



# Jornal Brasileiro de **Pneumologia**

Publicação Bimestral

J Bras Pneumol. v.41, Suplemento 1R, p. R1-R96 Maio 2015

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

## XIX Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica - Tórax 2015

FÁBRICA DE NEGÓCIOS  
27 A 29 DE MAIO DE 2015  
FORTALEZA/CE

Free Full Text in English

[www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br)

# ECHELON FLEX™

Fino. Ágil e  
**extremamente  
preciso.**

ECHELON FLEX™ Powered  
Vascular Stapler  
com ponta curva avançada para acesso.



**ETHICON**  
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Shaping  
the future  
of surgery



Publicação Bimestral

J Bras Pneumol. v.41, Suplemento 1R, p. R1-R96 Maio 2015

Associação Brasileira  
de Editores Científicos



Publicação Indexada em:  
Latindex, LILACS, Scielo  
Brazil, Scopus, Index  
Copernicus, ISI Web of  
Knowledge, MEDLINE e  
PubMed Central (PMC)

Disponível eletronicamente nas  
versões português e inglês:  
[www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br) e  
[www.scielo.br/jbpneu](http://www.scielo.br/jbpneu)



ISI Web of Knowledge<sup>SM</sup>

SCOPUS

SciELO  
Brazil

INDEX COPERNICUS  
INTERNATIONAL

latindex

### Editor Chefe

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

### Editores Executivos

Bruno Guedes Baldi - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Caio Júlio Cesar dos Santos Fernandes - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Carlos Viana Poyares Jardim - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

### Editores Associados

Afrânio Lineu Kritski - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ  
Álvaro A. Cruz - Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA  
André Luís Pereira de Albuquerque - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
Ascedio Jose Rodrigues - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
Bruno Hochhegger - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS  
Edson Marchiori - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ  
Fernanda Carvalho de Queiroz Mello - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ  
Gilberto de Castro Junior - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Irma de Godoy - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP  
Marcelo Alcântara Holanda - Universidade Federal do Ceará - Fortaleza - CE  
Oliver Augusto Nascimento - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - SP  
Pedro Caruso - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
Pedro Rodrigues Genta - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
Renato Tetelbom Stein - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS  
Ricardo de Amorim Corrêa - Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - MG  
Ricardo Mingarini Terra - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP  
Simone Dal Corso - Universidade Nove de Julho - São Paulo - SP  
Ubiratan de Paula Santos - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Veronica Amado - Universidade de Brasília, Brasília, DF

### Conselho Editorial

Alberto Cukier - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Ana C. Krieger - New York School of Medicine, New York, USA  
Ana Luiza Godoy Fernandes - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP  
Antonio Segorbe Luis - Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal  
Brent Winston - Department of Critical Care Medicine, University of Calgary, Calgary, Canada  
Carlos Alberto de Assis Viegas - Universidade de Brasília, Brasília, DF  
Carlos Alberto de Castro Pereira - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP  
Carlos M. Luna - Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina  
Carmen Silvia Valente Barbas - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Celso Ricardo Fernandes de Carvalho - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Chris T. Bolliger - University of Stellenbosch, Stellenbosch, South Africa  
Dany Jasinowodolinski - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP  
Denis Martinez - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS  
Douglas Bradley - University of Toronto, Toronto, ON, Canadá  
Emílio Pizzichini - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC  
Fábio Bisceglhi Jatene - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Frank McCormack - University of Cincinnati School of Medicine, Cincinnati, OH, USA  
Geraldo Lorenzi-Filho - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Gustavo Rodrigo - Departamento de Emergência, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay  
Ilma Aparecida Paschoal - Universidade de Campinas, Campinas, SP  
Isabela C. Silva - Vancouver General Hospital, Vancouver, BC, Canadá  
J. Randall Curtis - University of Washington, Seattle, Wa, USA  
John J. Godleski - Harvard Medical School, Boston, MA, USA  
José Alberto Neder - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP  
José Antonio Baddini Martínez - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP  
José Dirceu Ribeiro - Universidade de Campinas, Campinas, SP, Brazil  
José Miguel Chatkin - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS  
José Roberto de Brito Jardim - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP  
José Roberto Lapa e Silva - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ  
Kevin Leslie - Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA  
Luiz Eduardo Nery - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP  
Marc Miravittles - Hospital Clinic, Barcelona, España  
Marisa Dolhnikoff - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Marli Maria Knorst - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS  
Mauro Musa Zamboni - Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, RJ  
Nestor Muller - Vancouver General Hospital, Vancouver, BC, Canadá  
Noé Zamel - University of Toronto, Toronto, ON, Canadá  
Paul Noble - Duke University, Durham, NC, USA  
Paulo Francisco Guerreiro Cardoso - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Paulo Pego Fernandes - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP  
Peter J. Barnes - National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, UK  
Renato Sotto-Mayor - Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal  
Richard W. Light - Vanderbilt University, Nashville, TN, USA  
Rik Gosselink - University Hospitals Leuven, Bélgica  
Robert Skomro - University of Saskatoon, Saskatoon, Canadá  
Rubin Tuder - University of Colorado, Denver, CO, USA  
Sérgio Saldanha Menna-Barreto - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS  
Sonia Buist - Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA  
Talmadge King Jr. - University of California, San Francisco, CA, USA  
Thais Helena Abrahão Thomaz Queuz - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP  
Vera Luiza Capolozzi - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP



## SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Secretaria: SCS Quadra 01, Bloco K, Asa Sul, salas 203/204. Edifício Denasa, CEP 70398-900 - Brasília - DF, Brasil. Telefone (55) (61) 3245-1030/ 0800 616218. Site: [www.sbpt.org.br](http://www.sbpt.org.br). E-mail: [sbpt@sbpt.org.br](mailto:sbpt@sbpt.org.br)

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

Diretoria da SBPT (Biênio 2015-2016):

Presidente: Dr. Renato Maciel - MG

Secretário-Geral: Dr. Paulo Henrique Ramos Feitosa - DF

Diretor de Defesa Profissional: Dr. Jose Eduardo Delfini Cançado - SP

Diretor Financeiro: Dr. Saulo Maia Davila Melo - SE

Diretor Científico: Miguel Abidon Aide - RJ

Diretor de Ensino e Exercício Profissional: Clystenes Odyr Soares Silva - SP

Diretor de Comunicação: Simone Chaves Fagundes - RS

Presidente do Congresso SBPT 2016: Marcus Barreto Conde - RJ

Presidente Eleito (Biênio 2017/2018): Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren - PE

Presidente do Conselho Deliberativo: Jairo Sponholz Araújo - PR

CONSELHO FISCAL (Biênio 2015-2016)

Efetivos: Clóvis Botelho (MT), Benedito Francisco Cabral Júnior (DF), Rafael de Castro Martins (ES)

Membros Suplentes: Maurício Meireles Góes (MG), Alina Faria França de Oliveira (PE), Paulo Cesar de Oliveira (MG)

COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:

Ações Programáticas - Alcindo Cerci Neto (PR)

Cirurgia Torácica - Darcy Ribeiro Pinto Filho (RS)

Distúrbios Respiratórios do Sono - Marcelo Fouad Rabahi (GO)

Endoscopia Respiratória - Mauro Musa Zamboni (RJ)

Função Pulmonar - João Marcos Salge (SP)

Imagem - Bruno Hochhegger (RS)

Patologia Pulmonar - Ester Nei Aparecida Martins Coletta (SP)

Pesquisa Clínica - Oliver Augusto Nascimento (SP)

Pneumologia Pediátrica - Paulo Cesar Kussek (PR)

Residência Médica - Alberto Cukier (SP)

COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:

Asma - Emilio Pizzichini (SC)

Câncer Pulmonar - Teresa Yae Takagaki (SP)

Circulação Pulmonar - Carlos Viana Poyares Jardim (SP)

Doença Pulmonar Avançada - Dagoberto Vanoni de Godoy (RS)

Doenças Intersticiais - José Antônio Baddini Martinez (SP)

Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais - Ana Paula Scalia Carneiro (MG)

DPOC - Roberto Stirbulov (SP)

Epidemiologia - Frederico Leon Arrabal Fernandes (SP)

Fibrose Cística - Marcelo Bicalho de Fuccio (MG)

Infeções Respiratórias e Micoses - Mauro Gomes (SP)

Pleura - Roberta Karla Barbosa de Sales (SP)

Relações Internacionais - José Roberto de Brito Jardim (SP)

Tabagismo - Luiz Carlos Corrêa da Silva (RS)

Terapia Intensiva - Marco Antônio Soares Reis (MG)

Tuberculose - Fernanda Carvalho de Queiroz Mello (RJ)

SECRETARIA ADMINISTRATIVA DO JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA

Endereço: SCS Quadra 01, Bloco K, Asa Sul, salas 203/204. Edifício Denasa, CEP 70398-900 - Brasília - DF, Brasil. Telefone (55) (61) 3245-1030/ 0800 616218.

Assistente Editorial: Luana Maria Bernardes Campos. E-mail: [jpnemo@jornaldepneumologia.com.br](mailto:jpnemo@jornaldepneumologia.com.br)

Tiragem: 1100 exemplares | Tamanho: 18 x 26,5 cm

Distribuição: Gratuita para sócios da SBPT e bibliotecas

Impresso em papel livre de ácidos

Experiência

# Estaduais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

## ASSOCIAÇÃO ALAGOANA DE DOENÇAS DO TÓRAX

Presidente: Anatercia Passos Cavalcanti  
Secretária: Seli Almeida  
Endereço: Rua Walfrido Rocha 225 - Jatiuca  
CEP: 57.036-800 - Maceió – AL  
Telefone: (82)33266618 Fax: (82)3235-3647  
Email: sociedadealagoana.dt@gmail.com

## ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Alberto Chterpensque  
Secretário: Camilo Fernandes  
Endereço: Rodovia SC, 401 Km 4 – 3854 - Saco Grande  
CEP: 88.032 - 005 - Florianópolis – SC  
Telefone: (48)32310314  
E-mail: acapti@acapti.org.br | site: www.acapti.org.br

## ASSOCIAÇÃO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Presidente: Paulo Roberto de Albuquerque  
Secretária: Suzianne Ruth Hosannah de Lima Pinto  
Endereço: Av. Campos Sales, 762 - Tirol  
CEP: 59.020-300 - Natal – RN  
Telefone: (84)32010367 – (84)99822853  
E-mail: paulo213@uol.com.br

## ASSOCIAÇÃO MARANHENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Maria do Rosario da Silva Ramos Costa  
Secretária: Denise Maria Costa Haidar  
Endereço: Travessa do Pimenta, 46 - Olho D'Água  
CEP: 65.065-340 - São Luís – MA  
Telefone: (98)3226-4074 | Fax: (98)3231-1161  
E-mail: rrcosta2904@gmail.com

## ASSOCIAÇÃO PARAENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Carlos Augusto Abreu Albérico  
Secretária: Márcia Cristina Corrêa Vasconcelos  
Endereço: Faculdade de Medicina - Praça Camilo Salgado - 1 - Umarizal  
CEP: 66050-060 - Belém – PA  
Tel: (91)8115-5048  
E-mail: ca.alberio@uol.com.br

## SOCIEDADE AMAZONENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Evandro de Azevedo Martins  
Secretária: Clio da Rocha Monteiro Heidrich  
Endereço: Av. Joaquim Nabuco, 1359 Centro  
Hospital Beneficente Portuguesa - Setor Cirurgia Torácica  
CEP: 69020030- Manaus – AM  
Telefone: (92)3234-6334  
E-mail: aapctmanaus@gmail.com

## SOCIEDADE BRASILENSE DE DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Eduardo Felipe Barbosa Silva  
Secretário: Benedito Francisco Cabral Jr  
Endereço: Setor de Clubes Sul, Trecho 3, Conj. 6  
CEP: 70.200-003 - Brasília – DF  
Tel/fax: (61)3245-8001  
E-mail: sbdt@ambr.org.br | doencastoracicas.com.br/sociedade/

## SOCIEDADE CEARENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Mara Rúbia Fernandes de Figueiredo  
Secretária: Thiago de Oliveira Mendonça  
Endereço: Av. Dom Luis, 300, sala 1122, Aldeota  
CEP: 60160-230 - Fortaleza – CE  
Telefone: (85) 3087-6261 - 3092-0401  
E-mail: assessoria@scpt.org.br – site: www.scpt.org.br

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DA BAHIA

Presidente: Guilherme Sôstenes Costa Montal  
Secretária: Dalva Virginia Oliveira Batista Neves  
Endereço: ABM - Rua Baependi, 162 Sala 03 - Terreo- Ondina  
CEP: 40170-070 - Salvador – BA  
Tel/fax: (71) 92060295  
E-mail: spba@terra.com.br – pneumoba@gmail.com

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

Presidente: Cilea Aparecida Victória Martins  
Secretária: Karina Tavares Oliveira  
Endereço: Rua Eurico de Aguiar, 130, Sala 514 –Ed. Blue Chip  
Praia do Campo  
CEP: 29.055-280 - Vitória – ES  
Telefone: (27)3345-0564 Fax: (27)3345-1948  
E-mail: cilea38@hotmail.com

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO

Presidente: Ayrdes Benedita Duarte dos Anjos Pivetta  
Secretário: Paulo Cesar da Silva Neves  
Endereço: Av. Érico Preza, 1275 Res. Alphaville  
Rua das Mangabas 1440 - Jardim Itália  
CEP: 78060-758 - Cuiabá – MT  
Telefone: (65)99779367  
E-mail: dpivetta@terra.com.br

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO DO SUL

Presidente: Angela Maria Dias de Queiroz  
Secretária: Lilian Andries  
Endereço: Rua Dr. Arthur Jorge n° 2117 - 902,  
Bairro São Francisco  
CEP: 79010-210 - Campo Grande - MS  
Telefone: (67)33252955 / (67)99853782  
E-mail: diasqueiroz@hotmail.com

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Presidente: Domenico Capone  
Secretário: Thiago Thomaz Mafort  
Endereço: Rua da Lapa, 120 - 3° andar - salas 301/302 - Lapa  
CEP: 20.021-180 - Rio de Janeiro – RJ  
Tel/fax: (21)3852-3677  
E-mail: soperj@soperj.com.br site: www.soperj.com.br

## SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Marcelo Tadday Rodrigues  
Vice: Paulo Roberto Goldenfun  
Endereço: Av. Ipiranga, 5.311, sala 403  
CEP: 90.610-001 - Porto Alegre – RS  
Telefone: (51)3384-2889 Fax: (51)3339-2998  
E-mail: sptrs@sptrs.org.br | www.sptrs.org.br

## SOCIEDADE GOIANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Maria Rosedália de Moraes  
Secretária: Roseliane de Souza Araújo  
Endereço: Galeria Pátio 22 - Rua 22 n° 69, Sala 17  
Setor Oeste  
CEP: 74.120-130 - Goiânia – GO  
Telefone: (62)3251-1202 / (62)3214-1010  
E-mail: sgpt2007@gmail.com

## SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Flávio Mendonça Andrade da Silva  
Secretária: Munira Martins de Oliveira  
Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro  
CEP: 30.130-180 - Belo Horizonte – MG  
Tel/fax: (31)3213-3197  
E-mail: smptct@smptct.org.br

## SOCIEDADE PARAIBANA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: José George Cunha Carneiro Braga  
Secretário: José Gerson Gadelha  
Endereço: Rua Maria Caetano Fernandes de Lima, 225 -  
Tambauzinho  
CEP: 58042-050 - João Pessoa - PB  
Telefone: (83)93020555  
E-mail: georgecbraga@hotmail.com

## SOCIEDADE PARANAENSE DE TISIOLOGIA E DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Lêda Maria Rabelo  
Secretária Geral: Daniella Porfírio Nunes  
Endereço: Av. Sete de Setembro, 5402 - Conj. 105, 10º andar Batel  
CEP: 80240-000 - Curitiba – PR  
Tel/fax: (41)3342-8889  
E-mail: contato@pneumopr.org.br | www.pneumopr.org.br

## SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Oliver Augusto Nascimento  
Secretário: Bruno Guedes Baldi  
Endereço: Rua Machado Bittencourt, 205, 8° andar, conj. 83 -  
Vila Clementino  
CEP: 04.044-000 São Paulo – SP  
Telefone: 0800 17 1618  
E-mail: sppt@sppt.org.br | www.sppt.org.br

## SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Adriana Vellozo Gonçalves  
Secretária: Ana Lúcia Pereira Lima Alves Dias  
Endereço: Rua João Eugênio de Lima , 235 - Boa Viagem  
CEP: 51030-360 - Recife – PE  
Tel/fax: (81)3326-7098  
E-mail: pneumopernambuco@gmail.com

## SOCIEDADE PIAUIENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Cromwell Barbosa de Carvalho Melo  
Secretária: Tatiana Santos Malheiros Nunes  
Endereço: Avenida Jose dos Santos e Silva, 1903  
Núcleo de Cirurgia Torácica  
CEP: 64001-300- Teresina – PI  
Telefone: (86)32215068  
E-mail: cromwellmelo.cirurgiatoracica@gmail.com

## SOCIEDADE SERGIPANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

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

# XIX CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA TORÁCICA - TÓRAX 2015

## COMISSÕES

PRESIDENTE DA SBCT  
Darcy Ribeiro Pinto Filho – RS

PRESIDENTE DO TÓRAX 2015  
Antero Gomes Neto – CE

PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA  
José de Jesus Peixoto Camargo – RS

