirurgia Torácica na condução e tratamento cirúrgico da fistula esôfago-brônquica. Métodos: Relato de Caso, retrospectivo a partir da análise de prontuários. Resultados: Caso 1. Masculino, 56 anos, há 15 anos HIV positivo, desenvolveu SIDA e candidíase esofageana e infecções pulmonares de repetição. A fibrobroncoscopia diagnosticou fistula esôfago-brônquica esquerda. A endoscopia digestiva revelou fistula esôfago brônquica em terço proximal do esôfago. Após preparação clínica adequada foi realizado tratamento cirúrgico, descrito a seguir. Caso 2. Masculino, 68 anos, quadro clínico de infecção respiratória de repetição e tosse pós-deglutição alimentar. A fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva alta e videodeglutograma diagnosticaram fistula do esôfago com os brônquios principais direito e esquerdo. A tomografia computadorizada de tórax anterior revelava acentuada linfonodomegalia mediastinal e subcarinal calcificada que evidenciava a etiologia das fistulas por erosão pelo linfonodo subcarinal. Após tratamento clínico da infecção pulmonar e preparo adequado, foi submetido a tratamento cirúrgico. Tratamento Cirúrgico: 1. Toracotomia póstero-lateral direita; 2. Desconexão das fistulas; 3. Rafia primária; 4. Interposição de retalho de músculo intercostal. Conclusões: A Fistula Esôfago-brônquica pode ocorrer em pacientes infectados pelo HIV com esofagite ou traqueite infecciosa. Os linfonodos calcificados no mediastino podem ser responsáveis pelo aparecimento de fistulas esôfago-brônquicas. A toracotomia póstero-lateral é via de acesso adequada para a realização da cirurgia. A desconexão da fistula com sutura primária do esôfago e traquéia, associada à interposição de musculatura intercostal mostrou-se como boa opção cirúrgica. Não houve recidiva, estenose traqueal ou esofágica.

#### **P.009 FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA BENIGNA**

BRITO BBA, AMARAL NF, ALVES CMS, VILHENA AF, BRAND L, BARBOSA AP, TEIXEIRA RM

INSTITUIÇÃO: SERVIÇOS DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DOS HOSPITAIS: JÚLIA KUBITSCHKE (FHEMIG), ODILON BEHRENS E MADRE TERESA - BELO HORIZONTE MG

Introdução: A fistula traqueo-esofágica benigna adquirida é incomum e de difícil tratamento. A principal causa é a complicação do uso de tubos orotraqueais e de traqueostomias. A maioria dos casos é diagnosticada enquanto o doente está em ventilação mecânica. O reparo cirúrgico da fistula traqueo-esofágica apresenta múltiplos desafios. Objetivos: Descrever o perfil dos pacientes e apresentar a experiência do Serviço de Cirurgia Torácica na condução e tratamento das fistulas traqueo-esofágicas. Métodos: Estudo série de casos, realizado de janeiro de 2000 a dezembro de 2006, em que foram analisados nove pacientes. Resultados: Foram avaliados 9 casos de pacientes com fistula traqueo-esofágica. A idade média foi de 35,6 anos, sendo 8 pacientes do sexo feminino. As doenças de base que levaram a ventilação mecânica prolongada foram: trauma, intoxicação exógena, infecções oportunistas no HIV, AVC e seps abdominal. Os sinais e sintomas mais comuns que levaram à investigação foram: tosse à deglutição, exteriorização de secreção gástrica pela traqueostomia, pneumonia 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, visando o melhor estado clínico-nutricional. A nutrição pré-operatória foi feita preferencialmente, através de naso-entérica em cinco casos. A jejunostomia foi utilizada em dois pacientes e a via oral em outros dois casos. A cervicotomia foi a via de acesso realizada em seis dos sete casos operados. A técnica operatória baseou-se na desconexão da fistula com esofagorrafia, sutura da membrana da traquéia e interposição de retalho muscular em quatro casos. A Laringotraqueoplastia foi realizada nos três casos onde havia associação de fistula traqueo-esofágica e estenose traqueal, nestes, o segmento traqueal, que compunha a fistula, foi ressecado e o esôfago rafiado. Conclusões: A Fistula Traqueo-esofágica, na população estudada, acomete principalmente mulheres jovens em ventilação mecânica prolongada. A broncoscopia foi utilizada para o diagnóstico em todos os casos. A sondagem nasointestinal foi a via preferencial de nutrição pré-operatória. Os procedimentos cirúrgicos realizados foram suficientes para a correção da fistula.

#### **P.010 RECONSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS APÓS CARINECTOMIAS EXTENSAS PARA TRATAMENTO DE TUMORES DA CARINA PRINCIPAL**

JUNTOLLI M, EISENBERG AF, ALVES FMT, FERREIRA LSG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAIS: GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO, E VERA CRUZ, BELO HORIZONTE - MG.

Introdução: Os tumores adenóide císticos e mucoepidérmoide da traqueia exigem ressecções extensas para o seu tratamento e quando próximos a carina principal, a reconstrução das vias aéreas, pode ser um grande desafio técnico. Os autores apresentam dois casos de carinectomia extensas para tratamento de tumores traqueais derivados de glândulas salivares. Objetivos: Apresentação por vídeo de manobras que podem ser imprescindíveis para se conseguir anastomoses sem tensão utilizadas na reconstrução das vias aéreas após carinectomias realizadas pela direita e pela esquerda. Métodos: Entre setembro de 2005 e março de 2007 foram realizadas duas carinectomias no nosso serviço. Um paciente de 17 anos portador de tumor mucoepidérmoide na emergência do brônquio principal esquerdo, foi submetido a uma carinectomia, através de toracotomia esquerda. E outro paciente masculino 52 foi submetido a uma carinectomia total por toracotomia direita para tratamento de carcinoma adenóide cístico da carina principal. Tendo sido realizada uma reconstrução complexa, com rebaixamento da laringe e anastomose traqueo-brônquica direita e do brônquio principal esquerdo no brônquio intermediário. Resultados e Conclusões: As duas ressecções foram amplas e com margens consideradas livres pelo exame histopatológico, os pacientes evoluíram sem complicações pós-operatórias. Os autores pretendem colocar em discussão dificuldades encontradas na condução per-operatória de casos tecnicamente complexos em nosso meio.

#### **P.011 SIMPECTOMIA LOMBAR PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE PLANTAR POR VÍDEO-RETROPERITONEOSCOPIA**

ALVES FMT, JUNTOLLI M, EISENBERG AF, FERREIRA LSG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAIS: VILA DA SERRA, MATER DEI, VERA CRUZ, E GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - BELO HORIZONTE - MG.

Introdução: A hiperidrose plantar tem sido relegada a segundo plano porém é causadora de grande sofrimento e merecedora de adequado tratamento médico. Objetivos: Apresentar uma técnica cirúrgica segura e eficaz para o tratamento definitivo da hiperidrose plantar. Métodos: De outubro de 2005 a dezembro de 2006 foram realizadas 52 simpectomias lombares bilaterais por vídeo-

retroperitoneoscopia, utilizando dissecação retroperitoneal por balão, para o tratamento da hiperidrose plantar em mulheres com idade variando de 14 a 53, média de 25 anos. Resultados e Conclusões: A redução da sudorese plantar foi considerada satisfatória em todas as pacientes operadas, sendo que, três pacientes, operadas durante a fase inicial de nossa experiência, necessitaram re-operação unilateral, por que a cadeia simpática não foi adequadamente identificada e seccionada na primeira cirurgia. Não houve nenhuma complicação per ou pós operatória relacionada ao procedimento. Os resultados encontrados nesta série demonstram que a simpatectomia lombar por retro-peritoneoscopia é um ótimo recurso para o tratamento da hiperidrose plantar, com excelente resultado estético e funcional.

### **P.012 TRATAMENTO CIRURGICO DE MESOTELIOMA DIFUSO MALIGNO APRESENTAÇÃO DE UM CASO**

EISENBERG AF, JUNTOLLI M, ALVES FMT, FERREIRA LSG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL LIFE CENTER - BELO HORIZONTE - MG.

Introdução: O tratamento do mesotelioma difuso maligno tem sido reconhecidamente insatisfatório, não havendo casos de cura. Entretanto palição ou mesmo uma maior sobrevida pode ser alcançada quando se consegue uma ressecção macroscopicamente completa da lesão. Objetivos: Apresentação de um caso de ressecção completa de mesotelioma difuso maligno. Métodos: Apresentação de caso de um paciente de 48 anos com diagnóstico de mesotelioma difuso maligno, diagnosticado por estudo imunohistoquímico de material obtido por pleuroscopia realizada em outro serviço, submetido a pleuropneumonectomia esquerda, incluindo ressecção de toda hemicúpula diafragmática esquerda e hemi-pericárdio à esquerda. Resultados e Conclusões: O mesotelioma difuso maligno é uma doença rara, e mais raro é encontrar uma lesão que preenche os critérios de estadiamento como passível de ressecção cirúrgica. Porém uma vez que estes fatores ocorram o cirurgião torácico pode oferecer uma excelente palição ao realizar uma ressecção completa da lesão.

### **P.013 TRAQUEOSTOMIA PERCUTÂNEA - EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS**

EISENBERG AF, JUNTOLLI M, ALVES FMT, FERREIRA LSG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAIS: VERA CRUZ, MATER DEI, SOCOR, SEMPER, GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - BELO HORIZONTE - MG.

Introdução: Embora ainda ocorram discussões quanto às vantagens e desvantagens da técnica percutânea nosso grupo adotou a técnica há mais de 10 anos e atualmente só utilizamos a técnica convencional em situações excepcionais. Objetivos: Apresentar a experiência com utilização da técnica de traqueostomia percutânea a qual consiste na nossa técnica padrão de realização de traqueostomia. Métodos: A partir de 1996 nosso grupo iniciou a realização de traqueostomias pela técnica percutânea, sendo que na fase inicial utilizávamos controle endoscópico em todos os casos. Houveram duas lesões da parede membranosa (posterior) da traquéia no início da nossa experiência, tendo uma destas evoluído com óbito. Atualmente após já termos realizado seguramente mais de 3000 procedimentos, utilizados diversos modelos de Kits comerciais, adotamos uma técnica mista, com abertura cutânea e dissecação cirúrgica até a parede anterior da traquéia, seguida de punção e dilatação da abertura traqueal sob controle direto, visual ou digital, e portanto sem controle endoscópico endotraqueal. Resultados e Conclusões: Em nossa experiência a traqueostomia percutânea é um procedimento seguro, mais rápido e com índice de complicações menor do que o da traqueostomia convencional. É claramente mais fácil de ser realizada em obesos, pacientes com impossibilidade de hiperextensão cervical. Apresenta um menor índice de sangramento pós-operatório em pacientes com distúrbio de coagulação e/ou hemodilúise. É provavelmente uma menor incidência de colonização e/ou infecção do estoma, por ter uma abertura cutânea menor junto à cânula de traqueostomia.

### **P.014 UTILIZAÇÃO DA PROTESE DYNAMIC DE SILICONE, COM ANEIS DE AÇO, BIFURCADA EM "Y" NO TRATAMENTO DE OBSTRUÇÕES TRAQUEO-BRONQUICAIS**

JUNTOLLI M, EISENBERG AF, ALVES FMT, FERREIRA LSG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAIS: MATER DEI E GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO- BELO HORIZONTE - MG.

Introdução: A cada dia, novas próteses para as vias aéreas são apresentadas à comunidade médica, com novos conceitos, novas indicações, expandindo o arsenal terapêutico do cirurgião torácico. Objetivos: Relatar os resultados positivos obtidos em dois casos com a utilização da prótese bifurcada em Y. Métodos: Entre junho de 2005 e maio de 2007, duas pacientes do sexo feminino foram tratadas com a colocação da prótese bifurcada em Y no nosso serviço. A primeira de paciente de 55 anos do sexo feminino com um carcinoma epidermóide extenso da carina principal obstruindo o óstio de ambos os brônquios principais, e síndrome de veia cava superior, internada em franca insuficiência respiratória, foi paliada por 4 meses, tendo ficado eupnéica, com a colocação da prótese seguida de radioterapia. E a outra paciente de 80 anos, também do sexo feminino, com destruição extensa da traquéia por provável traqueíte em ambiente de terapia intensiva que se encontrava dependente da ventilação mecânica por mais de 30 dias, conseguiu desmame 72 horas após a colocação da prótese. Resultados e Conclusões: A prótese bifurcada em "Y" pode ser a única opção terapêutica em situações catastróficas das vias aéreas, permitindo uma condição respiratória excelente, porém, em geral, por período de tempo limitado.

### **P.015 RETALHO BILATERAL DOS MÚSCULOS PEITORAIS NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES PÓS ESTERNOTOMIA**

JUNTOLLI M, EISENBERG AF, ALVES FMT, FERREIRA LSG

INSTITUIÇÃO: HOSPITAIS: MATER DEI, GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO, SOCOR, VERA CRUZ. - BELO HORIZONTE - MG.

Introdução: Um adequado conhecimento da fisiopatologia das infecções externas é fundamental para se selecionar a melhor técnica para solução desta difícil complicação cirúrgica. Objetivos: Apresentar uma técnica cirúrgica com a qual temos obtido excelentes resultados clínicos, numa patologia considerada de difícil manejo terapêutico. Métodos: De fevereiro de 2005 a junho de 2007 foram tratados em nosso serviço 14 casos (10 pacientes masculinos e 4 do sexo feminino) de mediatinites pós-esternotomia, utilizando retalhos bilaterais dos músculos peitorais. Destes, 12 ficaram totalmente curados da infecção, um paciente apresentou recidiva com trajeto fistuloso crônico ao nível do manúbrio e já foi submetido a drenagens sob anestesia local, estando no momento sem recidiva. Houve apenas um óbito em um paciente em ventilação mecânica, em que os retalhos foram insuficientes no preenchimento do vão esternal e foi utilizado também um retalho de epíplon para oclusão do terço inferior da fenda esternal. Porém o paciente evoluiu com seps e óbito. Resultados e Conclusões: Em nossa experiência, os retalhos bilaterais dos músculos peitorais conseguem um excelente controle da infecção, sendo uma solução "local", de fácil execução, com excelente resultado estético e constitui nossa técnica de escolha nas infecções crônicas em que prevalecem osteomielite ou costocrondrite, com pouca ou nenhuma mediatinites.

### **P.016 ESTERNECTOMIA + CONDRECTOMIA COSTAL BILATERAL: RE-CONSTRUÇÃO E EVOLUÇÃO SEM RESPIRAÇÃO PARADOXAL COM PERICÁRDIO BOVINO + MARLEX ANCORADOS EM ARCOS COSTAIS COM PROTEÇÃO MEDIASTINAL**

MONTESSI J, ALMEIDA EP, VIEIRA JP, SILVA VC, SOUZA DMP, MONTESSI OVD, CORREA JL, NICOLINI EM

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS MONTE SINAI, UNIVERSITÁRIO - HU UFJF E ASCOMCER - JUÍZ DE FORA, MG.

Introdução: O condrossarcoma é o tumor maligno primário do osso, originado de células cartilaginosas, ou seja, inexistente a formação de osteóide a partir das células neoplásicas. Usualmente, apresenta evolução clínica lenta, sendo o processo metastático infrequente e, quando ocorre, o faz tardiamente. O tratamento do condrossarcoma é essencialmente cirúrgico. O objetivo principal é a ressecção em bloco do tumor com margens cirúrgicas livres, seja ela preservadora ou ablativa. Relato do caso: R.A.S., 28 anos, branca iniciou em dezembro de 2005 um quadro de dor retroesternal sem outros sintomas associados, procurou vários especialistas e teve diagnóstico de processo inflamatório, em setembro de 2006 evoluiu com protrusão esternal com crescimento. Em outubro fez uma TC que evidenciou massa em mediastino, lesão expansiva, sólida, insulante esternal de aspecto agressivo com derrame pleural a direita. Realizou biópsia em nov/06 de fragmento de esterno diagnosticando sarcoma de alto grau não osteogênico, aspecto morfológico que afasta osteossarcoma. Fez uma cintilografia óssea em jan/07 que demonstrou hiperemia e reação osteogênica acentuada em corpo esternal. Foi submetida a quimioterapia neoadjuvante. Foi submetida à ressecção total de pele, esterno e cartilagens costais bilaterais, pericárdio anterior e segmento lateral do pulmão em monobloco. Colocação de dreno torácico bilateral. Realizado pertuito com furadeira óssea e com fio prolene nº 1 de dupla agulha fixado pericárdio bilateralmente na face interna dos arcos costais com moderada tensão. Posteriormente usando o mesmo fio fixando a tela de marlex dupla a nível dos arcos costais. Posteriormente ancorado os arcos costais correspondentes através dos fios de prolene usados na fixação do pericárdio e tela, formando uma rede anterior. Não realizado rotação muscular. Fechamento do subcutâneo e pele e drenagem do mesmo com dreno aspirativo. Excelente resultado obtendo alta com sete dias sem a mínima instabilidade de parede torácica.

### **P.017 PNEUMOPLASTIA REDUTORA: ESTUDO DE 28 PACIENTES**

MONTESSI J, ALMEIDA EP, VIEIRA JP, MONTESSI OVD, BOLOGNANI CED, SOUZA DMP, CORREA JL, SOUZA DMP, SOUZA PM, FILHO GAV

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS MONTE SINAI, UNIVERSITÁRIO - HU UFJF E ASCOMCER - JUÍZ DE FORA, MG.

Introdução: nos últimos 20 anos, os doentes com enfisema pulmonar foram classificados em dois grupos: os portadores de enfisema localizado e os com enfisema difuso. Doentes com enfisema localizado têm na cirurgia, uma opção terapêutica bem estabelecida, pela perspectiva de ganho funcional pulmonar imediato, com ressecção das lesões. Houve, dessa forma, um aumento considerável no interesse pelo tratamento cirúrgico de enfisema pulmonar, e a pneumoplastia redutora vem se tornando uma forma terapêutica valiosa. Objetivo: estudar o perfil dos pacientes submetidos a pneumoplastia redutora e características inerentes à cirurgia: abordagem (uni ou bilateral), mortalidade, dentre outros. Método: foram avaliados retrospectivamente prontuários de 28 pacientes, de 1998 a 2007. A técnica cirúrgica foi a toracotomia posterior pelo trígono da auscultação. Resultados: foram realizadas 23 cirurgias unilaterais e 5 bilaterais - sendo 2 simultâneas e 3 sequenciais. Houve uma preferência pela abordagem unilateral, tendo em vista os resultados desfavoráveis quando optamos por cirurgia bilateral e simultânea, enquanto que a grande maioria dos Serviços da Europa opta pela cirurgia bilateral. A mortalidade pós-operatória representou 21,42% do total de cirurgias. Conclusão: a pneumoplastia redutora é um procedimento eficaz para um seleto grupo de pacientes portadores de enfisema, proporcionando no pós-operatório uma melhora de índices objetivos da qualidade de vida, na tolerância aos exercícios e na função pulmonar.

### **P.018 TORACOTOMIA POSTERIOR COM PRESERVAÇÃO MUSCULAR: ESTUDO DE 375 CASOS OPERADOS**

MONTESSI J, SILVA VC, BOLOGNANI CED, PEREIRA AVF, MONTESSI OVD, CORREA RL, SOUZA DMP, SOUZA RLP

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS MONTE SINAI, UNIVERSITÁRIO - HU UFJF E ASCOMCER - JUÍZ DE FORA, MG.