### COMISSÃO ORGANIZADORA

Antero Gomes Neto – CE	José Renato Ferreira Torrano Junior – CE
Alexandre Marcelo Rodrigues Lima – CE	Miguel Lia Tedde – SP
Alfredo Savio Monteiro Nogueira – CE	Newton de Albuquerque Alves – CE
Carlos Alberto Almeida De Araújo – RN	Paula Antonia Ugalde Figueroa – BA
Darcy Ribeiro Pinto Filho – RS	Rafael Fernandes Viana de Araújo – CE
Fernando Vannucci – RJ	Rafael Pontes de Siqueira – CE
Francisco Martins Neto – CE	Reginaldo Bezerra Silva – CE
Geraldo Roger Normando Júnior – PA	Rogério Ignácio de Oliveira – ES
Humberto Alves de Oliveira – DF	Sérgio Tadeu Lima Fortunato Pereira – BA

### COMISSÃO CIENTÍFICA

Airton Schneider – RS	José Ribas Milanez de Campos – SP
Alessandro Wasum Mariani – SP	Leonardo Cesar Silva Oliveira – CE
Anderson Nassar Guimarães – RJ	Marcos Naoyuki Samano – SP
Antônio José Maria Cataneo – SP	Mário Gesteira Costa – PE
Carlos Alberto Guimarães – RJ	Marlos de Souza Coelho – PR
Carlos Antonio Stabel Daudt – SC	Nelson Perelman Rosemberg – RS
Daniel Di Pietro – SC	Nilson Figueiredo Amaral – MG
Daniele Cristina Cataneo – SP	Nuno Fevereiro Ferreira de Lima – DF
Eduardo Haruo Saito – RJ	Olavo Ribeiro Rodrigues – SP
Elias Amorim – MA	Paulo César Buffara Boscardim – PR
Fábio Alécio Costa Rodrigues – CE	Paulo de BIASI Cordeiro – RJ
Fernando Luiz Westphal – AM	Paulo Jorge Petrola Bezerra – CE
Gustavo Almeida Fortunato – BA	Petrúcio Abrantes Sarmento – PB
Israel Lopes de Medeiros – CE	Ricardo Beyrute – SP
Jorge Montessi – MG	Ricardo Mingarini Terra – SP
José de Jesus Peixoto Camargo – RS	Rogério Ignácio de Oliveira – ES

## REALIZAÇÃO



## APOIO



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA TORÁCICA

CNPJ: 02.398.248/0001-88

Endereço: Av. Paulista, 2073, Horsa 1 - Conjunto 518 - Cerqueira César, CEP: 01.311-300 - São Paulo - SP

(11) 3253-0202

secretaria@sbct.org.br

## Temas Livres

### ÁREA DE CONHECIMENTO - TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

#### **TLO01** ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA E DO CUSTO DA RESSECÇÃO ANATÔMICA PULMONAR VÍDEO-ASSISTIDA PARA NEOPLASIA MALIGNA

MAURÍCIO GUIDI SAUERESSIG<sup>1</sup>; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI<sup>2</sup>; WILLIAM LORENZI<sup>2</sup>; LUIZ FELIPE LOPES ARAUJO<sup>2</sup>; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE<sup>2</sup>; AMARILIO VIEIRA DE MACEDO NETO<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** Apesar dos resultados de estudos americanos e europeus comprovarem a segurança e a eficácia oncológica, a ressecção anatômica pulmonar vídeo-assistida (RPVA) ainda é pouco estudada e aplicada no Brasil. Além disso, informações sobre custo do procedimento são escassas. **Objetivo:** apresentar a experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com RPVA em neoplasia maligna no pulmão (NMP) e analisar seus custos. **Método:** revisamos, retrospectivamente, as informações clínicas de prontuários de pacientes submetidos à RPVA entre outubro de 2011 (implantação da técnica no HCPA) e janeiro de 2015. Foram candidatas a RPVA aqueles com neoplasia primária em estágio inicial (T1-2a NOMO), ou secundária no pulmão, e com provas de função pulmonar compatíveis para a ressecção planejada. A RPVA envolveu a secção vascular e brônquica com grameador endoscópico. Descrevemos também o custo médio da RPVA. **Resultados:** a RPVA foi indicada para 30 pacientes (16 homens) com média de idade de 63 anos (41-82 anos). Realizamos 16 lobectomias superiores, 3 lobectomias médias, 5 lobectomias inferiores, 3 segmentectomias anatômicas e 2 pneumonectomias. Apenas um procedimento precisou conversão por sangramento. O tempo médio de cirurgia foi de 176min (90-400min). O sangramento transoperatório médio foi de 266 ± 290 mL. A média de internação foi de 4 dias (2-11 dias). Um paciente morreu no 2º pós-operatório por AVC hemorrágico. Outro paciente submetido à pneumonectomia direita apresentou fístula brônquica no 9º pós-operatório e evoluiu ao óbito por sepse 41 dias após a cirurgia de ressecção. Um caso apresentou fuga aérea prolongada, necessitando permanência do dreno torácico por 14 dias. O adenocarcinoma foi a patologia mais prevalente (70%). O custo médio da RPVA foi de R\$ 19.762,00. **Conclusões:** a taxa de conversão e tempo de internação estão compatíveis com a literatura. Em relação ao custo, os valores ainda estão muito acima de uma cirurgia convencional. Estudos futuros de custo-efetividade poderão definir o impacto orçamentário deste procedimento para o SUS.

### ÁREA DE CONHECIMENTO - PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA TORÁCICA

#### **TLO02** ANÁLISE DA RELAÇÃO NÍVEL SÉRICO DO ANTÍGENO CARCINOEMBRIÔNÁRIO/RECIDIVA TUMORAL EM PACIENTES COM CARCINOMA BRÔNQUICO NÃO DE PEQUENAS CÉLULAS

FELIPE FERRAZ MAGNABOSCO<sup>1</sup>; LUCAS DE OLIVEIRA SASSI<sup>1</sup>; RODOLFO COUTINHO BRAGA<sup>1</sup>; EDUARDO SPERB PILLA<sup>2</sup>; NELSON PERELMAN ROSENBERG<sup>2</sup>; MAURICIO PIMENTEL<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Objetivo:** Vários autores correlacionam os níveis de antígeno carcinoembrionário (CEA) como ferramenta auxiliar no seguimento e marcador precoce de recidiva no carcinoma brônquico, por ser barato e não invasivo. Sugere-se que níveis de CEA altos estão relacionados com maior risco de recidiva. O presente estudo objetivou estabelecer o papel da dosagem sérica do CEA em relação ao prognóstico e à recidiva tumoral no seguimento de pacientes com carcinoma brônquico não de pequenas células. **Método:** Realizou-se estudo retrospectivo de 185 pacientes com diagnóstico de carcinoma brônquico não de pequenas células submetidos a tratamento cirúrgico no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Nossa Senhora da Conceição entre 1º de janeiro de 2002 e 31 de dezembro de 2006. Os critérios de inclusão foram: tratamento cirúrgico com intenção curativa; dosagem sérica pré-operatória de CEA; dosagem sérica mínima anual; seguimento ambulatorial regular; seguimento ambulatorial mínimo de 60 meses ou até a recidiva tumoral. Os desfechos do estudo foram recidiva tumoral (loco-regional ou à distância) ou ausência de recidiva após 60 meses de seguimento. Recidiva tumoral foi definida como evidência de neoplasia do mesmo tipo histológico em paciente previamente considerado como livre de doença. **Resultados:** Preencheram os critérios de inclusão 50 pacientes do total de 185 analisados. Vinte e nove eram do sexo masculino (58%) e a média de idade foi 62,5 anos (45-80 anos). A lobectomia foi o procedimento cirúrgico mais realizado (n=44), seguido por pneumonectomia (n=5) e bilobectomia (n=1). O tipo histológico mais prevalente foi adenocarcinoma e 50% dos pacientes apresentaram algum tipo de recidiva antes de 60 meses de seguimento. Um nível sérico de CEA maior que 5ng/mL apresentou sensibilidade de 64%, especificidade de 80% e acurácia de 72% como um marcador de recidiva tumoral durante o seguimento dos pacientes. Apesar de haver uma tendência de associação entre níveis altos de CEA e recidiva tumoral, não foi observada diferença estatística quanto à recidiva entre os grupos com nível elevado (>5ng/ml) e normal de CEA (p=0,09). **Conclusão:**

Optou-se por realizar o seguimento dos pacientes que não tiveram recidiva por um período mínimo de 60 meses, na intenção de fortalecer a associação entre níveis normais de CEA e ausência de recidiva. Isso contribuiu para a diminuição do “n”, pois existiram pacientes que perderam seguimento, tendo que ser excluídos do estudo mesmo sem sinais de recidiva. Conforme as diretrizes do American College of Chest Physicians (ACCP), recomenda-se realizar exame de imagem e revisão clínica a cada 6 meses nos primeiros dois anos e anualmente após, por tempo indeterminado, sendo que o uso de marcadores tumorais não é recomendado, em parte devido aos poucos estudos que existem na literatura sobre o assunto e uma tentativa de diminuir os custos com o tratamento. Entretanto, a dosagem seriada do CEA no seguimento de carcinoma brônquico não de pequenas células pode ser uma ferramenta auxiliar na detecção de recidiva, não substituindo os métodos empregados nas diretrizes correntes.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO (BRONCSCOPIA, MEDIASTINOSCOPIA, PLEUROSCOPIA, EBUS, EUS-FAN E RADIOLOGIA TORÁCICA)

##### **TL003** ANÁLISE DO ESTADIAMENTO LINFONODAL MEDIASTINAL NÃO-INVASIVO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS ELEGÍVEIS PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

THAMARA KAZANTZIS; PEDRO XAVIER ARAÚJO; TIAGO SILVA SANTOS; RICARDO MINGARINI TERRA; BENOIT JACQUES BIBAS; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O câncer de pulmão é responsável no Brasil por aproximadamente 25.000 mortes por anos. A sobrevida média cumulativa total em cinco anos varia entre 7-20%. No entanto, a sobrevida nos estágios iniciais é boa, podendo chegar a 80-90%. Contudo, quando há acometimento linfonodal o tratamento precisa ser multimodal, e o estadiamento clínico-cirúrgico é determinante na decisão da terapia. **Objetivo:** Avaliar o resultado do estadiamento clínico com TC e PET-CT nos pacientes inicialmente candidatos à ressecção cirúrgica. Comparar a demografia dos grupos de pacientes verdadeiros negativos com os falsos negativos e verdadeiros positivos com os falsos positivos para tentar identificar as características de cada um. Identificar o perfil de acometimento linfonodal nos pacientes. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com análise de prontuário de 252 pacientes com Câncer de Pulmão Não Pequenas Células inicialmente eleitos para tratamento cirúrgico no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014. Os pacientes foram submetidos a estadiamento mediastinal não-invasivo (TC e/ou PET-CT) e posterior confirmação patológica por mediastinoscopia e/ou linfadenectomia hilar e mediastinal cirúrgica. **Resultados:** O estadiamento clínico mediastinal com TC (252 pacientes) e/ou PET-CT (181 pacientes) demonstrou: sensibilidade 51,1%; especificidade 77,8%; VPN 87,9%; VPP 33,3%; acurácia 73%. A prevalência de acometimento linfonodal foi de 21,7%. Dos 184 pacientes com estádio clínico N0, 161 (87,5%) foram verdadeiros negativos e 23 (12,5%) foram falsos negativos. As características demográficas dos grupos foram respectivamente: idade média 64,2 x 66 anos; sexo: 56% F e 44% M x 55% F e 45% M; localização: 55% X 67% periférico e 45% x 33% central; tipo histológico: 53% AdenoCA, 20% CEC, 27% carcinóide e outros 10% X 59% AdenoCA, 32% CEC e carcinóide e outros 4,5% cada; e descritor cT: cT1 49% x 50%, cT2 43% x 50% e cT3 7% X 0). Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos.

Também avaliamos 68 pacientes estádio N2 clínico. Desses, 45 (66%) foram falsos positivos e 23 (34%) foram verdadeiros positivos. As características foram respectivamente: idade média 67,8 x 65,5 anos; sexo: 29% F e 71% M x 35% F e 65% M, localização: 42% x 22% periférico e 58% X 78% central; tipo histológico: 53% AdenoCA, 42% CEC e 5% outros x 48% AdenoCA, 30% CEC, 13% outros e 9% carcinóide; e descritor cT: cT1 29% x 18%, cT2 44% x 55% e cT3 27% x 27%. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Por fim, dentre os falsos negativos ao estadiamento clínico, 11 (50%) apresentaram acometimento de múltiplas cadeias e 11 (50%) de cadeia única. Quando classificados por zonas, 7 (32%) foram múltiplas e 15 (68%) única. A cadeia mais comprometida nos falsos negativos foi a 7 (em 68% dos pacientes). **Conclusão:** Não identificamos diferenças entre os grupos dos verdadeiros e falsos positivos e negativos. Em metade dos pacientes o acometimento linfonodal foi de uma única cadeia, na outra metade de múltiplas, sendo a mais acometida a infracarinal.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA TORÁCICA

##### **TL004** APRESENTAÇÃO DE UM MODELO DE COLETA DE DADOS EM CIRURGIA TORÁCICA UTILIZADO PARA CONTROLE DE QUALIDADE POR AVALIAÇÃO CONTÍNUA

GUSTAVO ALMEIDA FORTUNATO; SERGIO TADEU LIMA PEREIRA; CAMILLA MATOS PEDREIRA; IURY MELO; RICARDO OLIVEIRA; RODRIGO TEIXEIRA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Objetivo:** O presente estudo tem o objetivo de descrever um modelo de coleta de dados prospectivo de pacientes submetidos a cirurgia torácica com intuito de permanente auto-avaliação dos resultados e controle de qualidade do serviço e avaliar qualidade do dado no modelo utilizado.

**Revisão/Justificativa:** A grande variabilidade interpessoal, os diferentes métodos clínicos e cirúrgicos possíveis e a diferença entre os ambientes hospitalares fazem com que resultados cirúrgicos possam variar entre serviços ou entre instituições. O conhecimento dos próprios resultados através da análise de dados é uma ferramenta importante para controle de qualidade do serviço. As sociedades de cirurgia torácica americana e europeia têm investido em registros institucionais para análise crítica de resultados. Apesar de benefício inequívoco, esta é uma atividade que requer tempo, além de dispendiosa. **Materiais e Métodos:** O presente estudo visa demonstrar a utilização de uma ferramenta (software) hospedado na web, customizado para as necessidades da cirurgia torácica que permite a coleta de dados de forma prospectiva para procedimentos divididos em módulos que agrupam procedimentos em comum. A coleta é feita em formulário longitudinal de múltiplas entradas - consultório com história e exames, centro-cirúrgico, evolução intra-hospitalar, anatomia patológica e follow-up. Pelo período de 1 ano, julho 2013-junho 2014, dados foram coletados de todos os pacientes operados para oncologia pleuro-pulmonar no serviço de cirurgia torácica CIRTORAX na Bahia. Os pacientes foram submetidos a diferentes procedimentos relacionados a oncologia pleuro-pulmonar e para a análise eles foram separados em ressecções pulmonares maiores para neoplasia ou suspeita de neoplasia, segmentectomias em cunha, metastasectomias, pleuroscopia e mediastinoscopia. Ao final os dados foram analisados para averiguação da qualidade e pureza dos dados.

**Resultados:** No período 211 paciente foram incluídos. Destes 100% dos pacientes tiveram os formulários de história, exames e intra-operatório preenchidos completamente. 96% dos pacientes tiveram a evolução intra-hospitalar finalizada.