Introdução: A toracotomia póstero-lateral e a ântero-lateral foram as mais usadas por décadas, proporcionando excelente exposição das estruturas intratorácicas. No entanto, em virtude do trauma na parede torácica que acarretam, surgem, no pós-operatório, fatores limitantes importantes. Na busca de incisões cada vez menores e menos traumáticas, foi proposta a toracotomia posterior com preservação muscular que pretendia diminuição da dor no pós-operatório, preservação da estética, da função pulmonar e dos membros superiores, fatores estes inter-relacionados. Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar a possibilidade de se realizar as principais e mais frequentes cirurgias sobre o tórax, por meio de uma toracotomia posterior com preservação dos músculos da parede torácica, assim como as complicações inerentes ao procedimento cirúrgico, taxa de conversão para a toracotomia póstero-lateral e número de óbitos. Método: Entre dezembro de 1995 e março de 2007 foram realizadas 375 toracotomias. Resultados: A toracotomia com preservação muscular permitiu atingir a cavidade pleural e realizar as operações programadas em 95,2% dos casos. As principais causas de corte muscular foram: dificuldade técnica (72,2%), aderência pleural (22,2%) e lesão vascular (5,6%). A neoplasia pulmonar maligna representou 33% dos diagnósticos pós-operatórios. A ressecção pulmonar constituiu-se o procedimento cirúrgico mais realizado, representando 34,3% destes. A mortalidade pós-operatória imediata foi de 3,2%. Conclusão: Foi possível realizar as operações, pela via de acesso em estudo, na grande maioria dos pacientes. Quando necessário, pode-se ampliar de forma rápida a incisão, podendo inclusive transformá-la em uma toracotomia póstero-lateral clássica.

### **P.019 RELATO DE CASO: TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO EM CARINA SECUNDÁRIA.**

MONTESSI J, ALMEIDA EP, VIEIRA JP, SILVA VC, PEREIRA AVF, BOLOGNANI CED, FILHO, GAV, CORREA RL

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DOS HOSPITAIS MONTE SINAI, UNIVERSITÁRIO - HU UFJF E ASCOMCER - JUÍZ DE FORA, MG.

**Introdução:** os tumores carcinóides constituem uma das neoplasias neuroendócrinas mais frequentes. O carcinóide bronquial é uma neoplasia maligna primária que representa 1 - 2% de todos os tumores da via aérea. A maioria apresenta um crescimento indolente e todos podem dar metástase. Sua incidência aproximada é de 1,5 para 100.000 habitantes. Apresenta um crescimento lento e assintomático, podendo manifestar-se através de suas metástases ou quando apresentam a síndrome carcinóide. Dão metástases para gânglios linfáticos, fígado e osso. A frequência de metástase é inferior a 2% em tumores menores que 1 cm e de 85% em tumores maiores que 2 cm. A síndrome carcinóide é pouco frequente (menor que 10%). Relato de caso: paciente, do sexo feminino, branca, 36 anos, apresentou cinco episódios de pneumonia, localizados em terço inferior do campo pleuropulmonar esquerdo a telerradiografia de tórax, durante a ano 2007. Evoluiu com quadro de hemoptise volumosa, cerca de 300ml, associada a dispnéia progressiva aos médios esforços. Apresentou febre matutina e vespertina de 38,5°C, aliviada com paracetamol, que persistiu por 15 dias. Nega emagrecimento. Não tabagista e não etilista. A tomografia computadorizada de tórax revelou lesão basal paravertebral à esquerda. A broncoscopia mostrou massa aflorando em carina secundária esquerda. Diante do quadro, a paciente foi submetida a lobectomia inferior esquerda com broncoplastia associada à linfadenectomia perihilar ipsilateral. O resultado anatomopatológico evidenciou tumor carcinóide bronquial. Conclusão: o carcinóide bronquial é uma neoplasia maligna primária, pouco frequente (1 a 2%). Qualquer que seja a sua localização apresenta um crescimento lento, muitas vezes, assintomáticos por muitos anos. Os carcinóides bronquiais diferentemente dos outros carcinóides têm potencial de dar metástases ganglionares e a distância, apresentando um amplo comportamento clínico e ampla diferenciação histológica.

#### **P.020 DOENÇA DE CASTELMAN COMO MASSA DE MEDIASTINO POSTERIOR** CÉSAR JMS, PASTORE NETO M

Descrito caso de paciente feminina, com queixas vagas de dor torácica e dispnéia. Submetida angio-tomografia e ressonância nuclear magnética de tórax, ecodoppler. Evidenciada massa em mediastino posterior, acometendo hilo pulmonar direito. Submetida a toracotomia exploradora, cuja biópsia incisional revelou doença de Castelman. Evoluiu com controle clínico insatisfatório dos sintomas, após dois anos de acompanhamento.

#### **P.021 PLEURODESE PARA O TRATAMENTO DO DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO**

CÉSAR JMS, PASTORE NETO M

Analisados os prontuários dos pacientes submetidos a pleurodese, para tratamento de derrame pleural neoplásico, no Hospital Luxemburgo, durante o período de 1997 e 2007. Descritos os dados pessoais, tu primário, patologias associadas e risco cirúrgico, técnica cirúrgica, complicações e evolução.

#### **P.022 SIMPATECTOMIA TORÁCICA PARA TRATAMENTO DA DISTROFIA SIMPÁTICA IDIOPÁTICA EM MEMBRO SUPERIOR**

CÉSAR JMS, PASTORE NETO M

Paciente de 45 anos, feminina, previamente hígida, após trauma contuso em membro superior direito, evoluiu com edema acentuado do membro e desconforto. Diagnóstico neurológico de distrofia simpática idiopática, afastadas lesões vasculares, submetida a simpatectomia torácica direita videotoracoscópica. Evoluiu sem melhora sintomática, após um ano de acompanhamento.

#### **P.023 TRATAMENTO DAS METÁSTASES PULMONARES**

CÉSAR JMS, PASTORE NETO M

Foram analisados os prontuários de pacientes submetidos a ressecção de metástases pulmonares, no Hospital Luxemburgo, durante o período de 1997 a 2007. Descritos os achados em relação aos dados pessoais, tu primário, número de metástases, técnica cirúrgica, complicações, tratamentos associados, tempo de sobrevida, patologias associadas e risco cirúrgico.

#### **P.024 RELATO DE CASO DE PACIENTE COM TIREÓIDE INTRATRAQUEAL**

SANTOS CA, CASTRO AR, ROSA AFC, BORBA BHC, VIEIRA JR F, ARBEX GL, VASCONCELOS PM, SILVA VEF

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU - UBERLÂNDIA - MG

**Introdução:** Tireóide ectópica é uma condição rara. Segundo Kotidis et al de 2003, desde sua primeira descrição em 1875 por Ziemssen aproximadamente 120 casos já foram reportados. Relataremos um caso de tireóide ectópica intratraqueal, em uma paciente gravida de 29 semanas com obstrução de via aérea superior, tratado em nosso serviço. Relato de caso: N.M.A, sexo feminino, 40 anos, com 29 semanas de gestação, em tratamento de quadro de bronquite sem resposta clínica há seis meses. Foi submetida a fibrobroncoscopia, que evidenciou lesão vegetante obstruindo cerca de 90% da luz no nível do primeiro anel traqueal, com realização de biópsia, que foi inconclusiva. Apresentou quadro de insuficiência respiratória aguda durante o procedimento e foi submetida a traqueostomia. Após o parto, realizou-se nova biópsia por laringoscopia, com exame microscópico mostrando tecido tireoidiano e carcinoma epidermoide in situ. Submetida a traqueoplastia com ressecção de quatro anéis traqueais após o achado de massa acometendo desde a cartilagem cricóide até o terceiro anel traqueal. O anátomo patológico mostrou quadro compatível com tireóide ectópica, mais displasia moderada de epitélio de revestimento. Revisão da literatura: Tireóide ectópica é qualquer tecido tireoidiano localizado fora da linha mediana do pescoço. Sua prevalência é de aproximadamente 7 a 10% em estudos de autópsia. A localização mais comum é na base da língua e no trajeto do ducto tireoglossos, o que é explicado pela embriologia da glândula. O tecido tireoidiano intratraqueal responde por 6% a 7% de todos os tumores intratraqueais. É mais prevalente no sexo feminino e mais comumente diagnosticada entre a 3o e 5o décadas de vida. Os sintomas mais frequentes são tosse, hemoptise, dispnéia e estridor respiratório. Tem sido discutida a possibilidade de que a estimulação de fatores de crescimento como a gonadotrofina coriônica, o fator epidermal de crescimento e o TSH poderiam estimular o aumento da tireóide durante eventos fisiológicos. O diagnóstico é feito com fibrobroncoscopia e biópsia. A RNM e a CT avaliam melhor a extensão do tumor, o grau de obstrução e o acometimento linfonodal. O estudo cintilográfico não é esclarecedor porque a glândula tireóide impede a visualização do tecido tireoidiano intratraqueal, sendo este contra indicado durante a gravidez. Os hormônios tireoidianos devem ser dosados, mas na maioria das vezes são normais. O diagnóstico diferencial inclui condições benignas como papiloma, osteoma, deposição de amiloide e malignas como carcinoma adenóide cístico, carcinoma invasivo de tireóide, condrossarcoma, linfoma e carcinoma espinocelular. As opções de tratamento consistem em exploração cirúrgica e ressecção do tecido tireoidiano ectópico, ablação com iodo radioativo, supressão com hormônio tireoidiano ou excisão a laser. O tratamento de escolha é o cirúrgico e frequentemente é precedido de uma traqueostomia.