90% dos pacientes que permaneceram na UTI por mais de 24h tiveram dados de APACHE colhidos. 98% dos pacientes tiveram resultados de anatomia patológica resgatados. 92% dos pacientes que completaram 3 meses do follow-up tiveram seu dados registrados. **Discussão:** O modelo de coleta de dados em cirurgia torácica, apesar de apresentar um maior grau de complexidade no seu preenchimento, foi eficaz em coletar dados longitudinais críticos para análise de resultados e controle de qualidade do serviço avaliado.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - VIA AÉREA (LARINGE, TRAQUEIA E BRÔNQUIOS)

##### **TLO05** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM ESTENOSE DE TRAQUEIA COM A UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36

MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; HELIO MINAMOTO; BENOIT JACQUES BIBAS; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) em pacientes portadores de estenose benigna de traqueia. Determinar o domínio de maior impacto na QVRS dos pacientes e a relação entre as variáveis demográficas (sexo, idade, tipo de tratamento e tempo de estenose) e a QVRS. **Método:** Estudo transversal com portadores de estenose traqueal benigna tratados. A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2014. Foram incluídos pacientes entre 18 a 65 anos de ambos os sexos com diagnóstico de estenose traqueal benigna, com ou sem próteses traqueais; pacientes com cognição compatível para o preenchimento dos instrumentos de avaliação; pacientes que consentiram em participar do estudo; pacientes tratados há mais de 6 meses. Foram excluídos os pacientes com sequelas motoras ou cognitivas permanentes e incapacitantes; pacientes submetidos a cirurgia de correção de estenose traqueal ou laringo-traqueal; pacientes portadores de doença incapacitante aguda ou crônica em atividade que comprometa diretamente a qualidade ou expectativa de vida. A QVRS foi avaliada através do SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey) que apresenta um escore de 0-100 (zero é o pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde). **Resultados:** Foram analisados 100 pacientes (65 masculinos) com idade média de 37 anos (+/- 13 anos). O tempo médio de duração da doença foi de 4 +/- 2,9 anos. Cinquenta e seis pacientes usavam tubo T (Montgomery), 24 eram traqueostomizados, 13 possuíam endopróteses traqueais e 7 tinham sido submetidos somente à dilatação traqueal. Os resultados obtidos com o questionário SF-36 (médias) foram: Capacidade funcional 61,75; aspectos físicos 30; dor 40,73; estado geral 55,65; vitalidade 58,4; aspectos sociais 62,03; aspectos emocionais 47,29; saúde mental 63,44. A correlação entre o tempo de estenose e o SF-36 foi significativa apenas nos domínios capacidade funcional ( $r=0,263$ ;  $p=0,008$ ) e aspectos emocionais ( $r=0,287$ ;  $p=0,004$ ). Houve correlação significativa entre idade e vitalidade ( $r=-0,241$ ;  $p=0,016$ ); tipo de tratamento (traqueostomia, tubo T ou endoprótese) e aspectos físicos ( $p=0,040$ ). Não houve diferença entre os sexos nas variáveis estudadas. **Conclusões:** A estenose benigna de traqueia possui impacto negativo na QVRS, sendo que o domínio com maior impacto foi o dos aspectos físicos. Serão propostas novas estratégias de tratamento e acompanhamento dos pacientes com estenoses benignas de traqueia à partir dos resultados deste estudo.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - PAREDE TORÁCICA

##### **TLO06** AVALIAÇÃO TARDIA DOS RESULTADOS DA

#### OSTEOCONDROPLASTIA (TÉCNICA DE RAVITCH) NA CORREÇÃO DE PECTUS EXCAVATUM E CARINATUM

OLAVO RIBEIRO RODRIGUES; RICIELLY ALVARENGA CAMPELO; JACQUELINE NUNES MENEZES; KELLY ABDO; DANIELA SANTANA MERKLE; MARCUS MONACO  
UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES-SP, MOJI DAS CRUZES, SP, BRASIL.

**Introdução:** A técnica mais utilizada para tratamento das deformidades torácicas do tipo pectus excavatum (PE) e carinatum (PC) tem sido a osteocondroplastia, que consiste na retirada bilateral das cartilagens costais conservando os pericôndrios íntegros. Outro tratamento proposto é o uso da Barra de Nuss, que consiste em um procedimento minimamente invasivo com auxílio de cirurgia vídeo-assistida. Recente revisão sistemática da Cochrane collaboration demonstrou que não há evidências de estudos controlados e randomizados para ajudar os médicos a decidir qual é a melhor intervenção cirúrgica para tratamento. **Objetivo:** Avaliar os resultados tardios da osteocondroplastia. **Método:** Dentre 85 pacientes operados, foi avaliada uma coorte retrospectiva de 52 pacientes. 32 PC (61,5%), 14 PE (26,9%) e seis (11,5%) complexos. Os pacientes foram operados no período de 1986 a 2013 pela mesma equipe cirúrgica. 46 pacientes masculino e seis feminino. A média de idade no momento da intervenção variou de 4 a 40 anos (mediana = 16,4). Todos foram operados pela técnica de osteocondroplastia. Os desfechos estudados foram: grau de satisfação, recorrência e função pulmonar. A função pulmonar foi feita pela espirometria e cirtometria. Para avaliação dos resultados os pacientes foram distribuídos em dois grupos quanto ao tempo de seguimento pós-operatório. Grupo A= Tempo de seguimento médio de 3,2 anos e Grupo B=13,2. Para investigar se as ressecções de cartilagens influencia o desenvolvimento da caixa torácica em crianças, os pacientes foram distribuídos em dois grupos. Grupo C=operados entre 4 e 15 anos (mediana = 11,5) e Grupo D= 15 e 40 anos (mediana = 16,2). **Resultados:** Quanto ao grau de satisfação 91% declararam-se satisfeitos, 9% pouco satisfeitos e insatisfeitos. Quanto à cicatriz ela foi, normotrófica em 81%, hipertrófica/queloidiana em 10,2%, hipertrófica com bridas em 5% e bridas em 3,8%. Não houve variação da média da cirtometria entre os Grupos A e B e também entre os pacientes dos Grupos C e D. Ao se comparar as médias do VEF1 e da CVF entre os Grupos A e B, observou-se que os valores se mantêm muito próximos, independentemente do tempo de seguimento pós-operatório. Por outro lado, os pacientes do grupo C apresentaram uma redução importante do valor da CVF (69% do previsto) e os do grupo D alcançaram em média 80 % do valor previsto. Em relação ao VEF1 houve também uma média maior nos valores do grupo D, entretanto, as diferenças não foram estatisticamente significantes. **Conclusões:** Os pacientes demonstraram alto grau de satisfação com a correção cirúrgica por osteocondroplastia. A avaliação funcional, por cirtometria e espirometria, não teve alteração significativa a médio e a longo prazo. No entanto, independentemente do grupo avaliado, a maior parte dos pacientes apresentou distúrbio ventilatório restritivo.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - PLEURA

##### **TLO07** BIÓPSIA COM AGULHA DE COPE. EXISTE AINDA LUGAR NOS TEMPOS DA VIDEOTORACOSCOPIA?

CAIO SANTOS HOLANDA; ANDRE MIOTTO; THIAGO GANGI BACHICHI; PEDRO ANTUNES HONDA; LUIZ EDUARDO LEAO; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A biópsia de pleura constitui um importante método diagnóstico em casos de derrame pleural ou espessamento pleural. A biópsia de pleura com agulha é classicamente o método utilizado como primeira escolha na busca diagnóstica. O método de aquisição de pleura é utilizado desde a segunda metade do século XIX, chega a 50% a positividade para malignidade, mas desde 1950 outros métodos foram acrescidos como alternativa. A videotoroscopia tem se evidenciado como método de boa acurácia, porém há necessidade centro cirúrgico e auxílio de anestesia geral. **Objetivo:** Mostrar experiência nas biópsias de pleura com agulha de Cope no Hospital São Paulo (HSP) e quantificar sua eficiência para chegar ao diagnóstico. **Método:** Foram analisadas as biópsias de pleura realizadas pela Disciplina de Cirurgia Torácica da EPM/Unifesp no HSP, no período de novembro de 2013 a dezembro de 2014 e sua sensibilidade quanto ao diagnóstico etiológico. Foram incluídos no trabalho todos os pacientes com derrame pleural exsudativo sem diagnóstico definido. Foram excluídos os casos com suspeita de empiema pleural e os pacientes com drenagem pleural tubular prévia. Foram incluídos apenas os procedimentos realizados por residentes de cirurgia torácica sob supervisão. Foram realizados no leito hospitalar nos casos de doentes internados e em uma sala de procedimentos nos casos ambulatoriais, durante o procedimento foi colhido o líquido para exame bioquímico, citológico e citopatológico. Foi utilizada a agulha de Cope, sendo o local de punção a região posterior do hemitórax, abaixo do ângulo da escápula sob anestesia local. São retirados 3 ou 4 fragmentos de pleura por paciente e o material é enviado para exame anátomo patológico. **Resultado:** Foram realizadas 29 biópsias de pleura no período selecionado. Em 12 (41,3%) dos procedimentos foi possível se chegar ao diagnóstico como método isolado. Com o auxílio da análise do líquido pleural o número chegou a 15 (51,7%). Em um terço do total dos casos diagnosticados (5 doentes) o diagnóstico foi de tuberculose, em outro terço foi positivo para malignidade secundária e em outro terço foram diagnosticados fibrose pleural e pleurite reacional. Não houve complicações relacionadas ao procedimento. **Conclusão:** Conclui-se que a biópsia de pleura com Agulha de Cope continua tendo espaço na prática médica por ser um método barato e com baixa morbidade. O auxílio de imagem pode ser aplicado quando disponível e a videotoroscopia deve ser considerada, mas na nossa casuística em um hospital geral, com o procedimento realizado por cirurgiões torácicos em formação com supervisão, 51,7% dos doentes obtiveram o resultado sem qualquer outro método adicional, evitando procedimentos mais complexos e dispendiosos.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO (BRONCSCOPIA, MEDIASTINOSCOPIA, PLEUROSCOPIA, EBUS, EUS-FAN E RADIOLOGIA TORÁCICA)

##### **TLO08** EBUS-TBNA NO ESTADIAMENTO DE NEOPLASIA DE PULMÃO COM MEDIASTINO INSUSPEITO À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: ESTUDO PRELIMINAR

VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO<sup>1</sup>; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO<sup>2</sup>; MARCIA JACOMELLI<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>2</sup>; PEDRO XAVIER ARAÚJO<sup>2</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>2</sup>

1. SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA-INCOR-HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA-INCOR-HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivo:** O prognóstico da neoplasia de pulmão (NP) dependerá do diagnóstico precoce, do tipo histológico e do estadiamento TNM. A ecobroncoscopia com punção por agulha (EBUS-TBNA) é um método pouco invasivo para obtenção de material citológico dos linfonodos mediastinais e hilares. Sua acurácia é superior à da tomografia computadorizada (TC) no estadiamento linfonodal mediastinal (98% vs 60,6%, respectivamente) e poucos estudos avaliaram. O presente estudo tem por objetivo analisar o papel do EBUS-TBNA no estadiamento da NP em pacientes com mediastino considerado insuspeito à TC. **Método:** Estudo prospectivo com pacientes com diagnóstico de NP e linfonodos mediastinais e hilares <10mm de diâmetro, submetidos ao EBUS-TBNA com objetivo de estadiamento linfonodal, entre outubro/2013 a outubro/2014. Todos os procedimentos foram realizados sob anestesia geral. Foi utilizado ecobroncoscópio Olympus (BF-UC180F) e as punções foram realizadas seguindo padronização preconizada na literatura. **Resultados:** 40 pacientes portadores de NP, com mediastino insuspeito à TC submeteram-se ao EBUS-TBNA, com intervalo médio de 42 ± 39 dias entre os dois procedimentos. A média de idade foi de 69 ± 12 anos, sendo 68% dos pacientes do sexo masculino. Houve predominância de adenocarcinomas (78%), seguidos do carcinoma espinocelular (20%). Do total de pacientes, 29 (71%) apresentavam tumor em forma de massa (2 casos com lesão endobrônquica) e 11 (27%) em forma de nódulo. As dimensões médias das massas foi de 5 ± 1,8 cm, e dos nódulos 1,9 ± 0,6 cm. Foram amostrados 126 linfonodos maiores que 5mm, com 363 punções (2,8 punções/linfonodo). Foram observados 8 (19,5%) pacientes com estadiamento N2 (6 adenocarcinomas e 2 carcinomas epidermóides) pelo EBUS-TBNA e 1 (2,4%) paciente com estadiamento N3 (carcinoma epidermóide). Nesse grupo de pacientes o EBUS-TBNA teve sensibilidade de 96,3%, especificidade de 100% e VPN de 95% para o estadiamento linfonodal da NP. Não houve complicação ou mortalidade relacionada ao procedimento. **Conclusão:** O EBUS-TBNA se mostrou eficaz e seguro para a detecção de metástases em linfonodos <10mm, evitando assim a exploração cirúrgica desnecessária nos pacientes que apresentaram estadiamento N2 e N3.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

##### **TLO09** ESTUDO COMPARATIVO DE FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM NEOPLASIA PULMONAR SUBMETIDOS A LOBECTOMIA POR VIDEOTOROSCÓPIA X LOBECTOMIA ABERTA NO HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

HERBERT FÉLIX COSTA; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; ANTERO GOMES GOMES NETO; INGRID CORREIA NOGUEIRA; EANES DELGADO BARROS PEREIRA; AMANDA SOUZA ARAUJO

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** Estudos têm demonstrado melhores resultados da lobectomia por videotoroscopia comparada à lobectomia por toracotomia para pacientes com câncer de pulmão nos estágios precoces, sem comprometer os resultados oncológicos. Esses benefícios incluem a diminuição do tempo de internação, menor tempo de drenagem torácica, além de uma melhor função pulmonar no pós-operatório. No presente estudo, foram avaliados pacientes com diagnóstico de câncer submetidos à lobectomia pulmonar por vídeo comparando-os com pacientes submetidos à lobectomia convencional. **Métodos:** Os dados de pacientes submetidos à lobectomia pulmonar por câncer foram analisados prospectivamente no período de janeiro de 2013 a agosto de 2014. As seguintes variáveis foram

coletadas: sexo, idade, diagnóstico, estadiamento, carga tabágica, tempo de internação, tratamento adjuvante ou neoadjuvante, dados espirométricos, dias de drenagem e complicações pós-operatórias. Os pacientes foram divididos em dois grupos – Grupo LV (lobectomia por vídeo) e Grupo LT (lobectomia por toracotomia). O teste do qui-quadrado foi usado para comparação de variáveis categóricas e o teste t de Student para variáveis contínuas. Foi considerada uma probabilidade de erro do tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05 em todas as análises estatísticas. **Resultados:** No período do estudo, 42 pacientes foram submetidos à lobectomia pulmonar para tratamento do câncer de pulmão, sendo 22 pacientes no Grupo LT e 20 pacientes no Grupo LV. A média de idade era de 60 anos, sendo 22 homens e 20 mulheres. Os dois grupos eram semelhantes quanto à idade (57 anos vs. 63 anos, nos Grupos LT e LV respectivamente;  $p = 0,098$ ), VEF1 (84% vs. 90%;  $p = 0,219$ ), CVF (92% vs. 93%;  $p = 0,800$ ), terapia neoadjuvante (9,1% vs. 20%;  $p = 0,400$ ) e terapia adjuvante (22,7% vs. 30%;  $p = 0,730$ ). Observou-se tendência a maior proporção de homens no Grupo LT (68% vs. 35%;  $p = 0,062$ ). Com relação à função pulmonar pós-operatória, os dois grupos eram semelhantes, com uma tendência a melhor função pulmonar no primeiro mês no Grupo LV: VEF1 (1 mês) 66% no Grupo LT vs. VEF1 (1 mês) 74% no Grupo LV ( $p = 0,046$ ); VEF1 (3 meses) 73% no Grupo LT vs. VEF1 (3 meses) 80% no Grupo LV ( $p = 0,148$ ). A taxa de complicações pós-operatórias foi semelhante nos Grupos LT e LV respectivamente: 36,4% vs. 25%,  $p = 0,514$ . O tempo de permanência dos drenos (6,2 vs. 4,1 dias;  $p = 0,032$ ) e o tempo de internação (8,6 vs. 4,9 dias;  $p = 0,005$ ) foi significativamente menor no Grupo LV. **Conclusão:** Os pacientes submetidos a lobectomia por videotoracoscopia apresentam um melhor resultado em relação ao VEF1 medido no primeiro mês após a cirurgia em relação ao grupo LT. Além disso, o tempo de permanência dos drenos e de internação hospitalar foram menores no grupo LV.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO – TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

##### **TLO10** ESTUDO COMPARATIVO ENTRE LOBECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA X LOBECTOMIA ABERTA NO HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES

HERBERT FÉLIX COSTA; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; ANTERO GOMES GOMES NETO; DANIEL PIRES PESSOA; JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO; RODOLFO LUCIO ALVES TITO

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** Vários estudos têm mostrado resultados superiores da lobectomia por videotoracoscopia em comparação à lobectomia por toracotomia para o tratamento de pacientes com câncer de pulmão nos estágios precoces, como menor incidência de complicações pós-operatórias e redução do tempo de internação hospitalar, sem comprometer os resultados oncológicos. No presente estudo, foram avaliados pacientes submetidos à lobectomia pulmonar por vídeo por diferentes diagnósticos, incluindo neoplasias pulmonares e doenças benignas, comparando-os com pacientes submetidos à lobectomia convencional. **Métodos:** Os dados de pacientes submetidos à lobectomia pulmonar foram analisados retrospectivamente no período de janeiro de 2009 a junho de 2014. As seguintes variáveis foram coletadas: sexo, idade, diagnóstico, tempo de internação, estadiamento, complicações pós-operatórias e mortalidade hospitalar (número de óbitos durante o internamento ou nos primeiros 30 dias após a

operação). Os pacientes foram divididos em dois grupos – Grupo LV (lobectomia por vídeo) e Grupo LT (lobectomia por toracotomia). O teste do qui-quadrado foi usado para comparação de variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. Foi considerada uma probabilidade de erro do tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05 em todas as análises estatísticas. **Resultados:** No período do estudo 347 pacientes foram submetidos à lobectomia pulmonar, sendo 221 (63,69%) lobectomias convencionais (Grupo LT) e 126 (36,31%) lobectomias por vídeo (Grupo LV). A distribuição de diagnósticos entre os grupos foi semelhante: 89 (70,63%) casos de neoplasia primária de pulmão, 34 (26,98%) casos de doença benigna (bronquiectasias, aspergiloma etc.) e 3 (2,38%) casos de metástase pulmonar no Grupo LV; 148 (65,38%) casos de neoplasia primária de pulmão, 62 (28,85%) casos de doença benigna e 11 (5,77%) casos de metástase pulmonar no Grupo LT. A idade mediana foi de 61,25 anos no Grupo LV e 57,45 anos no Grupo LT. A proporção de homens e mulheres foi equivalente em ambos os grupos: 65,38% de mulheres no Grupo LV e 65,38% de mulheres no Grupo LT. O tempo de internação hospitalar foi menor nos pacientes do grupo LV (6,42 dias vs. 9,13 dias; e na mortalidade hospitalar (0% no Grupo LV e 1,2% no Grupo LT). **Conclusão:** Os pacientes submetidos a lobectomia por videotoracoscopia representaram um pouco mais de um terço das lobectomias realizadas no período, apresentaram um menor tempo de internação hospitalar e uma tendência a um menor número de complicações.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO – PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA TORÁCICA

##### **TLO11** ESTUDO RANDOMIZADO PROSPECTIVO PARA COMPARAÇÃO ENTRE O SISTEMA DIGITAL E SELO D'ÁGUA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA TORÁCICA

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; THIAGO GANGI BACHICHI; LUIZ EDUARDO LEAO; ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; CAIO SANTOS HOLANDA  
UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Alguns sistemas digitais para avaliação da drenagem torácica foram descritos. São capazes de monitorar e gravar continuamente a quantidade de escape aéreo, débito e o pressão intrapleurar. O sistema tem a vantagem principal de fornecer dados objetivos e reprodutíveis, diminuindo observador inter-variabilidade de ar avaliação de vazamento, que pode ser um dos principais fatores de atraso na retirada do dreno. O impacto deste sistema na rotina da enfermagem ainda não foi estudado. O tempo gasto pelo funcionário para cuidar do dreno também não foi mencionado em nenhum estudo consultado. A equipe de enfermagem tem que: realizar a troca de selo d'água, mensurar a quantidade do líquido drenado, fazer a instalação e verificação do sistema de aspiração contínua, realizar a avaliação contínua do sistema (obstruções, mangueira dobrada, desconexões acidentais, dreno fechado para transporte, entre outras). **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar a efetividade do sistema digital em relação ao sistema tradicional de selo d'água. **Método:** Foi realizado um ensaio clínico prospectivo randomizado, para comparação do sistema digital X Sistema em selo d'água. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo Intervenção: Sistema digital; grupo Controle: Sistema tradicional em selo d'água. O tempo de internação e tempo de drenagem foram determinados para desfecho do estudo, com duração de 15 meses. O comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo em 2012, o número CAAE:03514312. 1. 0000. 5505. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 30 pacientes em cada

grupo. Não houve diferença entre os grupos entre os dados pré-intervenção, como idade, VEF1%, tipo de procedimento realizado e carga tabágica (tabela 1). Um paciente do grupo digital foi trocado para o sistema de selo d'água por alto fluxo no sistema digital, maior que 2.000 ml/min no 4º PO. Isso ocorreu não por perda aérea de alto fluxo mas sim pela presença de uma grande cavidade pleural residual após lobectomia superior direita, por neoplasia. A média de fluxo de perda aérea, no grupo, foi de 391,67 ± 633,59 ml/min.

**Tabela 1** - Dados pré-intervenção - média e desvio-padrão (Dp).

	DIGITAL		Selo d'água		p
	Média	Dp	Média	Dp	
n	30		30		
Idade	52,9	13,6	55,1	14,8	0,55
Masculino	47%		50%		
Feminino	53%		50%		
Tabagismo	63%		37%		
VEF1%	83,6	17,5	80,2	23,1	0,59
Segmentectomia	8	27%	7	23%	
Lobectomia	11	37%	11	37%	
biopsia pulmonar	0	0%	3	10%	

O tempo de drenagem foi menor no grupo digital (3,9 x 4,6), assim como o tempo de internação (5,7 x 7,4), com uma diferença de 1,7 dias (p=015). No grupo digital houve uma economia de 51 dias de internação em relação ao grupo com selo d'água. Os dados após a randomização estão na tabela 2. Não houve mortalidade.

**Tabela 2** - Dados após intervenção - média e desvio-padrão (Dp).

	DIGITAL		Selo d'água		p
	Média	Dp	Média	Dp	
Tempo de drenagem (dias)	3,9	2,2	4,6	2,9	0,26
Aspiração Contínua	30	100%	18	60%	
Tempo de internação (dias)	5,7	2,51	7,40	5,62	0,15
Complicações	3	10%	4	13%	

**Conclusão:** O sistema digital proporcionou um tempo de drenagem e internação menores do que o grupo em selo d'água, com economia de 51 dias em relação ao grupo do selo d'água.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - PLEURA

##### **TL012** EVENTOS ADVERSOS E REAÇÃO METABÓLICA SISTÊMICA ASSOCIADA A PLEURODESE NO DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE

**RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; PRISCILA BERENICE COSTA<sup>1</sup>; PEDRO XAVIER ARAÚJO<sup>2</sup>; JOSÉ DIAS ANDRADE NETO<sup>3</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>3</sup>**

1. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivo:** Identificar eventos adversos e a reação metabólica sistêmica associados a pleurodese em pacientes com derrame pleural maligno recidivante. **Métodos:** Estudo retrospectivo baseado em nosso banco de dados que incluiu prospectivamente pacientes submetidos a pleurodese no período de 2005 a 2014. Pacientes candidatos a pleurodese eram aqueles com derrame pleural maligno recidivante e sintomático. Os eventos adversos foram ativamente registrados e classificados de acordo com o Common Terminology Criteria do Instituto Nacional de Câncer americano. Foram analisados também exames séricos antes da pleurodese, 2, 5 e 10 dias após. Para comparação de médias utilizamos test-t pareado e Wilcoxon. Análise de variância foi utilizada para comparação de dados longitudinais. Foram considerados significativos testes cujo p<0,05. **Resultados:** Foram incluídos 257 pacientes, 77% do sexo feminino e idade média de 69(± 13,01) anos. O tumor primário mais frequente foi o câncer de mama (56%) ficando o câncer de pulmão em segundo lugar (25%). 92% foram submetidos a pleurodese por talco (38%), nitrato de prata (36%) ou iodopovidine (25%). A recidiva observada foi de 8%. A sobrevida mediana foi 6 meses. Eventos adversos ocorreram em 43% sendo que 19% do total eram eventos graves (Grau 3 ou superior). Hipóxia, insuficiência renal e dor foram os mais frequentes. 120 destes pacientes foram submetidos a análises laboratoriais. Através da análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas, observamos variações significativas na média dos valores de Hemoglobina (queda, p = 0,001), Plaquetas (elevação, p = 0,001), Transaminase Glutâmico-Oxalacética (elevação, p = 0,008), Fosfatase Alcalina (elevação, p = 0,000) e Proteína C Reativa (importante elevação com pico no 5o dia p= 0,042). **Conclusões:** A pleurodese, independentemente do agente esclerosante utilizado, está associada a significativa taxa de eventos adversos. Neste estudo observamos também que a pleurodese provoca diversas reações sistêmicas, como a elevação de PCR e queda de Hb.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

##### **TL013** EXEQUIBILIDADE, SEGURANÇA E EFETIVIDADE DA VIDEOTORACOSCOPIA COM ANESTESIA LOCAL E SEDAÇÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO<sup>2</sup>; MANOEL JOÃO BATISTA CASTELLO GIRÃO<sup>2</sup>

1. UNIFESP - HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNIFESP-EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivo:** Avaliar a exequibilidade, a segurança e o rendimento da VT com anestesia local e sedação e, se esta combinação pode ser uma opção de escolha factível. **Método:** Estudo prospectivo onde 23 pacientes (14 mulheres e 9 homens, com idade média de 54,5 anos) foram submetidos à VT com anestesia local e sedação. Os pacientes do estudo recebiam pré sedação com midazolam 0,02 mg/Kg intravenoso e eram encaminhados à sala operatória. Ao serem admitidos na sala de operação, foram verificados e anotados: a saturação de oxigênio (Sat O2), a pressão arterial (PA) e a frequência cardíaca (FC). Após, foi administrado fentanil intravenoso 1,5 mcg/Kg, momento padronizado como o tempo "0". Após o posicionamento do paciente para o procedimento, iniciava-se a infusão contínua de propofol 0,05 mg/Kg/min. Foi realizado bloqueio intercostal com lidocaína a 1% nos pontos de introdução dos trocarts. A cada três minutos foram obtidos os valores dos sinais vitais até o fim da operação. A avaliação do nível de sedação foi obtida a cada nove minutos pela escala de Ramsay. As variações da Sat O2, PA e FC durante o tempo do procedimento foram comparadas com o tempo "0". A exequibilidade foi avaliada pelo número

de casos em que se conseguiu realizar o procedimento e se houve algum tipo de lembrança de dor ou desconforto da operação. A segurança foi avaliada pela variação dos sinais vitais durante a operação, necessidade de se realizar intubação traqueal durante o procedimento e a necessidade de pós-operatório em unidade de terapia intensiva. Após a análise de toda a amostra, esta foi dividida para análise em: gênero (masculino e feminino); idade (idosos e não idosos); pacientes com risco e sem risco cardiovascular; pacientes oncológicos com diferentes níveis de classe funcional ECOG. **Resultados:** Nenhum paciente teve lembrança de desconforto ou dor da operação, necessitou de intubação traqueal ou precisou de pós operatório em UTI. As VTs realizadas atingiram seus objetivos diagnósticos ou terapêuticos. Houve queda da Sat O2 nos seis primeiros minutos, os pacientes idosos ou com risco cardiovascular apresentaram queda significativa ( $p < 0,05$ ) durante a operação, mas pouco representativa na prática clínica, pois todos os pacientes permaneceram com níveis satisfatórios de oxigênio durante a operação, pois em nenhum caso foi necessária a intubação traqueal. As variações da PA apresentaram inicialmente queda significativa, mas sem comprometer o procedimento, mesmo nos pacientes idosos ou com risco cardiovascular. As variações da FC não foram significantes. Pacientes oncológicos com pior capacidade funcional ECOG, apresentaram queda dos sinais vitais significante durante a operação em relação ao grupo com melhor pontuação. **Conclusão:** A VT com anestesia local e sedação é exequível e segura, pois foi realizada com sucesso em todos os pacientes analisados, sem necessidade de intubação traqueal, internação em unidade de terapia intensiva ou óbito. O procedimento atingiu seu objetivo em todos os pacientes operados, conseguindo-se o diagnóstico ou o tratamento da doença que gerou a indicação da VT, podendo ser uma opção de escolha em pacientes selecionados

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - VIA AÉREA (LARINGE, TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS)

##### **TLO14** LESÕES LARINGOTRAQUEAIS POR TRAUMA CERVICAL – SÉRIE DE 21 CASOS

HENRIQUE JOSÉ DA MOTA; ANA BEATRIZ RODRIGUES DA MOTA; ALEXANDRA RÉGIA DANTAS BRÍGIDO; GLAUBER HENRIQUE FREITAS BESSA; MARCELA RANGEL MARIZ; RODRIGO ALEXANDRE VENÂNCIO VIANA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN - UFRN, NATAL, RN, BRASIL.

**Objetivos:** As lesões laringotraqueais no trauma cervical são raras, de complexidade variável e significativo potencial de morbidade e mortalidade. A prioridade no atendimento inicial é assegurar uma via aérea por entubação orotraqueal, broncoscopia ou traqueostomia. Os cirurgiões torácicos pela sua competência nesta área têm sido frequentemente demandados para manuseio desta condição. Relatamos série de casos de lesão laringotraqueal traumática atendidos pelo autor principal (HJM) em Hospital Geral de Emergências em Natal-RN, em um período de 14 anos. **Métodos:** Consulta em base de dados do autor seguido de revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes atendidos no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel – Natal/RN, encaminhados com trauma cervical e lesão de vias aéreas superiores atendidos entre março de 2000 e março de 2014. Foram analisados sexo, idade, mecanismo do trauma, lesões associadas, métodos propedêuticos, tratamento e complicações. **Resultados:** Série de 21 casos de trauma cervical com lesão da laringe e ou traqueal associada. 20 pacientes (95%) do sexo masculino e 01 (05%) feminino. A idade variou de 09 a 67 anos, (mediana: 25). Oito (38%) sofreram trauma contuso e treze

(62%) ferimentos penetrantes. A via aérea foi garantida com entubação orotraqueal em 17 pacientes (81%), com broncoscopia em 01 (5%), com traqueostomia em 03 (14%). Avaliação propedêutica pré-operatória foi realizada com Tripla endoscopia rígida: laringoscopia, traqueoscopia e esofagoscopia em 15 casos (71%), e endoscopia flexível em 04. Separação laringotraqueal foi encontrada em 7 pacientes (33%); sendo completa em 3 e subtotal em 4. Fraturas de cartilagens da laringe com lacerações mucosas em 02 (10%); ferimentos penetrantes da traqueia e/ou laringe em 11 (52%); hematoma subglótico em 01 (5%). Lesões associadas foram encontradas em 07 pacientes (33%) sendo as mais comuns fraturas de vértebras cervicais e perfuração do esôfago. A exceção do paciente com hematoma subglótico os demais foram operados: Laringotraqueoplastia em 10 pacientes (48%); reparo primário de lesão laringea e ou traqueal em 08 (38%); moldagem com tubo "T" em 02 pacientes (10%). Em 13 pacientes foi realizado uma traqueostomia distal. Como complicações, observamos abscesso cervical (1); fístula salivar cervical (2); fístula traqueocutânea persistente (2); paralisia vocal bilateral permanente (1). Ocorreu um óbito pós operatório em paciente tetraplégico por falência orgânica múltipla. À exceção de um todos os sobreviventes foram decanulados e recuperaram suas funções vocais: restabelecimento embora parcial nos pacientes que sofreram separação laringotraqueal completa. **Conclusões:** As lesões laringotraqueais no trauma cervical representam um grupo heterogêneo de condições que demandam tratamento urgente e individualizado. Em nossa experiência a entubação orotraqueal pela sequência rápida se mostrou segura e confiável no estabelecimento de via aérea definitiva na maioria dos casos mesmo na descontinuidade laringotraqueal. A tripla endoscopia rígida com avaliação global das vias aerodigestivas altas foi o método propedêutico de preferência na avaliação pré-operatória.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - NÓDULOS E TUMORES PULMONARES

##### **TLO15** MUDANÇAS NO PERFIL DEMOGRÁFICO, HISTOPATOLÓGICO E CLÍNICO DO CÂNCER DE PULMÃO: EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO AO LONGO DE TRÊS DÉCADAS

JEFFERSON LUIZ GROSS; LUANA AMADORI FLESSAK; FABIO JOSE HADDAD

AC CAMARGO CANCER CENTER, SAO PAAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O câncer de pulmão representa a principal causa de morte por câncer em todo o mundo. Dados epidemiológicos têm demonstrado algumas mudanças no perfil de indivíduos portadores de câncer de pulmão. As principais alterações observadas são: incidência crescente entre as mulheres; mudança em relação aos tipos histológicos com predomínio de adenocarcinoma; e aumento do número de casos diagnosticado em estádios precoces. Não existem dados avaliando estas alterações no perfil dos pacientes com câncer de pulmão no Brasil. **Objetivo:** avaliar mudanças no perfil demográfico, características clínicas e histopatológicas em pacientes com câncer de pulmão tratados em uma única instituição brasileira ao longo das últimas décadas. **Casuística e Métodos:** estudo retrospectivo de pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna primária do pulmão, admitidos no AC Camargo Cancer Center no período entre 1990 e 2011. Critérios de inclusão: diagnóstico de carcinoma primário do pulmão; dados clínicos disponíveis nos prontuários. Foram excluídos os casos de tumor carcinóide. Foi realizada análise das seguintes informações coletadas diretamente dos prontuários dos casos elegíveis para o estudo: idade,

gênero, tipo histológico, data do diagnóstico, estadiamento e tipo de tratamento. O tipo histológico considerado foi o descrito no laudo anatomo-patológico. Análise Estatística: para análise comparativa, os dados obtidos foram divididos em três períodos conforme a data do diagnóstico: 1) 1990 a 1996; 2) 1997 a 2003; 3) 2004 a 2011. Foi calculada a distribuição das variáveis estudadas para cada um dos períodos definidos acima. **Resultados:** foram incluídos 1946 casos, distribuídos da seguinte forma nos três períodos analisados: 1990 a 1996: 784 (40,2%); 1997 a 2003: 455 (23,3%); 2004 a 2011: 707 (36,3%). Não observamos alterações quanto a faixa etária. A distribuição entre as mulheres mostrou aumento progressivo, sendo 20,9% no primeiro período; 26,1% no segundo e 39,4% no terceiro período estudado. Em relação ao tipo histológico ao longo dos três períodos, verificamos aumento de adenocarcinoma (36,4%, 38,7%, 41,4%), queda do carcinoma espinocelular (38,5%, 24,6%, 20,6%) e também diminuição na frequência de carcinoma de células pequenas (17,9%, 9,2%, 9%). A frequência de diagnóstico nos estádios I e II aumentou ao longo dos três períodos estudados (10,4%, 13,4%, 27,2%), houve queda no estágio III (33,4%, 25,2%, 19,8%), enquanto a frequência do estágio IV manteve-se estável (56,1%, 61,2%, 52,9%). Também verificamos aumento na frequência do tratamento cirúrgico ao longo dos três períodos de tempo (16,8%, 21,9%, 25,6%). **Conclusões:** o perfil dos pacientes com câncer de pulmão tem mudado ao longo das últimas décadas, com aumento entre as mulheres, mais casos diagnosticados em estádios iniciais, maior número de pacientes tratados com cirurgia, e inversão quanto ao tipo histológico mais frequente, que atualmente passou a ser o adenocarcinoma.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO (BRONCOSCOPIA, MEDIATINOSCOPIA, PLEUROSCOPIA, EBUS, EUS-FAN E RADIOLOGIA TORÁCICA)