#### **P.025 RELATO DE DOIS CASOS COM DOENÇA DE CASTLEMAN**

SANTOS CA, CASTRO AR, ROSA AFC, VIEIRA JR F, ARBEX GL, VASCONCELOS PM, SILVA VEF

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU - UBERLÂNDIA - MG

**Introdução:** Reportaremos dois casos de Doença de Castleman, um paciente do sexo masculino, com acometimento de mediastino posterior e uma paciente do sexo feminino, com massa em mediastino anterior, além da revisão de literatura. Primeiro caso: S.C.A, 36 anos, natural de Ituiutaba (MG), procedente do Pará, referindo tosse seca crônica, emagrecimento e dor torácica inespecífica. Realizada radiografia de tórax, sendo verificada massa em mediastino posterior, confirmada pela CT de tórax. Submetido a toracotomia ântero-lateral direita, sendo realizada ressecção da massa, linfadenectomia peri-tumoral e drenagem torácica. À análise macroscópica da peça foi verificada tumoração encapsulada. Cortes histológicos enviados para imuno-histoquímica com achados compatíveis com Doença de Castleman, variante plasmocitária. Segundo caso: M.J.F, 45 anos, do lar, natural e procedente de Rondonópolis (MT), iniciou com quadro de astenia, mialgia e artralgia. Foi pensada na possibilidade de LES e iniciado tratamento sem melhora. Posteriormente foi verificada massa em mediastino anterior confirmada pela CT de tórax. Realizada biópsia a céu aberto, com anátomo-patológico sugestivo de doença de Hodgkin do tipo celularidade mista e imuno-histoquímica compatível com linfadenopatia angioimunoblástica. Iniciado tratamento quimioterápico (10 sessões) sem resposta. Admitida em nosso serviço e realizada nova análise do material, sendo feito o diagnóstico de Doença de Castleman do tipo hialino-vascular com aumento de células dendríticas. Submetida a toracotomia póstero-lateral esquerda, sendo realizada ressecção de massa em mediastino anterior, aderida ao tecido adiposo, com áreas de necrose aos cortes. Discussão: A Doença de Castleman é uma doença linfoproliferativa rara, geralmente benigna. Não há fatores de risco muito bem estabelecidos e na maioria das vezes é assintomática. Pode ser classificada histologicamente como formas hialino-vascular e plasmocitária. A primeira é mais comum, tipicamente apresentando como massa mediastinal e na maioria das vezes é assintomática. A variante plasmocitária apresenta sintomas mais severos, é mais agressiva e está associada a doença extra-torácica e multicêntrica. Os achados clínicos e de imagem são inespecíficos, sendo o diagnóstico dificilmente confirmado no pré-operatório. A biópsia por aspiração tem pouca utilidade e o diagnóstico definitivo é feito pelo estudo histológico da peça. O exame de imagem normalmente mostra massa bem circunscrita no compartimento visceral, que pode apresentar invasão de estruturas adjacentes. O diagnóstico diferencial é feito com timomas, tumores neurogênicos, linfomas, linfadenopatias. O tratamento definitivo é cirúrgico e a ressecção deve ser cuidadosa devido à rica vascularização e ao risco de sangramento. Na forma multisistêmica, por ser mais agressiva, pode ser realizado o tratamento complementar com esteróides sistêmicos, radioterapia e quimioterapia.

#### **P.026 ADENOMA ALVEOLAR**

SANTOS CA, SANTOS OAL,LOBATO NETO VF

**Introdução:** O adenoma alveolar de pulmão é uma neoplasia benigna rara, sem manifestação clínica. O diagnóstico é feito à travéz do estudo histopatológico de nódulo pulmonar à partir de achado radiográfico. Há poucos casos descritos na literatura médica. O relato a seguir trata-se de mais um adenoma alveolar. Relato do Caso: Mulher branca, de 31 anos de idade, iniciou com sintomas respiratórios inespecíficos, coriza, congestão nasal e tosse seca há três semanas. O exame físico do aparelho respiratório era normal. Durante a investigação, do quadro clínico, foi realizado radiografia de tórax, que mostrou nódulo único e periférico, em lobo inferior de pulmão esquerdo. Foi realizado tomografia de tórax que mostrou nódulo com 1 cm no maior diâmetro, contornos regulares, localizado em segmento superior de lobo inferior esquerdo, com impregnação de contraste com aumento de 12 hounsfield após 3 minutos de injeção do contraste venoso. A paciente foi então submetida a pleuroscopia, na qual foi visto, na superfície pulmonar, lesão circunscrita e hiperemiada. Optou-se por ressecção em cunha com sutura mecânica. O material foi enviado para estudo histopatológico que através da análise imunohistoquímica mostrou anticorpos AE1/AE3 positivo no epitélio bronquiolar e em pneumócitos revestindo os espaços alveolares; TTF1 positivo nos pneumócitos 2 que revestem os espaços alveolares; 1A 4 (actina de músculo liso) positivo nos vasos e em células fusiformes esparsas nos septos alveolares; CEA-M negativo e Ki67 positivo com índice mínimo de proliferação. Discussão: O adenoma alveolar foi relatado à partir de 1986. Esse tumor tem sido descrito como assintomático, predomina em mulheres e entra no diagnóstico diferencial dos nódulos pulmonares periféricos. A radiografia mostra nódulo pulmonar periférico de contornos bem delimitados. Na tomografia de tórax há realce máximo de 15 unidades de hounsfield após três minutos de infusão de contraste venoso. O diagnóstico definitivo é histológico, com macroscopia que mostra lesão circunscrita, hemorrágica de coloração parda ou brancacenta, medindo menos de 3 cm em seu maior diâmetro, com predomínio em lobo inferior esquerdo. À microscopia, a lesão caracteriza por múltiplas cavidades císticas de conteúdo proteináceo e eosinofílico. As estruturas císticas são revestidas por epitélio pavimentoso e cúbico com características típicas de pneumócitos tipo II. Há septos de espessura variável contendo células mesenquimais, fibroblásticas e leucócitos. O diagnóstico diferencial inclui linfangioma, adenoma papilar e hemangioma esclerosante. O linfangioma é multicístico e de natureza vascular, enquanto que o adenoma alveolar é de natureza epitelial com análise positiva para queratina e negativa para o fator VIII. O adenoma papilar não tem aspecto multicístico e apresenta potencial invasivo, mas é revestido predominantemente por pneumócitos tipo II. O hemangioma esclerosante apresenta aspecto sólido, vascular, esclerosante e papilar. O tratamento curativo é cirúrgico.

#### **P.027 FRATURA BRÔNQUICA TRAUMÁTICA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO**

FERRÃO MHL, ROCHA RL, SANTOS JPV, TAVARES MG, MICHELIN MS, PEREIRA TS, FATURETO MC

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - CIRURGIA TORÁCICA - UBERABA - MG

**Introdução:** As fraturas brônquicas com rotura de toda a parede brônquica são raras, e têm alta morbi-mortalidade. Geralmente acontecem em vítimas de contusões com grande deslocamento da parede torácica. O diagnóstico é sugerido pela presença de pneumotórax hipertensivo apesar de uma drenagem torácica tecnicamente adequada. Usualmente são próximas às carinas e necessitam de tratamento em caráter urgente: broncoplastias ou rafia. O prognóstico da lesão costuma ser bom. Relato de caso: Lactente, masculino, 19 meses, sofreu queda de carroça em estrada de terra, tendo seu tórax ultrapassado pela roda do veículo. De imediato, iniciou dificuldade respiratória intensa sendo encaminhado a Hospital Geral noutra cidade. Estava torporoso, apresentando escoriação anterior torácica, havia abolição do murmúrio vesicular esquerdo desse lado e alguma redução à direita. O RX de tórax mostrou pneumotórax hipertensivo à esquerda e simples à direita, sem fratura de arcos costais. A drenagem torácica fechada bilateral com cateter fino, não o estabilizou, havendo persistência do pneumotórax à esquerda, obrigando a colocação de outro dreno calibroso à esquerda. Persistia fuga aérea importante pelos drenos esquerdos. RX de controle mostrou colapamento do pulmão esquerdo, sugerindo lesão de grande via aérea. O paciente foi encaminhado (100 km

de distância) ao nosso serviço. A toracotomia esquerda contactou explosão da carina lobar esquerda com separação dos brônquios lobares e rotura do brônquio lobar inferior. Optamos pela lobectomia inferior esquerda e plastia do brônquio lobar superior ao principal. A evolução pós-operatória foi satisfatória. O paciente recebeu alta no sexto PO. Em 10 anos de seguimento o paciente estava assintomático. Conclusão: As fraturas brônquicas completas cursam com pneumotóraces de grande volume e necessitam de estabilização rápida e cirúrgica o mais breve possível, evitando seqüelas neurológicas relacionadas à hipoxemia.

## **P.028 MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA EM ADOLESCENTE**

### **RELATO DE CASO**

FERRÃO MHL, ROCHA RL, SANTOS JPV, TAVARES MG, MICHELIN MS, PEREIRA TS, MENESES ACO, FATUETO MC

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - CIRURGIA TORÁCICA - UBERABA - MG  
**Introdução:** A Malformação Adenomatóide Cística Congênita (MACC) caracteriza-se por uma grande massa multicística gomosa ou sólida de tecido pulmonar produzido por proliferação anormal de bronquíolos terminais. O relato apresenta diagnóstico de malformação adenomatóide cística em adolescente submetida à lobectomia por supuração pulmonar. Relato do caso: E.S.R, feminina, 15anos, branca, foi admitida com abscesso em lobo superior esquerdo havia 3 semanas. Desde o nascimento apresentava enfisema lobar. Apesar de tratada a infecção, houve persistência da cavitação. Estava assintomática, em bom estado geral, sem expectoração, com diminuição do murmúrio vesicular em terço superior do hemitórax esquerdo. A lobectomia pulmonar superior esquerda foi realizada sem complicações. O anatomopatológico evidenciou malformação adenomatóide cística. Conclusão: A MACC e o Enfisema Lobar Congênito são as duas anomalias congênicas que mais causam angústia respiratória aguda no recém-nascido, pelo aprisionamento de ar localizado e compressão do pulmão normal. Nos casos mais brandos, onde o diagnóstico é tardio pode estar associado com infecções pulmonares de repetição. Além das duas patologias supracitadas também pode-se fazer diagnóstico diferencial com hérnia diafragmática. A Tomografia Computadorizada (TC) em muito pode contribuir para o diagnóstico correto. O tratamento exige cirurgia tanto mais precoce quanto mais grave for o caso, com excisão da parte malformada, mesmo em pacientes assintomáticos, pois além da predisposição a infecção há a possibilidade de malignização.