##### **TL016** PROJETO PULMÃO 192

AIRTON SCHNEIDER

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SSMD. ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

O câncer de pulmão é a neoplasia com maior letalidade entre homens e mulheres, sendo responsável, anualmente, pelo maior número de óbitos<sup>1,2,3</sup>. Atualmente, apenas 20 a 25% dos cânceres de pulmão, no momento do diagnóstico, são potencialmente ressecáveis<sup>4</sup>. A cirurgia de ressecção é a única forma de tratamento com impacto na sobrevida<sup>5</sup>. As duas principais razões que impedem o tratamento cirúrgico são o diagnóstico tardio e a incapacidade funcional gerada pela ressecção proposta<sup>6</sup>. Portanto, nas duas situações, o diagnóstico precoce pode mudar o prognóstico. No presente estudo, os autores desenvolvem uma nova forma de abordagem do paciente que procura a UBS e tem identificado, ao acaso ou não, uma lesão pulmonar. Esta abordagem inclui, basicamente, uma linha direta de consulta com um especialista, para tentar diminuir o espaço de tempo entre a queixa e seu diagnóstico. Este trabalho visa validar um novo modelo de consulta imediata com um especialista, para casos suspeitos de câncer de pulmão, a fim de identificar pacientes portadores dessa neoplasia em fase inicial. Estudo analítico, transversal e prospectivo, onde 76 casos distintos de pacientes com nódulos pulmonares foram analisados, compreendendo período de 12 meses. O estudo foi realizado no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Universitário Ulbra/Mãe de Deus, na Cidade de Canoas/RS. Pacientes que procuraram a UBS por qualquer razão e que, durante a investigação, tiveram a

identificação por exame de imagem de um nódulo de pulmão deveriam ser imediatamente encaminhados para avaliação do Núcleo Avançado de Cirurgia de Tórax (NACT). **Resultados:** Dentre os 76 pacientes encaminhados ao NADT, 26 foram submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar no decorrer de 12 meses de acompanhamento. Destes 26 casos, houve confirmação do diagnóstico de câncer de pulmão em vinte. Dos 20 casos de câncer operados, apenas dois foram submetidos a lobectomia com classificação TNM maior que T2N1M0. Os 18 restantes eram casos iniciais (T1,2,N0M0). A idade foi um fator importante de doença maligna. Dos 76 pacientes vistos, a média de idade foi de 58,5 anos. Dos 20 operados, a média foi de 67 anos. O grupo que não foi operado apresentou média de idade de 55 anos ( $p < 0,001$ ). Esses dados de operabilidade são absolutamente diferentes dos dados históricos de Canoas, onde se operava 11,5% dos pacientes. Neste ano, houve um índice de ressecabilidade de 34,2% ( $p < 0,001$ ). O estudo relata os resultados de um Protocolo criado prospectivamente numa Comunidade onde pacientes identificados com nódulos de pulmão em UBS foram encaminhados a uma Unidade especializada. Os resultados demonstraram que a operabilidade neste período mudou de 12% para 34,2% ( $p < 0,001$ ). Não houve perda de acompanhamento nestes casos. Pode-se afirmar que o encaminhamento direto para o especialista é um fator decisivo para aumentar o índice de operabilidade em câncer de pulmão e que, neste sistema, a adesão ao protocolo é muito positiva.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

##### **TL017** RESSECÇÕES PULMONARES VÍDEO-ASSISTIDAS: O IMPACTO DA CONVERSÃO PARA CIRURGIA ABERTA SOBRE A MORBI/MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA, DURANTE A CURVA DE APRENDIZADO

DARCY RIBEIRO PINTO FILHO; ALEXANDRE JOSÉ GONÇALVES AVINO; SUZAN BRANCHER BRANDÃO; VITOR MAINERI PINTO; BRUNO MAINERI PINTO

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL

**Objetivo:** Avaliar o impacto da conversão para cirurgia aberta sobre a morbidade e mortalidade pós-operatória dos pacientes submetidos a ressecções pulmonares vídeo-assistidas, durante a curva de aprendizado. **Método:** Os autores apresentam uma série de 96 ressecções pulmonares vídeo-assistidas (lobectomias, pneumonectomias e segmentectomias), para tratamento de doenças neoplásicas malignas e supurativas, que sustentaram a curva de aprendizado do grupo. A técnica operatória utilizou uma minitoracotomia anterior de trabalho associada a um ou dois portais. As variáveis elencadas para avaliar o impacto da conversão sobre morbidade e mortalidade operatória foram: tempo cirúrgico, tempo de permanência dos drenos pleurais, tempo de hospitalização, complicações cirúrgicas e óbito. A análise estatística foi feita pelos testes do qui-quadrado e Wilcoxon, para um  $p < 0,05$ . **Resultados:** Oito pacientes (8,3%) necessitaram conversão para toracotomia aberta, dois pacientes por sangramento e seis pacientes de forma eletiva (tamanho da lesão, arterioplastia, linfonodo hilar e ausência de grampeador). O tempo cirúrgico médio, a média de permanência do dreno pleural, tempo de hospitalização, incidência de complicações e óbito para todos os casos ( $n=96$ ) foram, 129 min, 2,6 dias, 5,0 dias, 17% e 1,0%. Nos casos em que foi necessária a conversão ( $n=8$ ), 150min, 2,6 dias; 5,0 dias, 25% e 25%, respectivamente.  $P < 0,05$  para todas as variáveis, exceto mortalidade operatória  $p = 0,0001$ . **Conclusões:** A análise do impacto da conversão para cirurgia sobre a morbidade e mortalidade das ressecções pulmonares

vídeo-assistidas durante a curva de aprendizado, não identificou significância estatística nas variáveis analisadas, com exceção da mortalidade operatória. Neste sentido, a necessidade de conversão, urgente ou eletiva, não interferiu na recuperação cirúrgica do grupo de oito pacientes convertidos.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - VIA AÉREA (LARINGE, TRAQUEIA E BRÔNQUIOS)

##### **TLO18** SOBREVIDA E PREDITORES DE MORTALIDADE EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DAS OSTRUÇÕES NEOPLÁSICAS DAS VIAS AÉREAS

BENOIT JACQUES BIBAS; OSWALDO GOMES JUNIOR; HELIO MINAMOTO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivo:** Avaliar a sobrevida mediana e fatores preditores de mortalidade em pacientes submetidos a tratamento endoscópico das obstruções neoplásicas das vias aéreas. O objetivo secundário é avaliar a morbidade do procedimento. **Método:** Estudo retrospectivo realizado em centro terciário, no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014. Foram incluídos pacientes com diagnóstico de obstrução de traqueia e brônquios principais por neoplasia maligna. Todos os procedimentos foram realizados em centro cirúrgico, com anestesia geral e através de broncoscopia rígida ou laringoscopia de suspensão. Próteses de traqueia foram utilizadas de acordo com os critérios da instituição. A sobrevida mediana dos pacientes foi analisada pela curva de Kaplan Meier. Os fatores prognósticos de mortalidade foram analisados por regressão de Cox. **Resultados:** Foram incluídos 42 pacientes (25H/17M) com idade média de 54 + 11 anos, e realizados 64 procedimentos endoscópicos. Os tipos histológicos mais comuns foram o câncer de pulmão (n=15;36%), esôfago (n=11;26%) e adenóide cístico de traqueia (n=8;19%). Vinte e cinco próteses foram colocadas, sendo que a mais comum foi a prótese de silicone em Y (n=14;56%), seguida da prótese de Dumon (n=7;28%), Tubo T (n=3;12%) e prótese metálica auto expansível (n=1;4%). Em 78% dos casos foi realizado broncoscopia rígida e em 22% laringoscopia de suspensão. Onze por cento dos pacientes necessitaram de traqueostomia. Complicações ocorreram em 37,5% dos casos; pneumonia (n=10;15%) e obstrução da prótese (n=6;9%) foram as mais frequentes. A sobrevida mediana foi de 221 dias. A mortalidade em 30 dias foi de 14%, e a mortalidade global de 40%. Os fatores preditores de mortalidade pela regressão de Cox foram: reintervenções na via aérea (HR 5,9; p< 0,001; IC 95%:2,25-15,45), ventilação mecânica antes do procedimento (HR 7,38; p=0,015; IC95%: 1,46-37) e tipo histológico do tumor (HR: .23; p<0,001; IC95%: .11 - .47). **Conclusões:** A desobstrução dos tumores que acometem a via aérea pode ser realizada com segurança. No entanto, a morbi-mortalidade do procedimento não é desprezível. Procedimentos de reintervenção, ventilação mecânica antes da desobstrução e o tipo histológico do tumor foram preditores significativos da mortalidade.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - TRANSPLANTE PULMONAR E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS PNEUMOPATIAS AVANÇADAS

##### **TLO19** TRANSPLANTE DE PULMÃO UNI E BILATERAL: Resultados DE UMA SÉRIE DE 26 CASOS

ANTERO GOMES GOMES NETO; ALFREDO SÁVIO MONTEIRO NOGUEIRA; RAFAEL FERNANDES VIANA DE ARAUJO;

ALEXANDRE MARCELO RODRIGUES LIMA; LUCYARA GOMES CATUNDA; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Objetivo:** Avaliar o resultado do transplante pulmonar uni- e bilateral quanto às complicações e mortalidade cirúrgica, e quanto à função pulmonar e sobrevida tardia. **Método:** Estudo prospectivo de pacientes submetidos a transplante (Tx) de pulmão uni e bilateral no Hospital de Messejana Dr. Carlos Aberto Studart Gomes no período de junho de 2011 a dezembro de 2014. Os dados para o estudo foram coletados de um banco de dados do serviço de cirurgia torácica e complementados por revisão de prontuários. As variáveis estudadas foram idade, gênero, tipo de doença pulmonar, tipo de Tx, tempo total de isquemia, complicação, mortalidade cirúrgica (óbitos os primeiros 30 dias pós-cirurgia ou no mesmo internamento hospitalar), função pulmonar no pré-Tx e no 12o mês pós-Tx (CVF % do previsto e VEF1 % do previsto) e sobrevida global. As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste t de Student e as categóricas pelo teste qui-quadrado, considerando como estatisticamente significante o valor de p < 0,05. **Resultados:** Vinte e seis pacientes foram submetidos à 27 transplantes de pulmão, dos quais 18 (66,7%) unilateral e 9 (33,3) bilateral (1 re-transplante). A média de idade foi de 51 ± 13 anos, sendo 20 (77%) homens e 6 (23%) mulheres. Em relação ao tipo de doença pulmonar, 20 (76,9%) tinha fibrose pulmonar; 4 (15,4%) enfisema pulmonar; 1(3,8%), bronquiectasias; e 1 (3,8%), hipertensão pulmonar primária. Os acessos cirúrgicos para os transplantes foram feitos em 10 (38,5%) casos por toracotomia anterior; em 7(27%), toracotomia póstero-lateral; em 7 (27%), clamshell; e outras incisões em 2 casos. O tempo médio de isquemia (fria e quente) foi de 353 ± 104 minutos. Houve 76,9 % (20/26) de complicações e 23,1 % (16,7% no tx uni e 37,5 no tx bi, p = 024) de mortalidade cirúrgica. As complicações mais comuns foram infecção em 10 (39,4%) casos e disfunção primária do enxerto em 5 (19,2%). No seguimento clínico observou-se melhora significativa da função pulmonar, traduzida pelo aumento da CVF % (pré-Tx = 45,5% e 12o mês = 73%, p = 0,007) e do VEF % (pré-Tx = 8,1% e 12o mês = 72,7%, p = 0,005). Dos 20 pacientes seguidos, 3 submetidos à transplante unilateral evoluíram posteriormente para óbito, sendo 2 por bronquiolite obliterante e 1 por cancer de pulmão, resultando em uma sobrevida global de 85% (17/20) no final de 2 anos. **Conclusão:** Os pacientes submetidos à transplante pulmonar complicam mais no pós-operatório com infecção e disfunção primária do enxerto. Embora tenha ocorrido alta taxa de mortalidade cirúrgica, os pacientes evoluíram no pós-operatório tardio com melhora significativa da função pulmonar e com alto percentual de sobrevida.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - MADIASTINO

##### **TLO20** TRATAMENTO CIRÚRGICO COMPARADO AO TRATAMENTO CLÍNICO NA MIASTENIA GRAVIS - REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

GILMAR FELISBERTO JUNIOR<sup>1</sup>; ANTONIO JOSE MARIA CATANEO<sup>2</sup>; DANIELE CRISTINA CATANEO<sup>3</sup>; PAULO EDUARDO DE OLIVEIRA CARVALHO<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE DE MARÍLIA, MARÍLIA, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, MARÍLIA, SP, BRASIL.

**Introdução:** A miastenia gravis (MG) é uma doença autoimune que afeta a junção neuromuscular causando fraqueza flutuante da musculatura esquelética, comprometendo a qualidade de vida e, em alguns casos, pode levar à morte. Apresente etiologia multifatorial, sendo que o timo é o principal

responsável pela produção de auto-anticorpos dirigidos contra os receptores de acetilcolina. O tratamento atual é pautado na terapêutica clínica e cirúrgica, porém ainda há um grande hiato sobre qual a melhor opção. **Objetivos:** Avaliar, através de uma revisão sistemática, a eficácia da timectomia quando comparada ao tratamento clínico da MG. **Método:** Foi feita uma busca por ensaios clínicos randomizados (ECR) que comparassem o tratamento clínico e cirúrgico da MG nas bases Medline, Embase e Lilacs. Como nenhum ECR foi encontrado, foram aceitos estudos com menor nível de evidência. Os critérios de seleção utilizados foram: comparar os dois tipos de tratamento, possuir pelo menos 10 pacientes em cada grupo. Os critérios de exclusão utilizados foram: pacientes com miastenia gravis timomatosos e monoterapia. Foi realizada uma metanálise proporcional com auxílio do software StatsDirect versão 3.0.121 e os desfechos avaliados foram: mortalidade, taxas de remissão e melhora. **Resultados:** A busca encontrou 592 artigos na base Medline, 1925 artigos na base Embase e 204 artigos na base Lilacs. Após a exclusão dos estudos duplicados, 51 artigos foram analisados integralmente e nove foram selecionados para esta revisão. O número total de pacientes avaliados foi de 3.211. A mortalidade nos grupos cirúrgico e clínico foram respectivamente de 7 e 19%, com diferença estatística significativa. A taxa de remissão nos grupos foi de 17% para o grupo cirúrgico e de 13% para o clínico, sem significância estatística. Para o desfecho melhora, o grupo cirúrgico apresentou uma taxa de 23% e o clínico de 29%, também sem diferença estatística. **Conclusão:** Apesar da baixa evidência disponível na literatura e da alta heterogeneidade encontrada, a timectomia pode ser considerada uma opção terapêutica na MG, com taxas de remissão e melhora semelhantes ao tratamento clínico e, talvez, com menor taxa de mortalidade.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - MALFORMAÇÕES, INFECÇÕES E SUPURAÇÕES PULMONARES

##### TL021 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS MALFORMAÇÕES PULMONARES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS. ANÁLISE DE 73 PACIENTES

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE<sup>1</sup>; JULIO DE OLIVEIRA ESPINEL<sup>2</sup>; JOSÉ CARLOS FELICETTI<sup>2</sup>; LUCAS ELIAS LISE SIMONETTI<sup>2</sup>; GUSTAVO DIEHL ZIEMINIZAK<sup>2</sup>; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ<sup>2</sup>

1. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO E HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

**Introdução:** As malformações pulmonares formam um espectro de doenças pouco frequentes, com grande variedade de apresentação clínica e gravidade, dependendo principalmente do grau de envolvimento pulmonar e de sua localização na cavidade torácica. Muitos pacientes com malformações congênicas do pulmão podem apresentar sintomas respiratórios ao nascimento, enquanto outros podem permanecer assintomáticos por longos períodos. O manejo dessas lesões depende do tipo de malformação, da sintomatologia e da experiência de cada serviço de referência em cirurgia torácica pediátrica. **Objetivo:** Avaliar os resultados dos pacientes que foram submetidos a ressecções de malformações pulmonares congênicas em serviço de cirurgia torácica pediátrica. **Método:** Foram revisados os prontuários de 73 pacientes submetidos a ressecções de malformações pulmonares congênicas no Hospital da Criança Santo Antônio entre Janeiro de 1999 e Janeiro de 2015. Os pacientes foram avaliados quanto a dados epidemiológicos,

etiologia da malformação, tipo de procedimento realizado e resultado pós-operatório. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 2,66 anos, sendo 54,8% do sexo masculino (n=40). Trinta e cinco pacientes (47,9%) foram operados com até um ano de idade. Foram realizadas 76 ressecções de malformações pulmonares congênicas em 73 pacientes, uma vez que 3 pacientes possuíam associação de mais de uma malformação congênita. As patologias operadas foram: malformação adenomatóide cística 40,8% (n=31 - 21 casos do tipo I, 9 casos do tipo II e 1 caso do tipo III); enfisema lobar congênito 26,35% (n=20); sequestro pulmonar 23,75% (n=18 - 10 casos do tipo intralobar e 8 casos do tipo extralobar); lesões císticas congênicas intrapulmonares 5,2% (n=4); malformações arteriovenosas 2,6% (n=2) e aplasia pulmonar 1,3% (n=1). Quanto ao tipo de ressecção, a segmentectomia foi o procedimento cirúrgico mais realizado 22,8% (n=18), seguido de lobectomia inferior esquerda 15,2% (n=12), lobectomia superior esquerda 15,2% (n=12) e lobectomia superior direita 15,2% (n=12). Quarenta (52,6%) ressecções pulmonares foram realizadas em pulmão direito. Nesta série houve um óbito no período de 30 dias de pós-operatório em um paciente de 1 mês de idade que 1 semana após o procedimento apresentou pneumonia viral devido a vírus Sincicial Respiratório. **Conclusões:** As malformações pulmonares congênicas formam um grupo heterogêneo de doenças pulmonares, existindo uma tendência para seu tratamento no primeiro ano de vida. A análise individual de cada caso define o tipo de ressecção, podendo-se optar por ressecções mais econômicas como segmentectomias. Apresenta pouca morbidade e baixa mortalidade