## **P.029 QUILOTÓRAX NEONATAL PÓS-CIRURGIA DE CANAL ARTERIAL**

### **RELATO DE CASO**

FERRÃO MHL, ROCHA RL, SANTOS JPV, MAIA SA, TAVARES MG, MICHELIN MS, PEREIRA TS, FATUETO MC

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - CIRURGIA TORÁCICA - UBERABA - MG  
**Introdução:** Quilotórax é acúmulo de linfa na cavidade pleural a partir do ducto torácico ou de suas ramificações. Pode ser congênito ou adquirido. No período neonatal, o primeiro ocorre por malformação do ducto torácico ou lesão de vasos linfáticos durante o parto. O segundo ocorre devido procedimentos nas proximidades do ducto torácico como correção de anomalias cardiovasculares (maior causa de derrame quíloso em crianças), trauma, obstrução de veia cava superior, neoplasias ou infecções intratorácicas. Objetivamos com o relato, apresentar 2 casos consecutivos de quilotórax neonatal devido cirurgia para correção do canal arterial. Relato do caso: CASO 1: I.M.S., prematura extrema, aos 6 meses, admitida no Hospital Escola da UFTM para tratamento de hidrocefalia. História de correção cirúrgica de Persistência de Canal Arterial (PCA) em facultativo havia 22 dias. No segundo PO de derivação ventricular-peritonial apresentava-se em regular estado geral, dispnéia e com murmúrio diminuído à esquerda. No RX de tórax, velamento do seio costo-frenico esquerdo e desvio do mediastino para direita. A toracocentese seguida de drenagem torácica confirmou tratar-se de quilotórax: pelo alto teor triglicérides. Análise do líquido pleural: DHL: 217U/l, glicose: 77mg/dl, pH: 8, proteínas totais: 3,2mg/dl, celularidade: 28.000 células, hemácias: 9.600 células, amilase: 19U/l, colesterol: 49mg/dl, TG: 463mg/dl, HDL: 8mg/dl. Foi orientada dieta enteral sem triglicérides, e depois parenteral, por 5 semanas sem resolução. Quando nos foi pedida avaliação, a criança estava em desnutrição severa. Foi realizada a ligadura do ducto torácico por toracotomia direita. No pós-operatório foi diagnosticada síndrome de veia cava superior por trombose pelo cateter venoso. O paciente evoluiu bem com heparinização. CASO 2: M.A.O.S., prematura de 28 semanas e 1 dia - aos 7 meses, foi submetida a correção cirúrgica de PCA e apresentou sepse, acompanhada de desconforto respiratório e broncodisplasia. Evoluiu com velamento total de hemitórax direito, a toracocentese confirmou derrame quíloso. Análise do líquido pleural: pH: 8,0; densidade: 1,030; hemácias: 250 células; celularidade: 42.600 células (N:1; L:98, M:1); glicose: 60mg/dl; DHL: 184U/l, amilase: 8,019U/l; proteínas totais: 3,2mg/dl; TG: 1960mg/dl; VLDL:392mg/dl; bacterioscopia negativa. A persistência do derrame após as drenagens sucessivas levou à desnutrição severa e a ligadura do ducto torácico foi realizada sem complicações. Discussão: A linfa tem propriedades bacteriostáticas e não é irritante, não causando encarceramento pulmonar, aderências, septação ou empiema. O diagnóstico é feito pela análise do líquido pleural opalescente rico em triglicérides e quilomicrons. O tratamento inicial é conservador com suporte nutricional adequado. A cirurgia é indicada quando não há resposta ao tratamento clínico (após 3 ou 4 dias) ou no aumento de volume do mesmo. A ligadura do ducto torácico por toracotomia direita é o procedimento padrão, seguro e facilita retorno precoce de alimentação usual. A perda de quilo leve à desnutrição rápida pela grande perda líquida, de proteínas e linfócitos, e pode aumentar o risco de infecções graves. Conclusão: Apesar da gravidade de ambos casos, a ligadura do ducto torácico foi exequível e segura.

## **P.030 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A DRENAGEM PLEURAL UTILIZANDO O SELO D'ÁGUA CONVENCIONAL E A BOLSA VALVULADA**

ALVES CMS, GOMES VCV

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL ODILON BEHRENS - BELO HORIZONTE - MG

**Introdução:** As afecções pleuro-pulmonares estão frequentemente presentes na prática médica diária, principalmente quando se trata de Cirurgias Torácicas. O espaço pleural, direta ou indiretamente envolvido na doença, pode conter ar - vindo dos pulmões ou da atmosfera - ou líquidos - sangue, pus, linfa e plasma - 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, intercorrências com o sistema e suas consequências, 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, intercorrências com a bolsa e suas consequências, 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.031 REVISÃO DE 275 CASOS DE BRONCOSCOPIA EM CRIANÇA**

ALVES CMS

**Introdução:** A endoscopia respiratória (ER) na criança é um exame importante para se estabelecer diagnóstico e, algumas vezes, tratamento de várias doenças da via aérea. Mesmo com os avanços dos métodos diagnósticos, o diagnóstico preciso de qualquer anormalidade da via aérea necessita observação direta da anatomia e da dinâmica da via respiratória. Objetivos: Rever e analisar 275 casos de endoscopia respiratória rígida em crianças. Materiais e métodos: Foram incluídas crianças de 0 a 8 anos no período de janeiro de 2004 a março de 2007. O estudo foi a conclusão histórica dos dados arquivados ao longo do tempo. Todos os exames foram realizados pela autora, com aparelho rígido e sob anestesia geral. As variáveis avaliadas foram: idade, sexo, história de intubação prévia, indicação, diagnóstico endoscópico, procedimento realizado e complicações do exame. Resultados: Foram realizados 275 exames em 164 crianças. Cento e sessenta e três para diagnóstico e 74 para diagnóstico e tratamento. A maioria dos pacientes foi submetida a um exame. O restante tinha alterações obstrutivas que motivaram nova intervenção para dilatação ou controle para alta. A indicação mais frequente foi a suspeita de obstrução laringo-traqueal. Das 164 crianças submetidas a ER, cento e vinte e quatro (45%) tinham obstrução da via aérea e dessas, mais de 90% tinham relato de intubação. Os casos restantes eram: corpo estranho, hemangioma subglótica, estenose traqueobronquial congênita, membrana glótica e cisto subglótico. Dos 74 casos de estenose laringo-traqueal, vinte e nove foram tratados pela broncoscopia sem a realização de traqueostomia e 25 chegaram traqueostomizados numa fase em que a dilatação já não foi possível. Não ocorreram complicações fatais. Em 2 exame (0,7%) houve necessidade de intubação traqueal. As outras complicações foram bradicardia, laringoespasmos e hipóxia transitória. Discussão: A endoscopia respiratória em crianças pode ser realizada com endoscópio rígido ou flexível. O aparelho rígido permite maior visibilidade e melhor controle sobre a via aérea, sendo usado preferencialmente em procedimentos que necessitem instrumentação. As suas desvantagens são a necessidade de anestesia geral e o traumatismo provocado pelo aparelho, sobretudo na região subglótica. A suspeita de obstrução foi a indicação mais frequente com sinais clínicos: estridor e falência de extubação. Houve predominância das lesões localizadas na subglote em relação às traqueais. Quando foi realizado o estudo das seqüelas da intubação em relação a fatores de risco, observei que nem o número de intubações ou o tempo de intubação (menor ou igual a 7 dias ou maior que 7 dias) ou o tamanho do tubo utilizado estiveram associados significativamente com complicação pós-intubação. Conclusões: A maioria dos exames foi realizada para diagnóstico. Nos casos suspeitos de estenose, a realização precoce do exame evitou a traqueostomia e possibilitou o completo tratamento somente por dilatação broncoscópica. A broncoscopia é um procedimento seguro para ser realizado em crianças e permite avaliar e tratar alterações laringo-tráqueo-brônquias.

## **P.032 ANGIOSSARCOMA DE PAREDE TORÁCICA: RELATO DE CASO**

TAVARES M, VASCONCELOS R

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL MUNICIPAL DR. MUNIR RAFFUL - HMMR - VOLTA REDONDA - RJ

**Objetivo:** Descrever o relato de um caso de angiossarcoma de parede torácica, conduzido no Hospital Dr. Municipal Munir Rafful (HMMR), em Volta Redonda, R.J. Relato de Caso: Paciente, oriundo de área rural, relatou observação de aumento de volume em região escapular esquerda há aproximadamente 1 ano. Fez tratamento clínico, sem êxito. Foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Municipal Munir Rafful (HMMR), em Volta Redonda, R.J., no dia 08/07/2005. Submetido a biópsia incisional no dia 11/07/2005. Alta para acompanhamento ambulatorial. Foram solicitados exames pré-operatórios de rotina e programada ressecção tumoral ampla. Ao exame físico, bom estado geral, eupnéico, corado e hidratado. ACV. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofônicas. AR: Murmúrios vesiculares presentes e simétricos, sem ruídos adventícios. Presença de volumosa lesão em região dorsal sobre a escápula direita, com aproximadamente 10X10X10 cm, endurecida, bem vascularizada, aderida aos planos profundos e pouco dolorosa. Presença de infiltração da pele pela lesão. Abdomen: plano, flácido e indolor a palpação. Demais sistemas, sem alterações. Exames Complementares: HCT 40,5%; Hgb 14,1g%; Hemácias 5,14milhoes/mm<sup>3</sup>; Leucócitos 6.300/mm<sup>3</sup> (seg 72%; eos 3,8%; linf 18%, Mono 4,7%); plaquetas 283.000; TP 15,2 seg (83%); TTPa 35,3seg.; alfa-fetoproteína 2,2; Glicose 84; Uréia 26; Creatinina 1,0; ácido úrico 4,1; TGO 20; TGP 21; Fosfatase alcalina 157; albumina 3,8; Na 137; K 4; Ca 8,7; GGT 46. -Espirometria: CVF 2,68l (101%); 3,28l (123%) VEF(1) 1,77 (85%); 2,25 (108%) -Radiograma de tórax demonstrando a tumoração na parede torácica posteriormente. -Tomografia computadorizada de tórax com contraste evidenciando a tumoração pré-escapular à direita. Observa-se nítido plano de clivagem entre a tumoração e a escápula direita. Diagnóstico Histopatológico: O resultado histopatológico da biópsia incisional realizada dia 11/07/2005 foi de Angiossarcoma Pouco Diferenciado. Procedimento Cirúrgico: A ressecção da tumoração foi ampla: superiormente toda a pele foi ressecada sobre a lesão; lateralmente foi mantida uma borda de, aproximadamente, 10 cm em todas as direções; abaixo da lesão as ressecções avançaram até o músculo infra-espinhoso direito. Como havia um nítido plano de clivagem entre a lesão e a parte inferior da escápula, esta foi preservada. Após rigorosa hemostasia, a ferida cirúrgica foi suturada sem dificuldades e sem necessidades de rotação de retalhos miocutâneos. Discussão: Os sarcomas são os tumores primários de parede torácica mais comuns, com localização em torno de 80% no gradil costal e 20% no esterno. Geralmente apresentam crescimento lento, com altos índices de recidiva local e freqüentes metástases à distância. O tamanho da lesão, grau de diferenciação e localização, estão associados aos fatores prognósticos. Em lesões com menos de 5 cm e com baixo grau de diferenciação, está indicada a ressecção cirúrgica sem tratamento adjuvante, com sobrevida de 90% em 5 anos. O AJCC (American Joint Committee on Cancer) inclui o grau histológico (G) no estadiamento TNM dos sarcomas. Nas lesões maiores que 5 cm e com grau de diferenciação intermediário ou alto, a excisão