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

##### TL022 TRATAMENTO DA SÍNDROME DO DESFILADEIRO CÉRVICO-TORÁCICO POR VIDEOTORACOSCOPIA

PETRUCIO ABRANTES SARMENTO<sup>1</sup>; FRANCISCO ANTÔNIO BARBOSA DE QUEIROGA<sup>1</sup>; JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO<sup>2</sup>

1. GRUTÓRAX - GRUPO PARAIBANO DE TÓRAX, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; 2. HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL

**Introdução:** A síndrome do desfiladeiro cervico-torácico (SDCT) resume-se a compressão do conjunto composto pela artéria e veia subclávia, além da raiz do plexo braquial, ao longo de seu trajeto através da transição cervico-torácica, até a saída do tórax. Diante falha do tratamento conservador, a correção cirúrgica está indicada. Porém, há na literatura médica, pouco acerca da técnica video-assistida para correção do SDCT. **Objetivo:** Demonstrar a factibilidade e segurança da abordagem minimamente invasiva para ressecção da primeira costela por videotoracoscopia, além do menor tempo de internação e retorno às atividades diárias. **Metodologia:** Desde 2005 até a data vigente, um total de 10 pacientes, com idade média de 38,5 anos (22-55), igualmente divididos entre os dois sexos, foram operados com a técnica supracitada. **Resultados:** No total foram 11 cirurgias, já que, em uma delas, a correção foi bilateral. Quanto ao lado, 6 foram à esquerda e 5 à direita. O tempo de seguimento foi de 4 a 62 meses, sendo o tempo médio de internação foi de 4 dias (2-6 dias). **Discussão:** Apesar do crescimento do videotoracoscopia, o uso desta abordagem para o tratamento da SDCT é ainda modesta, com poucas publicações na literatura médica, que mostram redução do tempo de internação e morbidade pós-operatória. **Conclusão:** A videotoracoscopia oferece boa exposição para ressecção da primeira costela, promovendo um menor período de internação e retorno mais precoce às atividades diárias.

## ÁREA DE CONHECIMENTO - TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

### TL023 TUMORES DE MEDIASTINO - ANÁLISE DE 118 CASOS SUBMETIDOS RESSECÇÃO CIRÚRGICA VÍDEO ASSISTIDA

GUSTAVO ALMEIDA FORTUNATO; SERGIO TADEU LIMA PEREIRA; YUKI TANY HIRAKAWA VIEIRA; RODRIGO TEIXEIRA; RICARDO OLIVEIRA; MAIRA KALIL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Objetivo:** Apresentar a casuística de tumores de mediastino submetidos a ressecção pelo grupo da CirTórax. Discutir seus aspectos clínicos e radiológicos, diagnóstico diferencial e abordagem cirúrgica com ênfase aos casos tratados pela técnica vídeo assistida. **Métodos:** No período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014, 195 pacientes com diagnóstico de tumor de mediastino foram submetidos a ressecção cirúrgica. Cento e quinze destes pacientes foram submetidos a ressecção pela técnica vídeo assistida. Os dados foram coletados de banco de dados próprio onde dados relativos a história, exames pré-operatórios, intra-operatório, evolução pós-operatória e anatomia patológica são registrados.

**Resultados:** Sessenta e quatro por cento eram do sexo feminino, 36% do masculino com média de idade de 54 anos (03-87). Quanto a localização, 47% estava localizado no mediastino anterior, 11% no médio e 42% no mediastino posterior. A grande maioria dos pacientes (61,5%) foram assintomáticos, diagnosticados em exame de rotina. O sintoma mais prevalente foi dor torácica que foi referida em 10% dos casos. O tipo histológico predominante foi timoma em 27 pacientes, seguido de cisto broncogênico em 19 pacientes e tumores do mediastino posterior - neurofibromas em 16 casos. Três casos foram convertidos (2,65%) e o tempo de internamento foi de três dias. **Conclusão:** A técnica vídeo assistida é um método diagnóstico e terapêutico eficiente que pode ser incluído como técnica alternativa nas ressecções dos tumores de mediastino. Pode ser usada de forma segura, efetiva e indicada como um procedimento com baixa morbidade e mortalidade. Quando comparado com a toracotomia, o uso da técnica vídeo assistida requer incisões menores, proporcionando diminuição da dor, menores complicações pulmonares, hospitalização, com potencial de redução de custos e do tempo de internação hospitalar, e conseqüentemente retorno precoce às atividades, além do ganho estético.

## ÁREA DE CONHECIMENTO - PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA TORÁCICA

### TL024 UTILIZAÇÃO DE IMAGENS MÉDICAS COM VISUALIZAÇÕES 2D E 3D GERADAS POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO EM OPERAÇÕES TORÁCICAS: UMA PESQUISA ENTRE OS CIRURGIÕES TORÁCICOS BRASILEIROS

FEDERICO ENRIQUE GARCIA CIPRIANO; LYCIO UMEDA DESSOTE; FABIO CESSAR DOMINGUES FAVARA; ALFREDO

JOSE RODRIGUES; WALTER VILLELA DE ANDRADE VICENTE; PAULO ROBERTO BARBOSA EVORA HC-FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O planejamento pré-operatório é de relevância e influencia nos resultados cirúrgicos. É realizado principalmente pela utilização de imagens tomográficas em cirurgia torácica. A utilização de imagens axiais bidimensionais (2D) está bem consolidada na prática clínica. Novas formas de visualização da informação médica como as imagens tridimensionais (3D) volumétricas (reconstruídas a partir de tomografias computadorizadas de tórax em aparelhos com multidetectores) podem facilitar este planejamento, melhorar os resultados intra-operatórios, influenciando os resultados cirúrgicos finais.

**Objetivos:** Verificar como o cirurgião torácico brasileiro utiliza as imagens médicas 2D/3D para realização do planejamento cirúrgico, incluindo propósitos da prática clínica e como ferramenta de ensino. Verificar a escolha inicial e preferência final do entrevistados quanto às imagens 2D ou modelos 3D após adquirir conhecimento teórico sobre a geração e interatividade das visualizações 3D. **Métodos:** Pesquisa descritiva tipo Survey transversal com dados fornecidos pelos cirurgiões torácicos brasileiros (membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica) que responderam a questionário online multimídia via internet em seus computadores ou dispositivos pessoais. Questionário online formado por 33 questões agrupadas em 5 seções: planejamento pré-operatório, imagem 2D- 3D e visualização da informação médica, imagens 2D versus 3D, dados complementares e dados demográficos. Questionário disponível em: <http://torax2d3d.questionpro.com>

**Resultados:** Dos 384 convites distribuídos por email efetivamente visualizados, 107 cirurgiões completaram o questionário (75% utilizaram computadores pessoais, 16% smartphones e 9% usaram tablets). Quando comparadas as imagens 2D versus os modelos 3D para os seguintes propósitos: diagnóstico, avaliação da extensão da doença, planejamento cirúrgico pré-operatório, comunicação entre os médicos, treinamento dos residentes, ensino da graduação médica e explicação ao paciente: não houve diferença estatística. Quanto ao tipo de visualização da imagem tomográfica utilizada rotineiramente na prática clínica (imagem 2D e/ou modelo 3D) e aquela preferida pelo cirurgião ao final do questionário. Respostas dos cirurgiões para uso exclusivo de imagens 2D: escolha inicial=50,47 e preferência final=14,02%. Respostas dos cirurgiões para uso de modelos 3D em associação com imagens 2D: escolha inicial=48,60 e preferência final=85,05%. Houve mudança significativa na escolha final em favor dos modelos 3D usados em conjunto com as imagens 2D ( $p < 0,0001$ ). **Conclusões:** Existe falta de conhecimento da geração das imagens 3D, bem como da utilização e manipulação interativa em aplicativos dedicados 3D, com conseqüente falta de uniformidade no planejamento cirúrgico baseado em imagens médicas tomográficas. Essas conclusões estão seguramente embasadas na mudança da preferência dos cirurgiões torácicos das tecnologias de visualizações 2D para as imagens 3D.

## Trabalhos Experimentais

### ÁREA DE CONHECIMENTO - VIA AÉREA (LARINGE, TRAQUEIA E BRÔNQUIOS)

#### **TE001** CRIOTERAPIA EM JATO NA TRAQUEIA, PULMÃO E PLEURA - ESTUDO EXPERIMENTAL

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; LUIZ HIROTOSHI OTA; LUIZ RIZZO; ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; THIAGO GANGI BACHICHI

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

**Introdução:** A crioterapia envolve o congelamento e descongelamento do tecido alvo, que deve ocorrer rapidamente. Com isso formam-se cristais de gelo intracelulares, onde são mais letais. A temperatura necessária para induzir uma lesão é a entre -20°C e -40°C. Congelar abaixo de -40°C com uma taxa rápida (-100°C por minuto) resulta em mais de 90% de morte celular. Os cristais de gelo intracelulares podem causar morte celular diretamente por danificar as mitocôndrias ou outras micro- organelas. No entanto, eles também levam à desidratação celular e um aumento tóxico na concentração de eletrólitos, os quais promovem o fluxo extracelular para dentro da célula, por aumento da permeabilidade, devido à desnaturação induzida por congelamento de lipoproteínas da membrana celular. O resultado é o edema celular e ruptura. A utilização de crioterapia na via aereas é restrita em nosso meio devido ao seu alto custo pela necessidade de importação, registro ANVISA, carga tributária, enfim, pelo custo Brasil. Com o desenvolvimento de novas tecnologias em território nacional, resolvemos avaliar seu uso na via aérea. **Objetivos:** o objetivo deste estudo piloto é avaliar a exequibilidade, segurança e grau de lesão tecidual de acordo com o tempo de exposição do jato de crioterapia. **Materiais e Métodos:** Foi utilizado um suíno da raça "Landrace", com peso de 20-25kg, colocado em posição supina na mesa, realizou-se uma cervicotomia longitudinal com exposição da traqueia. Procedemos à abertura anterior da traqueia, mantendo a ventilação distal e assim o congelamento de três locais diferentes em tempos diferentes - 5, 10 e 15 segundos com jato contínuo de um gás fluoretado - Dermafreeze®. Após o congelamento da região, aguardamos cerca de 15 minutos para ressecção das peças. O animal permaneceu anestesiado, intubado e ventilado até ser sacrificado. Foram produzidas as lesões na seguinte ordem: 1. parede interna da Laringe - subglote; 2. parede lateral interna da traqueia proximal iniciando-se no terceiro anel; 3. parede lateral interna da traqueia proximal iniciando-se no sexto anel. 4. pulmão normal, lobos inferiores; 5. pulmão com laceração confeccionada por um bisturi lamina 22 com profundidade de três centímetros, suficiente para produzir perda aérea, nos lobos superiores; 6. pleura parietal normal em dois locais diferentes da caixa torácica. **Resultados:** O dispositivo funcionou de maneira adequada. Ocorreu congelamento da região alvo conforme o esperado. O sistema piloto mostrou-se exequível

e foi capaz de liberar o gás de modo regular e constante. Houve hemostasia do local durante aproximadamente 10 segundos após o congelamento. A análise histológica não mostrou alterações teciduais, independente do tempo de congelamento. **Conclusão:** O método foi exequível e seguro. Novos estudos serão realizados para avaliação do tecido a médio e longo prazo.

### ÁREA DE CONHECIMENTO - PLEURA

#### **TE002** DIFERENÇAS ENTRE A PLEURODESE COM TALCO E NITRATO DE PRATA NOS DIFERENTES TEMPOS DE DOENÇA NEOPLÁSICA PLEURAL EM CAMUNDONGOS.

RODRIGO OLIVIO SABBION; RICARDO MINGARINI TERRA; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; MILENA MARQUES PAGLIARELLI ACENCIO; MARCIA CRISTINA AUGUSTO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES

INCOR - FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL

**Objetivo:** Avaliar e comparar o resultado da pleurorese com nitrato de prata e talco em camundongos injetados com 10mil células de Lewis **Metodo:** Estudo experimental, utilizando vinte camundongos da raça C56Black/6, com neoplasia pleural induzida por injeção de 10mil células de Lewis (Lung Lewis Carcinoma) por animal. No terceiro dia após a injeção das células neoplásicas, metade dos animais foram submetidos a pleurorese, sendo 5 deles com talco na concentração de 400mg/kg (chamado Grupo Talco 3 - "GT3") e outros 5 com nitrato de prata na concentração de 0,05% (chamado Grupo Nitrato - "GN3"). No sétimo dia após a injeção de células neoplásicas, os animais restantes foram subdivididos novamente em 2 grupos de 5 animais, chamados GT7 e GN7 e submetidos a pleurorese com as mesmas substâncias e concentrações. Todos os animais foram sacrificados 7 dias após a pleurorese, sendo portanto, os grupos GT3 e GN3 sacrificados no 10º dia após injeção de células neoplásicas e os grupos GT7 e GN7 sacrificados no 14º dia após. **Resultados:** Nenhum animal morreu na indução anestésica. Todos os outros animais apresentaram implantes pleurais de células neoplásicas independentemente do dia do sacrifício. Nos animais submetidos à pleurorese no 3º dia de doença houve 1 morte em cada grupo (GT3 e GN3) e somente 1 morte no decorrer do experimento no grupo talco(GT3). Nos animais submetidos à pleurorese no 7º dia após a injeção pleural(Grupos GT7 e GN7), houve 1 morte no decorrer do experimento no grupo talco(GT7) e 2 mortes no momento da pleurorese no grupo nitrato(GN7). Em relação aos achados macroscópicos,foi graduada a fibrose em escore já validado em outros estudos que varia de 0(sem fibrose) até 4(sínfise completa). No grupo GT3, 2 animais obtiveram escore 2, e 2 animais obtivemos escore 0,5. No grupo nitrato(GN3) os 3 animais obtiveram escore 0. Nos animais submetidos a pleurorese após 7 dias de doença,no

grupo talco(GT7), os 3 animais receberam escore 0, 2 e 2,5 respectivamente; no Grupo Nitrato(GN7), receberam escores 0,5, 1 e 2. Microscopicamente, todos tinham presença de fibroblastos e fibrose em pleura visceral. Para avaliação de fibrose, 2 lâminas de cada grupo(GT3,GN3,GT7 e GN7) foram coradas pelo método de Picrosirius, e todas obtiveram coloração positiva pelo método, inclusive em quantidade suficiente para quantificação em estudo posterior. A lâmina de corte de animal controle, somente com doença pleural obteve resultado negativo. **Conclusões:** Os animais com este número de células implantadas tem sobrevida suficiente e resposta satisfatória à pleurodese para que possamos quantificá-la de acordo com os métodos disponíveis e aprofundar ainda mais os estudos relacionados a resposta a inflamatória a pleurodese e seu resultado final. Não houve perda de peso ou diminuição significativa de atividade dos animais no decorrer do tempo. Aparentemente, existe maior quantidade de fibrose nos animais submetidos à pleurodese com talco.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - TRANSPLANTE PULMONAR E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS PNEUMOPATIAS AVANÇADAS

##### TE003 DO GLUCOSE AND LACTATE LEVELS CORRELATE WITH POST TRANSPLANT LUNG FUNCTION IN THE EVLP SETTING?

CARLOS HENRIQUE RIBEIRO BOASQUEVISQUE1; RYAN C LAM2; MARCELO CYPEL2

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE DE TORONTO, TORONTO, CANADÁ. During Ex Vivo Lung Perfusion, we hypothesized that high glucose consumers would correspond with more injured lungs and high lactate producers would correspond with increased anaerobic metabolism. This could lead to an imbalance of cellular metabolism, resulting in differing degrees of lung injury. We thus believed that glucose and lactate could be biomarkers of lung function in the EVLP setting. Objective: To examine glucose and lactate levels in the EVLP perfusates and assess whether or not these correlated with post-transplant clinical outcomes. METHODS: Analyzed 81/141 clinical EVLP cases EVLP cases date from 2008 – 2014. Only 81 cases because of sample availability. 21 lungs were declined, 60 accepted. Collected lactate and glucose levels for 1h and 4h perfusate samples using a Siemens RAPIDPoint 500 blood-gas analyzer. Checked the clinical 1h and 4h Checked the following post-transplant clinical outcomes: 1) Initial ICU PO2 (or PGD score at ICU arrival), 2) PGD at 24h and 72h, 3) Days on mechanical ventilation, 4) Length of ICU stay, 3) Length of hospital stay, 4) 30 day mortality. These were correlated with EVLP lactate and glucose levels, Cst, and  $\Delta$ PO2 at 4h, EVLP data for  $\Delta$ PO2 and static compliance (Cst) as indicators of lung function and pulmonary edema, respectively. RESULTS: We could not find any significant statistical differences between high and low glucose consumers as well as between high and low lactate producers. Conclusion: Glucose and lactate levels measured during ex vivo lung perfusion did not correlate with post transplant clinical outcomes.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - TRANSPLANTE PULMONAR E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS PNEUMOPATIAS AVANÇADAS

##### TE004 O IMPACTO NAS CÉLULAS LEUCOCITÁRIAS DA APLICAÇÃO DE MONÓXIDO DE CARBONO (CO) E HIDROGÊNIO (H2) EM UM SISTEMA DE PERFUSÃO PULMONAR EX-VIVO (PPEV)

LUCAS GERHARD PETER MAAHS; RICARDO KALAF-MUSSI; JINGU LEE; RAFAEL VIANA DOS SANTOS COUTINHO; PAULA MARQUES PRATES BEHRENS; MARCELO CYPEL. LATNER THORACIC SURGERY RESEARCH LABORATORIES, TORONTO, CANADÁ.