cirúrgica com margens livres e radioterapia, é o tratamento de escolha; sendo o controle local e sobrevida de 80% em 5 anos para lesões de grau intermediário, e 50% em 5 anos nas lesões com alto grau de diferenciação. Através de critérios histológicos definidos pelo NCI (National Cancer Institute), os graus variam de 1 a 3 (Bem, Moderado e Mal diferenciado). Metástase linfonodal ocorre em 6% e metástase à distância em 7% dos casos no momento do diagnóstico, e são dependentes do grau histológico e do tamanho do tumor.

### **P.033 BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL NO RECIÉM NASCIDO E LACTENTE**

PEIXOTO LC, RESENDE MA, PEREIRA SP

**INSTITUIÇÃO:** SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE - MG

Após a década de 70 quando a tecnologia da fibra ótica foi aplicada a broncoscopia, broncoscópios cada vez mais sofisticados e versáteis tem sido utilizados no recém-nascido e lactentes com maior segurança, quer no âmbito diagnóstico, quer terapêutico. Com este trabalho procede-se à análise retrospectiva das broncoscopias realizadas em recém-nascidos e lactentes e revê-se às indicações desta técnica nestes grupos etários. Durante o período de 10 meses foram realizadas pela equipe de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Belo Horizonte, 30 broncoscopias flexíveis em 27 pacientes, o que permitiu o diagnóstico de anomalias da árvore traqueobrônquica e a realização de lavados broncoalveolares. A maioria dos procedimentos foi realizada sob sedação leve e anestesia tópica com ventilação espontânea sem a necessidade de remoção para o centro cirúrgico. Quando houve necessidade de ventilação assistida utilizamos a máscara laríngea. Todos os pacientes submetidos a broncoscopia rígida foram previamente avaliados pela broncoscopia flexível. Entre as principais indicações da broncoscopia destacam-se: estridor, hemoptise, imagens pulmonares persistentes ou recidivantes, dificuldades na intubação e na extubação e perturbação persistente da ventilação. A broncoscopia permite ainda a realização de técnicas subsidiárias, como o lavado broncoalveolar, a biópsia. Conclusão: A broncoscopia flexível é segura e auxilia no manejo do recém nascido e lactente com problemas respiratórios. Destaca-se a importância do trabalho em equipe (Cirurgia Torácica, Pediatria, Anestesia e profissionais não médicos).

### **P.034 PARAGANGLIOMA SINTOMÁTICO DO MEDIASTINO POSTERIOR ACOMETENDO CORPO VERTEBRAL DE T10**

PEIXOTO LC, NOGUEIRA BD, BRAGA BP

**INSTITUIÇÃO:** SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DA BALEIA - FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES, BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

O paraganglioma é um tumor raro, especialmente localizado em mediastino posterior e acometendo o corpo vertebral. Paciente apresentou inicialmente hipertensão e parestia de membros inferiores, sendo realizado exames de imagem que demonstraram tumoração em mediastino posterior adjacente ao corpo vertebral de T10. A neurocirurgia realizou descompressão medular com parafusos pediculares, laminectomia e biópsia incisional. Anatomia patológica e imunohistoquímica confirmaram paraganglioma extra-adrenal simpático. A cirurgia torácica realizou em um segundo momento a ressecção do tumor e arcos costais 9, 10 e 11. Foi evidenciado e confirmado acometimento do canal medular. Paciente encontra-se assintomático e em acompanhamento com a oncologia. O objetivo é revisar a literatura através de fontes especializadas e sistemas eletrônico e relatar o raro caso de um paraganglioma de mediastino posterior acometendo corpo vertebral de t 10.

### **P.035 PUNÇÃO-BIÓPSIA PROPEDEÚTICA UTILIZANDO AGULHA GROSSA EM MASSAS MEDIASTINAIS**

AMARAL NF, RIBEIRO CA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE - MG

Introdução: O diagnóstico etiológico das massas mediastinais anteriores ou superiores frequentemente é obtido através de mediastinoscopia ou mediastinotomia para-esternal. A punção-biópsia com agulha fina apresenta baixo rendimento diagnóstico. Desde o ano de 2001 temos realizado punção-biópsia guiada por tomografia computadorizada, utilizando agulha fina e grossa (tipo tru-cut) que oferecem material bem representativo da lesão para citologia e também para histopatologia. Objetivo: Apresentar os resultados da experiência desenvolvida no Serviço com esta técnica. Métodos: Revisão de 17 casos submetidos a esse procedimento, no período de 2005 a 2007. Técnica: em regime ambulatorial, sob anestesia local, guiada por tomografia computadorizada, utilizando inicialmente agulha fina seguida pela agulha tru-cut. Obtem-se um ou mais fragmentos cilíndricos da lesão com 3 mm de diâmetro e 1,5 cm de extensão. Resultados: Foram 17 pacientes apresentando massa no mediastino anterior e superior e idades variando de 17 a 72 anos: 5 procedimentos não ofereceram diagnóstico específico (29,4 %) e 12 (70,6 %) mostraram diagnóstico histopatológico e ainda possibilitaram detalhamento pela imunohistoquímica. Os diagnósticos foram: Doença de Hodgkin (4 casos), Timoma (01), Sarcoma (01), Hemangioperitônio (01), Carcinoma de Pequenas Células (01), Carcinoma de Grandes Células (02), Adenocarcinoma (01) e Carcinoma Indiferenciado (01). Não houve qualquer complicação. Conclusão: O diagnóstico histopatológico das massas no mediastino anterior e superior habitualmente é obtido através de procedimentos cirúrgicos (mediastinotomias, mediastinoscopias, biópsias supraclaviculares ou até esternotomias). As punções-biópsias aspirativas com agulha fina coletam material para citologia e têm baixo rendimento diagnóstico. As punções utilizando agulha tipo tru-cut, guiadas por tomografia computadorizada, ofereceram, nesta amostra, rendimento diagnóstico satisfatório, material expressivo da lesão e a possibilidade de outros estudos laboratoriais (p.ex. estudo imunohistoquímico) e não apresentaram complicações.

### **P.036 PUNÇÃO-BIÓPSIA PROPEDEÚTICA UTILIZANDO AGULHA GROSSA EM LESÕES PULMONARES**

AMARAL NF, RIBEIRO CA

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL MADRE TERESA - BELO HORIZONTE - MG

Introdução: A punção-biópsia com agulha fina é um procedimento clássico na propedêutica das lesões pulmonares. Desde 2001 temos realizado este procedimento acrescentando a utilização de agulha grossa do tipo tru-cut, o que potencializa os resultados obtendo material, não só para citopatologia, como também para histopatologia e possibilitando o estudo imunohistoquímico com todas as suas implicações na interpretação clínica e condução terapêutica. Objetivo: Apresentar a experiência desenvolvida no Serviço com esse procedimento. Métodos: Análise retrospectiva de 91 procedimentos realizados, pelo cirurgião autor do trabalho, no período de janeiro de 2001 a junho de 2007. A técnica é realizada em regime ambulatorial, sob anestesia local, guiada por tomografia computadorizada, com utilização inicial de agulha fina e obtenção de esfregaços em lâmina para citopatologia. Em seguida utiliza-se a agulha tipo tru-cut e obtem-se um ou mais fragmentos cilíndricos com dimensão média de 3 mm de diâmetro por 1,5 cm de comprimento para histopatologia ou

bacteriologia. Resultados: De janeiro de 1992 a junho de 2007 realizamos 303 punções-biópsias com agulha fina guiada por tomografia computadorizada ou radioscopia. Desde janeiro de 2001, realizamos 91 punções com agulha tru-cut conforme técnica mencionada. A idade variou entre 38 e 90 anos (média de 63,8 anos). As lesões pulmonares alvo de tais punções apresentavam características de nódulo (superiores a 1 cm de diâmetro), massas ou infiltrados focais periféricos. Os resultados obtidos foram: 53 casos de neoplasias malignas (58,2 %); 20 casos de lesões benignas (21,6 %) e 18 casos não ofereceram diagnósticos específicos (19,8 %). O adenocarcinoma predominou no grupo das neoplasias malignas e lesões granulomatosas e fúngicas no grupo das benignas. O uso de colorações especiais e o estudo imunohistoquímico permitiram o detalhamento diagnóstico em ambos os grupos. Não houve óbitos. As complicações relacionadas foram: pneumotórax (3 casos e para todos foi necessário drenagem pleural por dois dias) e hemoptise (2 casos que demandaram observação clínica apenas). Conclusão: As punções-biópsias de lesões pulmonares focais, fora do alcance da fibrobroncoscopia, são um recurso diagnóstico cada vez mais utilizado e em desenvolvimento. As etapas desse desenvolvimento passam pela utilização da tomografia computadorizada como guia e, recentemente, a utilização de agulha grossa do tipo tru-cut que potencializa os resultados oferecendo material para histopatologia e estudos anátomo-patológicos especiais.

### **P.037 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE NO PULMÃO DE CRIANÇA RELATO DE CASO**

AMARAL NF, ALVES CMS, CARMARGOS PA, CAMELO LC

**INSTITUIÇÃO:** SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFMG - BELO HORIZONTE - MG

Introdução: O carcinoma mucoepidermóide representa menos de 0,5% dos casos de câncer no pulmão. A variante "baixo grau" ocorre em crianças e adultos jovens. Caracteriza-se, na maioria dos casos, por sintomas inespecíficos, evolução clínica arrastada, lesão obstrutiva brônquica e bom prognóstico nos casos do tipo "baixo grau". Objetivo e Método: Relato de caso e revisão da literatura. Relato do caso: PHFC, masculino, 5 anos. A família relatava quadro de tosse persistente e 'chieira' há 3 anos. Teve diagnóstico de rinite alérgica e asma persistente grave. O tratamento incluiu vasta medicação associada a fisioterapia respiratória. Trouxe radiografia de tórax - normal - feita após um ano de sintoma e outra recente mostrando hiperinsuflação à direita. A tomografia computadorizada do tórax confirmou a hiperinsuflação e sugeriu uma lesão obstrutiva no brônquio principal direito, lesão essa que foi confirmada à broncoscopia e biopsiada. O resultado foi carcinoma mucoepidermóide de baixo grau. A criança foi submetida a lobectomia superior direita em manga com broncoplastia. Evoluiu sem intercorrências e sem necessidade dos medicamentos usados anteriormente (broncodilatadores). Discussão: Os carcinomas mucoepidermóides são neoplasias primárias raras no pulmão e localizam-se em brônquios principais, traquéia, e mais frequentemente em brônquios segmentares. Apesar de serem típicos de glândulas salivares, sua localização endobrônquica justifica-se por semelhanças embriológicas. Classificam-se em duas variedades: os de baixo e os de alto grau. São considerados, histologicamente, benignos, mas com potencial de malignidade. Semelhante aos demais tumores endobrônquicos, apresentam evolução insidiosa com sintomas respiratórios obstrutivos e de pneumopatias de resolução lenta. Há relato de acometimento em todas as idades, especialmente dos 20 aos 30 anos e discreto predomínio no sexo feminino. O diagnóstico histopatológico diferencial do carcinoma mucoepidermóide brônquico inclui o adenoma de glândula mucosa, além de outros tumores pulmonares do tipo glandular, particularmente o carcinoma adenóide cístico e o adenoma pleomórfico, além das formas mais comuns de carcinoma brônquico. O tratamento dos carcinomas mucoepidermóides é essencialmente cirúrgico - os de baixo grau podem ser completamente removidos com ressecções econômicas (broncoplastia) e, mais comumente, através de lobectomias. Já os carcinomas mucoepidermóides de alto grau devem ser tratados de forma similar aos carcinomas brônquicos, com margens amplas e dissecação linfonodal mediastinal. O uso da quimioterapia e da radioterapia nos tumores de alto grau ainda é controverso, devido à pobre resposta desse tumor. Conclusão: O caso descrito chama a atenção para três importantes pontos: a necessidade de investigação rigorosa em casos de asma de difícil controle; a ressecção econômica empregada - indicada devido ao tipo histológico e com menor impacto funcional; e a pouca frequência do tumor mucoepidermóide no pulmão.

## Pneumologia

### **P.038 ESCLEROSE TUBEROSA: COMPROMETIMENTO RENAL E PULMONAR**

SÃO JOSE BP, BRAMUSSE JR G, ESPINOLA DF, VELOSO MTS, MENDONÇA DP, RODRIGUES NETO J, SOARES ACO, SILVEIRA CML

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE BH - CPG CENTRO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO - FCCMG FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS MG

Introdução: A Esclerose Tuberosa ou doença de Bourneville é uma doença hereditária, neurocutânea e multissistêmica, com manifestações clínicas variáveis. Tem herança autossômica dominante, incidência de 1:10000 e não há preponderância racial ou de sexo. Se caracteriza pela presença de hamartomas e neoplasias benignas em múltiplos órgãos como SNC, rins, pele, coração, pulmão, olhos e ossos. A linfangioleiomiomatose e a angiomiolipomatose, entre outras, são critérios maiores para o diagnóstico de Esclerose Tuberosa. Objetivos: Expor o comprometimento renal e pulmonar da Esclerose Tuberosa. Métodos: Relato de caso. Resultados: Paciente 60 anos, feminino, faio. Diagnóstico de Esclerose Tuberosa aos 32 anos por lesões cutâneas típicas. Apresentou hemorragia urinária grave com repercussão hemodinâmica, sendo submetida à nefrectomia D. Aos 40 anos nova hematúria franca e US evidenciando angiomiolipomatose, necessitando de nefrectomia. Desde então em tratamento dialítico (1998). Em 2004, iniciou quadro de dispnéia aos esforços, tosse improdutiva e hemoptícas. Tratada por diversas vezes com antibioticoterapia por possível infecção pulmonar, sem resposta e devido a progressão do quadro e piora dos sintomas foi encaminhada ao Serviço de Pneumologia em 2005, Rx de tórax: infiltrado nodular difuso. Tc de tórax: comprometimento pulmonar difuso, bilateralmente, lesões císticas de paredes finas com 10mm de diâmetro. Aspecto compatível com linfangioleiomiomatose. Conclusão: Trata-se de Esclerose Tuberosa, sem acometimento do SNC, lesões cutâneas típicas, submetida a binefrectomia por hemorragia urinária (angiomiolipomatose) e linfangioleiomiomatose.

### **P.039 MESOTELIOMA MALIGNO DE PLEURA E EXPOSIÇÃO AO ASBESTO**

SÃO JOSE BP, BRAMUSSE JR G, ESPINOLA DF, VELOSO MTS, MENDONÇA DP, SOARES ACO, SILVEIRA CML, TASSARA MM

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE BH E CPG CENTRO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO - FCCMG FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS MG

O Mesotelioma é um tumor raro, com incidência em torno de 1 a 2 casos por milhão de habitantes por ano. Em locais onde há extensa mineração de asbesto (principal agente etiológico), como na África do Sul, a incidência pode chegar a 7,2 casos por milhão de habitantes. Aproximadamente 80% de todos os mesoteliomas se origina na pleura. A exposição ao asbesto é o principal fator etiológico no desenvolvimento do mesotelioma pleural, sendo responsável por 60 a 70 % de todos os casos. A história de exposição pode não ser facilmente identificada, pois muitas vezes há intervalos de 20 a 40 anos entre a exposição e a manifestação da doença. A faixa etária mais comum para seu surgimento é entre 50 e 70 anos. O principal sintoma do mesotelioma pleural é a dor torácica de longa duração, às vezes presente há mais de 2 meses, tipicamente não pleurítica, podendo ser referida no ombro ou no andar superior do abdome, reflexo do envolvimento diafragmático do tumor. A dispnéia está presente nos casos em que há encarceramento do pulmão pelo tumor ou grande derrame pleural. Objetivo: Mostrar a importância da relação do mesotelioma com a história ocupacional. Métodos: Relato de caso. Resultados: Paciente 53 anos, masculino, branco. História de dispnéia, tosse não produtiva, emagrecimento, dor torácica há seis meses. Radiografia de tórax evidenciava derrame pleural à esquerda. Foi submetido à torocotomia que mostrou líquido amarelo citrino e a biópsia pleural apresentou histopatológico de provável adenocarcinoma. Baseando em um dado da anamnese ocupacional de que o paciente havia se exposto a amianto no passado (há 30 anos) optamos por realizar um estudo imunohistoquímico, para confirmar ou descartar mesotelioma maligno de pleura. O resultado confirmou este diagnóstico, mostrando a relação ocupacional com a neoplasia. Conclusão: Esse caso revela a importância de um levantamento minucioso da história ocupacional pregressa face a um caso de neoplasia de pleura. Em vista que muitos diagnósticos são feitos sem a correlação ocupacional.

### **P.040 PNEUMONIA POR MICOBACTÉRIA TUBERCULOSA**

SÃO JOSE BP, BRAMUSSE JR G, ESPINOLA DF, VELOSO MTS, MENDONÇA DP, SILVEIRA CML, SILVA BCR, TASSARA MM

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE BH E CPG CENTRO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO - FCCMG FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS MG

Introdução: Estima-se que 1/3 da população mundial esteja infectada pelo bacilo da tuberculose. As manifestações são variadas, podendo ir de sintomas leves e pouco expressivos de um processo infeccioso até episódios de hemoptise. Na maioria das vezes, o doente apresenta tosse produtiva, de evolução arrastada, febre baixa e predominante vespertina, adinamia e anorexia. Se admite a possibilidade de tuberculose em paciente com pneumonia de evolução lenta, que não se resolve com antibióticos no prazo habitual. Nesse caso o que chama a atenção é a persistência ou piora da imagem radiológica, enquanto clinicamente o paciente pode se encontrar bem, caracterizando a dissociação clínico-radiológica. Objetivo: Mostrar uma apresentação atípica da tuberculose. Método: Relato de caso. Resultados: Paciente de 13 anos internada com história de febre há 15 dias (39,5°), acompanhada de tosse pouco produtiva e dor ventilatório-dependente no hemitórax direito. Radiografia de tórax apresentava consolidação em lobo inferior direito com broncograma aéreo de permeio, leucocitose de 22700 com desvio. Paciente foi tratada com ceftriaxona e azitromicina por cinco dias e evoluiu com taquidispnéia, toxemia e piora da leucocitose. Foi associado oxacilina ao esquema e houve transferência para o CTI. Após três dias no CTI onde foi iniciado Vancomicina e ceftazidima a paciente foi encaminhada novamente para enfermagem com controle da taquipnéia. Após 10 dias de tratamento a febre persistia (39,5°) acompanhada da tosse pouco produtiva, discutido caso na CCIH e reiniciado tratamento com cefepime. BAAR negativo (3 amostras), TC de tórax mostrava consolidação em lobo inferior direito com broncograma aéreo, na hemocultura e urocultura não houve crescimento bacteriano. No terceiro dia de cefepime realizou-se LBA que mostrou BAAR positivo +++/4+. Conclusão: Devemos sempre considerar o diagnóstico de tuberculose frente a um quadro clínico de infecção pulmonar com preenchimento alveolar, principalmente quando não é responsivo às medicações habitualmente usadas.