**Objetivo:** PPEV é um método utilizado para melhorar a qualidade de pulmões inicialmente não-aceitos para transplante, os quais são danificados pelo processo de isquemia-reperusão. Novas terapias, como aplicação de gases como o H2 e CO no sistema de PPEV, estão sendo testadas para reduzir ainda mais o dano causado por esse processo. O presente estudo busca melhor entender o impacto dessas terapias nos leucócitos presentes no sistema. **Método:** Foram utilizados pulmões de porcos retirados do doador 18 horas (preservação por isquemia hipotérmica) antes do início da perfusão normotérmica da PPEV, a qual foi feita por 6 horas. Nos grupos de tratamento, os gases foram aplicados por via inalatória, com uso de ventilador mecânico. O grupo controle (n=4) foi tratado somente com EVLP. No grupo CO (n=5), CO foi aplicado durante 1 hora, a partir de 20 minutos de perfusão, numa dose de 500ppm. No grupo H2 (n=5), H2 foi aplicado a partir de 20 minutos até o fim da perfusão numa dose de 2%. Amostras do líquido do perfusato foram colhidas com 15min, 30min, 45min, 1h, 2h, 3h, 4h, 5h e 6h de perfusão para contagem do número de leucócitos. Mieloperoxidase (MPO) foi dosada por Imunoensaio Ligado à Enzima (ELISA) com 2h, 4h e 6h de perfusão. **Resultados:** Não houve diferença no número de leucócitos comparando-se os grupos H2 e CO com o grupo controle, inclusive quando considerados os pontos de tempo individuais. Entretanto, o nível de MPO foi significativamente menor nos grupos H2 (p=0.005) e CO (p=0.02), quando comparados ao grupo controle. Considerando-se pontos de tempo individuais, o nível de MPO foi significativamente menor (p<0.001) com 6 horas de perfusão no grupo H2, quando comparado com o grupo controle. Os demais pontos não apresentaram diferença estatisticamente significativa, comparando-se os grupos H2 e CO com controle. **Conclusões:** A aplicação de H2 e CO pelo sistema de ventilação durante o PPEV reduz a ativação de células leucocitárias, sem alterar as contagens das mesmas. Considerando que ativação leucocitária tem um papel importante no mecanismo de injúria e reperusão, esse tratamento pode ter um impacto importante nos resultados após transplante pulmonar.

#### ÁREA DE CONHECIMENTO - VIA AÉREA (LARINGE, TRAQUEIA E BRÔNQUIOS)

##### TE005 REGENERAÇÃO TECIDUAL NA TRAQUEIA APÓS O IMPLANTE DE MEMBRANA AMNÍOTICA

LIANNA FERRARI JORGE1; LUIZ CÉSAR GUARITA-SOUZA1; NICOLLE AMBONI SCHIOT1; BRUNA OLANDOSKI ERBANO2; BÁRBARA EVELIN GONÇALVES BARBOZA1

1. PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 2. PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL

**Objetivo:** O substituto ideal traqueal é desconhecido. A Membrana Amniótica humana (MA) tem sido implementada em vários campos médicos. Formulamos a hipótese de que ela pode ser benéfica para defeitos traqueais. O objetivo deste estudo é analisar a capacidade do tecido traqueal de regenerar-se após a implantação da MA em coelhos submetidos a traqueostomia. **Métodos:** Vinte coelhos foram randomizados em dois grupos: grupo controle, que foi submetido a traqueostomia; Grupo MA, que foi submetido a traqueostomia e a implantação da MA no local do defeito. Após 60 dias, foi realizada uma análise histológica com hematoxilina-eosina (HE) e a coloração Movat. E, uma

análise imuno-histoquímica com anticorpos anti-aggregan do local do defeito. **Resultados:** A análise microscópica do grupo MA mostrou ilhas de cartilagem imatura, tecido pseudoestratificado ciliado epitelial, tecido conjuntivo e neovascularização no local do defeito traqueal. A análise imuno-histoquímica do grupo AM também mostrou ilhas de cartilagem imatura, tecido com padrão de hialina e epitélio pseudoestratificado ciliado e tecido conjuntivo, sem tecidos de cartilagem imatura e neovascularização. **Conclusões:** A

Membrana amniótica humana, quando usada como uma ponte em um defeito traqueal, mostra evidências de regeneração tecidual com evidência histológica de tecido de cartilagem imatura e vasos sanguíneos no local da implantação de MA. Estes achados dão base à hipótese de que ela (MA) pode ser uma nova e promissora opção para regeneração de tecidos dos defeitos traqueais. **Palavras-chave:** Membrana amniótica; enxertos; lesões traqueais; regeneração de tecidos, neovascularização.

## Pôsteres

### CIRURGIA TORÁCICA PEDIÁTRICA

#### **P0001** DERMÓIDE - RELATO DE CASO

LUCY ANNE LOPES MELO; HUMBERTO ALVES DE OLIVEIRA; JOAQUIM EUCLIDES MELO ARAÚJO; RAFAEL VILELA SILVA; ANTONIO CLAUDIO DIAS AMARAL; RAFAEL MARQUES RIBEIRO PESSOA

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

**Objetivo:** Neoplasias malignas primárias de traquéia em crianças são raras. Dentre elas, os tumores mucoepidermóides representam menos de 0,2% de todos os tumores pulmonares e originam-se de glândulas serosas e mucosas da via aérea ou de glândula salivar. Geralmente, esses tumores produzem sintomas de obstrução da via aérea superior como tosse, dispnéia, sibilância, raramente atelectasia ou hemoptise. Ressecção completa do tumor com reconstrução é o tratamento de escolha. Carinectomia é infrequente em qualquer serviço de Cirurgia Torácica, com peculiaridades quanto ao manejo anestésico, pré-operatório e cuidados de UTI. Apresentamos um caso de carinectomia em criança de 6 anos em uso de ventilação mecânica. **Método:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e dos procedimentos cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido, bem como revisão da literatura.

**Resultados:** Feminino, 6 anos de idade, admitida na pediatria do Hospital de Base do Distrito Federal, com história de tosse produtiva, febre e desconforto respiratório há dois dias. Ao exame físico, apresentava murmúrio reduzido à esquerda, além de crepitos e sibilos difusos, FC 130 bpm e Sat O2 88%. Foi dado diagnóstico de pneumonia e broncoespasmo. Após 45 dias do tratamento, a paciente retornou com piora do quadro respiratório e radiografia de tórax evidenciando infiltrado à direita, peri-hilar, associado à piora clínica, taquipnéia, taquicardia e dessaturação. Tomografia de tórax com extensa atelectasia do lobo inferior esquerdo e parte do superior, desvio ipsilateral do mediastino. Material com densidade de partes moles obliterando a luz traqueal com afilamento da origem do BPE, quando foi aventada a hipótese de aspiração de corpo estranho. Submetida a broncoscopia rígida com visualização de lesão esbranquiçada próximo à carina, obstruindo 95% da luz, realizado biópsia. Na ocasião, a paciente apresentou sangramento profuso, desnaturação e PCR com rápida resposta às manobras de reanimação. Encaminhada à UTI pediátrica em ventilação mecânica, grave em uso de dobutamina. Apresentou episódios de dessaturação por obstrução da via aérea devido a pequenas mobilizações no leito. Após avaliação da equipe de Cirurgia Torácica foi indicado ressecção cirúrgica em regime de urgência após período mínimo de antibioticoterapia. Realizado esternotomia total com acesso transpericárdico, dissecação e reparo da VCS

e aorta, carinectomia com ressecção da lesão traqueal até 1cm do BPE. Nesse momento, inserimos dois tubos para ventilação mecânica independente. Foi utilizado patch de pericárdio interposto entre vasos e a anastomose. O laudo histopatológico da lesão foi carcinoma mucoepidermóide de traquéia. A paciente apresentou melhora gradativa com exames de controle sem evidência de estenose ou recidiva da lesão até 18 meses de pós-operatório. **Conclusões:** Tumores mucoepidermóides de traquéia são raros e pneumonia obstrutiva é frequente nesses casos. Ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha e pode ser realizada em caráter de urgência com resultados satisfatórios em centros de referência.

#### **P0002** CIRURGIA TORÁCICA MINIMAMENTE INVASIVA EM CRIANÇAS

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JOSE ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO LEAO; ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; CAIO SANTOS HOLANDA

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

**Introdução:** A Toracotomia póstero-lateral é realizada com frequência e continua sendo muito dolorida. Tanto a abertura do intercosto como seu fechamento são etapas importantíssimas que podem interferir na dor pós-operatória. Quanto mais dor o paciente sentir, mais propenso a complicações ele estará no durante sua internação. As cirurgias torácicas em crianças tem limitação da intubação seletiva. Assim, o uso da videotoracoscopia é restrito, assim como os grameadores. Uma alternativa para ventilação monopulmonar é a utilização de bloqueadores endobronquiais. Além disso, a avaliação e manejo da dor pós-operatória em crianças requer capacitação e treinamento dos profissionais de saúde. O controle adequado da dor diminui a morbidade. Acredita-se que a maior parte da dor ocorra por trauma do nervo intercostal. Não há relatos na literatura consultada sobre toracotomia com preservação de nervo intercostal em crianças associada a drenagem pela mesma toracotomia. **Objetivo:** Avaliar a a toracotomia com preservação de nervo intercostal e drenagem pela mesma intercostotomia. **Método:** Foram avaliados 15 crianças candidatos a toracotomia eletiva. Todas as toracotomias foram poupadoras de músculo com preservação do nervo intercostal, na abertura e no fechamento. O dreno foi colocado por contra-abertura na pele mas pela mesma intercostomia da toracotomia. Avaliamos o tempo de cirurgia, tempo de internação, tempo de drenagem, escala de dor, quantidade de analgésico utilizada e complicações. Critérios de exclusão: - os pacientes que apresentaram história de dor crônica; - uso crônico de analgésicos ou sedativos / ansiolíticos; - doenças psiquiátricas; - Quimioterapia ou radioterapia previa; - Re-operação; - Operações de urgência/emergência; - Doenças com invasão pleural ou de parede torácica; - Toracectomia ou pleurectomia. O comitê de ética da UNIFESP aprovou este estudo em 2014, CAAE:

32193614. 6. 0000. 5505. **Resultado:** Foram incluídos no estudo 15 pacientes com idade média de  $5,92 \pm 3,1$  anos (1,6 a 13 anos), prevaleceu gênero feminino com 63,6%. Foram realizadas 15 lobectomias e 3 segmentectomias para tratamento três pacientes com sequestro, e seis pacientes com malformação adenomatóide cística e seis pacientes com bronquiectasia. Abaixo os dados na tabela.

**Tabela 1** – dados peri-operatórios.

	(Média e desvio padrão)
Tempo de Cirurgia (min)	166,0 $\pm$ 42,4
Tempo de drenagem (dias)	2,5 $\pm$ 0,7
Débito do dreno (mL)	270,5 $\pm$ 166,7
Hemorragia intra-operatória (mL)	45,5 $\pm$ 35,9
Uso de Peridural com cateter	72,7%
Quantidade da solução peridural usada (mL)	27,7 $\pm$ 16,9
Quantidade de Analgésico	
Tramadol (mg)	118,5 $\pm$ 154,4
Dipirona (g)	8,4 $\pm$ 4,8
Tempo de internação (dias)	4,9 $\pm$ 2,6
Complicações	20,0%
Uso de analgésico apos alta hospitalar	6% (1 paciente)

Não tivemos óbitos e as complicações ocorreram em três pacientes, com Pneumonia, atelectasia e re-drenagem por pneumotórax. Somente uma paciente manteve uso de analgésico (dipirona) apos alta hospitalar. **Conclusão:** Nesta avaliação inicial, concluímos que a técnica de preservação intercostal associada a colocação do dreno pela toracotomia mostrou-se uma técnica exequível em crianças, sem prolongar o tempo operatório ou aumento de morbidade.

### **PO003** EXPANSÃO TORÁCICA LATERAL PARA DISTROFIA TORÁCICA ASFIXIANTE. RELATO DE 8 CASOS

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; JULIO DE OLIVEIRA ESPINEL; JOSÉ CARLOS FELICETTI; LUCAS ELIAS LISE SIMONETTI; IGOR PIRES DRACHLER; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

**Introdução:** A distrofia torácica asfixiante é caracterizada por caixa torácica pequena, estreita e alongada, com desenvolvimento anormal das costelas que resulta em hipoplasia pulmonar. Ela está descrita na Síndrome de Jeune e Síndrome de Ellis-van Creveld. Quando sintomática desde o nascimento, resulta em hipoxemia grave e necessidade de ventilação mecânica. Quando em sua forma leve, pode resultar em pneumonias de repetição e disfunção respiratória progressiva. **Objetivo:** Descrever a experiência e os desafios para o tratamento de uma alteração rara do desenvolvimento da parede torácica em um serviço de Cirurgia Torácica infantil.

**Método:** Foram revisados os prontuários de 8 pacientes com distrofia torácica asfixiante que foram submetidos à expansão torácica lateral no Hospital da Criança Santo Antônio. Esse procedimento foi realizado através de uma toracotomia vertical, onde eram seccionadas de maneira alternada e em diferentes extensões os arcos costais do 4o ao 9o e depois aproximadas às extremidades mais longas com uso de placas de titânio, permitindo assim um aumento da caixa torácica. Esses procedimentos foram realizados bilateralmente e em diferentes intervalos de tempo em todos os pacientes com

exceção de um paciente onde somente foi realizado este procedimento em um lado. **Resultados:** Sete pacientes eram do sexo masculino e foram submetidos à expansão torácica lateral em intervalos de tempo médio de 90 (60-120d) dias, compreendendo um total de 11 procedimentos. Cinco pacientes foram submetidos a outros procedimentos associados em tempos distintos, como expansão do osso esterno e retirada de cartilagens costais (n=1). Retirada de cartilagens costais (n=3) com secção de pericôndrio proporcionado uma extensão torácica anterior. Uso de barras de Stratos® (n=3). As idades dos pacientes na primeira cirurgia foram de 7 dias (n=2), 4 meses (n=1), 6 meses (n=2), acima de 1 ano (n=2) e 10 meses em outro caso (tratado inicialmente em outro serviço com secção do esterno e colocação de placas para expansão desse osso). Cinco pacientes sintomáticos antes de 1 ano de vida, foram traqueostomizados e permaneceram em ventilação mecânica por período prolongado (média de 6 meses). Destes, dois pacientes foram a óbito, enquanto outros 3 ainda se encontram em assistência ventilatória. Dois pacientes cujo tratamento foi realizado após o primeiro ano, apresentam-se assintomáticos do ponto de vista respiratório. Enquanto outro paciente de 3 anos submetido a este tipo de cirurgia foi a óbito por septicemia no pós-operatório imediato. **Conclusão:** Os pacientes com distrofia torácica asfixiante, quando sintomáticos logo após o nascimento ou com sintomas progressivos nos primeiros meses de vida, mesmo tratados com expansão torácica lateral apresentaram um pior prognóstico em comparação àqueles pacientes tratado mais tardiamente. A expansão torácica lateral é um procedimento factível e deve ser considerado para o tratamento de distrofia torácica asfixiante em qualquer idade. No entanto, outros procedimentos adicionais devem ser considerados com vistas ao aumento da caixa torácica nestes pacientes.

### **PO004** RESSECÇÕES DE TUMORES DE PAREDE TORÁCICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE<sup>1</sup>; JULIO DE OLIVEIRA ESPINEL<sup>2</sup>; JOSÉ CARLOS FELICETTI<sup>2</sup>; LUCAS ELIAS LISE SIMONETTI<sup>2</sup>; IGOR PIRES DRACHLER<sup>2</sup>; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ<sup>2</sup>

1. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** Os tumores primários da parede torácica são relativamente incomuns em crianças, sendo a maioria deles malignos. No entanto o envolvimento secundário da parede do tórax é mais freqüente e também pode resultar em ressecções extensas da caixa torácica. **Objetivo:** Apresentar a experiência recente do serviço de cirurgia torácica pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio no manejo de pacientes pediátricos que foram submetidos à ressecção de tumores primários e também com envolvimento secundário da parede torácica.

**Métodos:** Foram analisados os dados clínicos de 26 pacientes submetidos a 27 ressecções de tumores de parede torácica no período de janeiro 2005 a dezembro de 2014. Foram coletadas informações referentes à localização e diagnóstico etiológico, extensão da ressecção da parede torácica e sobrevida.