### **P.041 PNEUMONITE POR AMIODARONA**

SÃO JOSE BP, BRAMUSSE JR G, ESPINOLA DF, VELOSO MTS, MENDONÇA DP, RODRIGUES NETO J, SOARES ACO, SILVA BCR

**INSTITUIÇÃO:** SANTA CASA DE BH E CPG CENTRO DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO - FCCMG FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS MG

Introdução: Desenvolvida na Europa no início da década de 1960, a amiodarona foi inicialmente utilizada como antianginoso e, posteriormente, como antiarrítmico. É uma medicação largamente utilizada e pode ocasionar toxicidade pulmonar mesmo quando utilizada por curto período e baixas doses. Existem inúmeros efeitos colaterais associados ao uso de amiodarona, como depósitos na córnea, neuropatias, descoloração da pele, hipertireoidismo e hipotireoidismo. Objetivo: Relatar um caso de pneumonite por amiodarona. Métodos: Relato de caso. Resultados: Paciente 71anos, ex tabagista há 30 anos (20maços/ano), em uso de amiodarona há 1 ano e 6 meses na dose de 200mg/dia. História de dispnéia progressiva evoluindo para os pequenos esforços e em repouso em um prazo de 6 meses. Eco normal mostrou FE de 81%, TCAR tórax mostrou infiltrado em vidro fosco difuso bilateral. Com a hipótese diagnóstico de pneumonite por amiodarona, a medicação foi suspensa e iniciado prednisona na dose de 1mg/Kg. O paciente apresentou melhora da dispnéia em repouso com 10 dias e aos pequenos esforços em 20 dias, com melhora total da dispnéia em 30 dias. A TCAR tórax após 2 meses estava normal, evidenciando uma recuperação completa das lesões. Conclusão: Apesar de diversas doenças pulmonares serem capazes de promover um quadro clínico e um padrão tomográfico similar ao exposto, o fato de o paciente ser usuário de amiodarona, independente da dose e tempo, deve sempre ser considerado.

### **P.042 O TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS NA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE EXPOSTOS À SÍLICA**

CARNEIRO APS, BARRETO SM, SIQUEIRA AL, NASCIMENTO MS

**INSTITUIÇÃO:** CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR/HOSPITAL DAS CLÍNICAS/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL/ FACULDADE DE MEDICINA/UFMG. DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA/INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS/UFMG. Objetivo: Avaliar a contribuição do teste de caminhada de 6 minutos em corredor (TC6M) como método adicional na avaliação funcional de expostos à sílica. Métodos: Estudo transversal com 140

ex-mineiros de ouro, residentes na região de Nova Lima e Raposos, Minas Gerais, examinados entre 1997 e 1999. Foram analisadas as histórias clínica e ocupacional, radiografia de tórax, espirometria e TC6M. Em relação ao TC6M foram avaliadas: distância percorrida, saturação em repouso, saturação mínima durante o teste e saturação final. O teste foi realizado em 107 dos 140 pacientes. Resultados: O gradiente de queda da saturação (repouso- mínima) foi maior nos silicóticos que em não silicóticos. Considerando-se como significativa uma queda de saturação de pelo menos 4%, e comparando-se esta condição com a proporção de espirometrias alteradas, verificou-se que, dentre os pacientes com espirometrias normais havia 19 (33%) com dessaturação significativa ao TC6M. Verificou-se ainda, através de regressão logística múltipla, que os fatores associados a um gradiente de queda de pelo menos 4% foram idade e a presença de silicose. Conclusões: O TC6M parece adicionar informações quanto ao estado funcional dos pacientes expostos à sílica. Entretanto, torna-se importante a incorporação de outros fatores clínicos, funcionais e radiológicos, assim como de análises estatísticas mais aprofundadas para melhor compreensão dos resultados encontrados.

### **P.043 AVALIAÇÃO ESPIROMÉTRICA PÓS-TRATAMENTO DE PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECCI**

GONÇALVES NC, MARCACINE CL, BRUNO SL, RODRIGUES J, SANTANA JH, SILVA MHC

**INSTITUIÇÃO:** DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA-DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UBERABA - MG

Introdução: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (PPJ) é uma das infecções oportunistas que acomete com maior frequência indivíduos imunodeprimidos, particularmente aqueles com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A apresentação clínica mais comum da PPJ nos pacientes com SIDA é dispnéia progressiva, tosse seca, febre de moderada intensidade e perda de peso. A radiografia de tórax está alterada em 90% dos casos, mostrando tipicamente infiltrado alveolointersticial bilateral na zona média e inferior dos pulmões. A redução da função pulmonar durante a fase aguda da doença já está bem documentada. Entretanto, existem poucos estudos a respeito da função pulmonar pós-tratamento. Objetivo: O objetivo desse estudo foi avaliar, por meio de espirometria, a existência ou não de alteração funcional pulmonar em pacientes após tratamento para pneumocistose no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Método: Foram avaliados, por meio de questionário, revisão de prontuário e espirometria, 8 casos de pacientes com SIDA que apresentaram pelo menos 1 episódio de pneumocistose nos últimos 10 anos. Resultados: A idade média da amostra foi de 37,75 anos. Metade dos pacientes era do sexo masculino. Sete pacientes (87,5%) apresentaram dispnéia durante a fase aguda da pneumocistose, seis (75%) apresentaram tosse seca e cinco (62,5%) apresentaram febre. A alteração radiográfica mais observada na ocasião da pneumocistose foi infiltrado intersticial difuso bilateral (75%). Seis pacientes (75%) tinham CD4 abaixo de 150. A capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF<sub>1</sub>) e a relação VEF<sub>1</sub>/CVF estavam dentro dos valores normais em todos os pacientes, em uma média de 98,6%, 97,23% e 99,144% do previsto respectivamente. Quatro pacientes (50%) eram tabagistas de mais de 10 cigarros/dia. Conclusão: A espirometria constitui importante arsenal para diagnóstico, avaliação prognóstica e classificação da gravidade de várias doenças respiratórias. Apesar do pequeno número de casos, este estudo mostrou que a pneumocistose não causa seqüelas funcionais importantes, independente do período transcorrido entre a doença e a realização do exame espirométrico.

### **P.044 NOCARDIOSE PULMONAR: RELATO DE CASO**

AMORIM R, MANSUR MH, MORAIS HC

**INSTITUIÇÃO:** HOSPITAL MADRE TERESA/ FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO

Introdução: Nocardiose é uma infecção que geralmente ocorre em pacientes com deficiência de imunidade celular. Pode apresentar-se de forma localizada ou disseminada e acomete mais frequentemente o pulmão. A apresentação clínica-radiológica pulmonar é inespecífica; muitas vezes o diagnóstico retardado em função da doença não ser incluída no diagnóstico diferencial. Objetivo: Relato de caso de paciente acometida pela doença com revisão da literatura. Trata-se de MAP, 75anos, branca natural de Araxá/MG. Portadora de asma persistente moderada, usuária de formoterol/budesonida 12/400mcg e combivent de alívio. Deu entrada no HMT com quadro de crise asma desencadeada por sinusite aguda. Raio x tórax na admissão(RxT) normal. Foi otimizada broncodilatação e iniciado levofloxacino endovenoso. Sem melhora clínica após 10 dias, foi avaliada pelo otorrinolaringologista e evidenciado secreção purulenta em meato médio.Iniciado ciprofloxacino e clindamicina, obtendo melhora do broncoespasmo, porém mnteve hipoximéa. RxT com consolidações e nódulos difusos e bilaterais.Tomografia tórax(TC) revelou opacidades pulmonares bilaterais de contornos irregulares. Provas reumatológicas normais e hemoculturas negativas. Avaliação do neurologista afastou neuropatia periférica. Feito ecocardiograma(ECO) e fibrobroncoscopia(Fibro). FE 63% PSAP normal. Fibro normal com lavado broncoalveolar mostrando BAAR negativo, citologia normal e cultura com crescimento de Klebsiella sp. e Stafilococcus sp. Acrescentado oxacilina. Nova TC evidenciando piora radiológica com lesões cavitadas e derrame pleural. Indicado biópsia transcutânea com agulha truete? guiada por TC que evidenciou nocardia sp. Iniciado sulfametoxazol-trimetropim(SMT) endovenoso mantido por seis semanas. Rx controle derrame pleural. Drenado por toracocentese. Melhora clínica e radiológica após seis semanas de SMT endovenoso. Alta hospitalar para prosseguimento do tratamento ambulatorial. Discussão: Nocardiose é a infecção localizada ou disseminada causada pela espécie bacteriana Nocardia sp, gram positiva, fracamente bacilo álcool ácido resistente positiva na coloração Ziehl-Neelsen. Doença foi descrita inicialmente em gado por Edmond Nocard em 1889; dois anos depois Eppinger relatou o caso em humanos.Nos EUA ocorrem 1000 casos/ano. A forma predominante é a pulmonar (80%),causada pela Nocardia asteroidesque é adquirida por via inalatória. Não ocorre transmissão entre humanos. Fatores predisponentes são imunodepressão, transplantados, SIDA, corticoterapia proteinose alveolar e outros. A apresentação clínica geralmente é subaguda ou crônica, com sintomas inespecífico: tosse seca ou produtiva, anorexia, emagrecimento, febre, dispnéia, dor pleurítica e hemoptise. A radiografia do tórax pode apresentar consolidação lobar ou multilobar; nódulos ou massas ir regulares, cavitações; infiltrado reticulonodular; derrame pleura; linfonodomegalia; menos 10% dos casos a radiografia é normal. A TC apresenta alterações semelhantes às radiografias; cavidades ou áreas de baixa atenuação com impregnação periférica de contraste,representam necrose. Em metade dos casos ocorre acometimento em outros locais, tais como sistema nervoso central, pele e rins. O diagnóstico diferencial deve ser feito com aspergilose e toxoplasmose. O diagnóstico é feito através da demonstração do bacilo em materiais biópsia ou aspirado dos locais acometidos. Tratamento com SMT por seis meses, sendo seis semanas de forma endovenosa, doença disseminada acometendo sistema nervoso central, usa-se SMT e imipenem ou amicacina ou linezolid. Duração de seis a doze meses.