**Resultados:** quatorze pacientes eram do sexo masculino (53,8%). A média de idade dos pacientes operados foi de 8,13 anos, variando de 8 meses a 17 anos de idade. Quanto a localização, a maioria dos tumores (52,4%) encontrava-se na parede anterior do tórax. Dos 27 tumores ressecados, vinte e quatro foram primários: cinco casos de hemangioma (dois cavernosos, um intramuscular, um capilar e um lobular), três linfangiomas, dois tumores desmóide, dois Sarcomas

de Ewing, dois neurofibromas, dois rhabdomyosarcomas, um sarcoma histiocítico, um sarcoma maligno de bainha de nervos periféricos, um sarcoma sinovial, um osteocondroma, um osteossarcoma, um endocondroma, um lipoma intramuscular e uma neoplasia pulmonar indiferenciada de pequenas células. Três pacientes apresentaram comprometimento secundário da parede torácica devido a metástase de rhabdomyosarcoma, envolvimento direto da parede torácica por neuroblastoma e ganglioneuroblastoma. Uma paciente foi operada no mesmo tempo para cirúrgico para linfangioma em parede inferior à direita e um hemangioma cavernoso em parede inferior à esquerda. Não houve qualquer morte no período pós-operatório. **Conclusões:** Nesta série, a grande maioria das lesões tumorais da parede torácica foram de etiologia primária, diferente do que observado na literatura. Este tipo de cirurgia mostrou-se seguro e com mínimos riscos, mesmo em pacientes submetidos a ressecções extensas de envolvimento primário ou secundário da parede torácica.

#### **P0005** SEPARAÇÃO DE GÊMEOS XIFÓPAGOS - UMA SUCESSÃO DE COMPLEXAS, DIFÍCEIS E ANGUSTIANTES DECISÕES

ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; THIAGO GANGI BACHICHI; CAIO SANTOS HOLANDA; JOSE ERNESTO SUCCI; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Gêmeos conjugados são extremamente raros e o prognóstico varia de acordo com o grau de comunicação de órgãos e estruturas vasculares. A incidência mundial é de 1 a cada 200000 nascidos vivos com uma razão masculino/feminino de 3: 1. Toracoconfalópagos são o tipo mais comum, representando 70% dos casos. Estes pacientes tem 70% de mortalidade nos primeiros 3 meses de vida, e a separação precoce está associada ao aumento da mortalidade. A separação é recomendada após os 3 meses, com nutrição otimizada, uso de dermoexpansores e planejamento pré-operatório multidisciplinar. **Relato de Caso:** Relatamos aqui um caso de gêmeas xifópagas, de 11 dias de vida, encaminhadas para avaliação no Hospital São Paulo após parto em outro serviço. Não foi feito o diagnóstico antenatal da malformação, apesar do acompanhamento pré-natal ter sido realizado de forma correta. Nasceram a termo, em parto cesáreo, com peso combinado de 5 kg. Pelos exames de imagem, notamos fígado único, mas com dois hilos e duas vias biliares separadas. Após ecocardiograma persistiu a dúvida se havia fusão cardíaca e o grau de fusão. Pela condição crítica da gemelar número 2, devido a uma síndrome obstrutiva de via de saída do coração direito, optou-se pela separação para não colocar ambas em risco. Foi possível separar a parede torácica e o fígado, e não havia fusão cardíaca, apenas pericárdio único e ventrículos justapostos. O grande desafio foi separar a pele para fechar a parede toraco-abdominal de cada uma das gêmeas. O fechamento foi possível graças ao uso de uma matriz colágena biodegradável e da estabilização da parede com barras metálicas transversais. A gemelar número 2 foi a óbito 11 horas após a cirurgia por complicações cardíacas, e a gemelar número 1 está saudável, em seguimento ambulatorial. **Discussão:** Muitos casos de separação de gêmeas xifópagas são relatados, mas não há relato de outro caso onde foram usadas órteses metálicas para fixação da parede torácica. Com o auxílio da matriz colágena, essa foi uma boa solução para uma boa estabilização, ainda que temporária. A fusão pulmonar nesses casos é rara, não representando uma dificuldade descrita. Assim, o cirurgião torácico tem um papel fundamental dentro

da equipe multidisciplinar nesses casos, principalmente para a reconstrução da parede torácica.

#### **P0006** TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS METASTASES PULMONARES EM CRIANÇAS

ANA CRISTINA DOS SANTOS SABRITO; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI; IGOR PIRES DRACHLER; GUSTAVO DIEHL ZIEMINIZAK; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE

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

**Introdução:** A ressecção de metástases pulmonares de tumores sólidos pediátricos vem se mostrando como um tratamento seguro e potencialmente curativo, com baixa morbidade, o que justifica uma abordagem agressiva para a ressecção cirúrgica em combinação com quimioterapia. **Objetivos:** Descrever o perfil e avaliar os resultados de pacientes com idade inferior a 18 anos que foram submetidos a ressecções de metástases pulmonares no período de janeiro de 2005 a setembro de 2014 no Serviço de Cirurgia Torácica Pediátrica do Hospital Santo Antônio, em Porto Alegre -RS. **Métodos:** Foram revisados os prontuários de 238 pacientes submetidos a ressecções pulmonares no Hospital da Criança Santo Antônio e selecionados 19 pacientes, que apresentaram o diagnóstico de tumor primário completamente erradicado e sem qualquer recorrência local, sem evidência de doença metastática extrapulmonar e com todas as metástases pulmonares ressecáveis com baixo risco operatório e reserva pulmonar suficiente para resistir à ressecção completa, independentemente do volume ou da localização da doença pulmonar. Foram imediatamente excluídos da análise os pacientes submetidos à metastasectomia pulmonar em outra unidade de saúde, com seus prontuários com informações incompletas e/ou com nódulos ressecados que se revelaram benignos à histologia. Os pacientes foram avaliados quanto à etiologia, número de nódulos ressecados, complicações pós-operatórias imediatas (até 30 dias após a cirurgia) e tardias (tempo > 30 dias), tempo de acompanhamento pós-ressecção. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 8,50 anos, sendo 62,5% pacientes do sexo feminino. As principais patologias foram: osteossarcoma 31,6% (n=6), Tumor de Wilms 15,8% (n=3) e outras neoplasias 42,1% (n=8). Foram ressecados em média 2 nódulos por procedimento. Apenas três pacientes 15,7% foram submetidos a mais de uma ressecção neste período. Complicações pós-operatórias foram observadas em 36,5% dos pacientes, consistindo em dor (n=6) e pneumotórax (n=1), exclusivamente. Desses pacientes, apenas um apresentou associação das duas complicações. Houve um óbito pós-operatório relacionado à síndrome da angústia respiratória. Como complicações tardias, tivemos seis óbitos registrados em um intervalo maior que 30 dias do procedimento de ressecção de metástase pulmonar, com média de tempo de acompanhamento dos pacientes igual a 213 dias. **Conclusão:** As ressecções de metástases pulmonares realizadas em pacientes pediátricos são procedimentos seguros, com baixa morbidade e mortalidade no período pós-operatório imediato, devendo ser usadas como importante ferramenta no tratamento oncológico para tumores sólidos pediátricos.

#### **P0007** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MASSAS MEDIASINIAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE<sup>1</sup>; JULIO DE OLIVEIRA ESPINEL<sup>2</sup>; JOSÉ CARLOS FELICETTI<sup>3</sup>; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI<sup>4</sup>; GUSTAVO DIEHL ZIEMINIZAK<sup>5</sup>; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ<sup>2</sup>

1. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO E HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** As massas mediastinais em crianças compreendem um grupo heterogêneo de lesões que apresentam origem embrionária distinta. Elas podem apresentar-se desde cistos benignos até lesões sólidas que normalmente são malignas.

**Objetivo:** Apresentar a experiência recente do serviço de cirurgia torácica pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio no manejo de pacientes pediátricos que foram diagnosticados e submetidos à ressecção de massas mediastinais

**Métodos:** Foram analisados os dados clínicos de 48 pacientes submetidos a ressecções de massas mediastinais no período de janeiro de 2005 a Dezembro de 2014. Foram coletadas informações referentes a dados epidemiológicos, localização, diagnóstico etiológico e classificação dos lesões mediastinais.

**Resultados:** Vinte e seis pacientes eram do sexo masculino (54,1%), sendo que vinte e seis pacientes (54,1%) foram operados com menos de quatro anos de idade. A média de idade dos pacientes foi de 4,23 anos. Quanto à sua localização, vinte e seis (54,15%) massas encontravam-se no mediastino posterior, quinze (31,25%) no mediastino anterossuperior e sete (14,6%) no mediastino médio. O diagnóstico foi realizado na maioria das vezes pelo achado casual ao raio-x simples de tórax. O tipo histológico mais comum foram os tumores de bainha nervosa (n=18), seguido pelos cistos broncogênicos (n=7), teratoma (n=7), cistos de duplicação entérica (n=5), lesões tímicas (um tímoma e dois cistos tímicos), cistos mesoteliais (n=3), um hibernoma, um angioma cavernoso, um lipoblastoma, um linfangioma cístico e um rabdomiossarcoma. Entre os 18 casos de tumores de bainha nervosa, onze eram benignos (7 ganglioneuromas, 3 neurofibromas e 1 Schwannoma) e sete malignos (três neuroblastomas e quatro ganglioneuroblastomas). Não houve nenhum óbito nesta série. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico das lesões mediastinais é seguro, mesmo em pacientes jovens e menores de 4 anos. Há uma predominância por tumores de origem de bainha nervosa sendo a maioria deles benignos.

## DIAFRAGMA

### **P0008** APRESENTAÇÃO DE UM NOVO ELETRODO INTRAMUSCULAR PARA MARCA-PASSO DIAFRAGMÁTICO

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; RODRIGO GUELLNER GHEDINI; ARTUR DE OLIVEIRA PALUDO; RODRIGO MARIANO; ÉVERTON FRANCO SILVA; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Objetivo:** A utilização de eletrodos intramusculares é uma alternativa para a aplicação da corrente elétrica diretamente no músculo, podendo restaurar a capacidade ventilatória em pacientes selecionados. O presente estudo refere-se à criação e desenvolvimento de inovação de um dispositivo de aplicação médica, para ser implantado diretamente no músculo diafragma, constituído de um eletrodo intramuscular e a ferramenta específica para sua implantação. Tem como finalidade específica conectar o tecido muscular ao equipamento gerador de corrente elétrica. **Métodos:** Foi desenvolvido um eletrodo para implante cirúrgico composto por uma porção distal terminal feita de material metálico condutor biocompatível, com formato de espiral com diâmetro variando entre 6-9mm, com a extremidade mais distal afilada para permitir a fácil

penetração no músculo. O corpo isolante tem a forma circular em material não condutível e biocompatível, com um cabo condutor recoberto por arame metálico e capa isolante, que conecta a porção distal (eletrodo) com a porção proximal (pino de conexão) para ser conectado a um gerador de correntes. Para a implantação do eletrodo foi desenvolvida uma ferramenta em forma de tubo em material rígido, não condutor, permitindo guiar o eletrodo durante o procedimento cirúrgico, para a exploração e a localização do ponto motor do músculo. Os eletrodos foram implantados diretamente no diafragma em 24 suínos através de técnica de videolaparoscopia e mantidos em laboratório experimental para a observação. Para confirmar a localização dos pontos motores foi utilizado um sistema de aquisição de sinal eletroneuromiográfico. Após 15 dias, foi aplicada uma corrente elétrica no diafragma com intensidade suficiente para manter uma ventilação pulmonar e uma troca gasosa adequada por um período de 3 horas. Foram coletadas gasometrias arteriais em três momentos durante o experimento: início, 1 hora e 3 horas. Após este período de observação os animais foram sacrificados para a avaliação da integridade e estabilidade mecânica do eletrodo.

**Resultados:** Não houve complicações na implantação dos eletrodos durante o procedimento cirúrgico. Foi possível identificar os pontos motores das hemicúpulas do diafragma e realizar a implantação definitiva do eletrodo de forma ágil e segura. Tempo cirúrgico médio foi de 50 minutos (45-90 min). Ao final das 3 horas de eletroventilação em média foi observado nas gasometrias arteriais um PH 7,48, Pco2 44mmHg, Tco2 32,75mmHg e uma Po2 121,2mmHg em ar ambiente. A eletroneuromiografia foi capaz de confirmar o posicionamento correto dos eletrodos nos pontos motores dos diafragmas de todos os animais. O desenho do eletrodo proporcionou uma adequada estabilidade mecânica com o tecido muscular, sem apresentar solturas ou perda de contato.

**Conclusão:** Este eletrodo implantado através de videolaparoscopia mostrou-se eficaz para estimulação diafragmática em suínos, possibilitando uma contração muscular efetiva e ventilação adequada de todos os animais. Este modelo de eletrodo para a estimulação direta do diafragma foi registrado no Instituto Nacional de propriedade intelectual (INPI) em 01/10/2014 sob o número BR 2020140245214.

### **P0009** HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO

DANIEL BONOMI; ANDREY BARBOSA PIMENTA; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA; ERLON DE AVILA CARVALHO; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES

INSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Introdução:** A Hérnia diafragmática Congênita descrita pela primeira vez em 1948 por Bochadalek é caracterizada por um defeito na porção póstero-lateral(muscular) do diafragma. É uma patologia rara e geralmente se manifesta em recém nascidos ou crianças na primeira infância, evoluindo geralmente com síndrome do desconforto respiratório. Em adultos cerca de ¼ a metades dos casos são descobertos acidentalmente ou apresentam sintomas não específicos relacionados ao trato digestivo( dor abdominal,vômitos, disfagia) e sintomas respiratórios ( dor torácica e dispnéia). Tem incidência estimada em 1 para cada 2000- 5000 nascidos vivos. O lado esquerdo é o mais afetado (70-80%) dos casos embora em adultos o lado direito ocorra mais frequentemente. **Objetivo:** Relatar caso com manifestação clínica curiosa e discutir dificuldades diagnósticas e terapêuticas. Paciente JMS, 57anos, natural de Belo Horizonte procurou assistência médica com queixa de dor abdominal mais dispnéia de intensidade progressiva há 6

meses. Nega história de trauma. No exame clínico, paciente em bom estado geral, eupneico ao repouso, hemodinamicamente estável, MV diminuído terço médio e inferior de HTE. RX de Tórax com imagem de elevação da hem cúpula diafragmática esquerda com níveis hidroaéreos no terço inferior esquerdo. TC de Tórax apresentando várias imagens sugestivas de alças intestinais ocupando quase todo HTE, colapso pulmonar ipsilateral e discreto deslocamento mediastina I direito característico de Hérnia Diafragmática Esquerda .  
**Resultados:** Videotoroscopia Esquerda com identificação omento maior e alças de intestino delgado sem sinais de estrangulamento e/ou isquemia e hipoplasia pulmonar. Ausência de aderências pleurais. Múltiplas tentativas de redução do saco herniário para cavidade abdominal sem sucesso. Feito conversão para cirurgia aberta com complementação da redução e refixação do defeito diafragmático esquerdo. Apesar dos achados pleuroscópicos favorecerem ao solução via endoscópica o volumoso conteúdo herniado impedia a solução via pleuroscopia. **Conclusão:** Devido a raridade do caso descrito, existem um pequeno número de casos descritos por intervenção de Toracosopia tornando este procedimento como abordagem inicial neste tipo de patologia

#### **PO010** HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA SIMULANDO QUADRO DE EMPIEMA PLEURAL: RELATO DE CASO.

CAMILA DE ALMEIDA BRAGA; GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; LARISSA PAIVA FRANCO; ANDRESSA MIRANDA MAGALHAES; HUGO WEYSFIELD MENDES; LUIZ FLÁVIO QUINTA JÚNIOR

ITPAC-ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar quadro de hérnia diafragmática traumática, enfatizando a dificuldade diagnóstica do quadro, evolução e tratamento definitivo. **Métodos:** Trabalho retrospectivo e descritivo baseado na análise do prontuário do paciente atendido em novembro de 2014 no Hospital Regional de Araguaína. **Relato de caso:** Masculino, 27 anos, apresentando quadro de tosse produtiva com expectoração amarelada. Sem queixas gastrointestinais, alimentando-se normalmente. Durante anamnese revela fratura de fêmur direito e úmero esquerdo há 3 meses por capotamento. Solicitado tomografia (TC) de tórax, que apresentou ao laudo hidropneumotórax à esquerda, associado a atelectasia de lobo inferior esquerdo, desvio contralateral do mediastino e espessamento pleural. Feita avaliação pela cirurgia torácica, a qual decidiu por uma drenagem torácica fechada, que não acarretou em melhora clínica ou radiológica. Em radiografia pós drenagem, apresentava hidropneumotórax com atelectasia a esquerda e desvio contralateral do mediastino. Optou-se por uma videodecorticação, após suspeita de empiema pleural, a qual foi convertida à toracotomia aberta após identificação do estômago no espaço pleural. Feito correção da hérnia, paciente apresentou evolução sem intercorrências, recebendo alta no 4º dia de pós operatório. **Discussão:** A lesão diafragmática é relativamente rara, estando presente em 5% dos traumas contusos. Seu diagnóstico é dificultado pela pouca sintomatologia, e no caso descrito, foi dificultado por não ter ocorrido um trauma penetrante em transição toracoabdominal, mecanismo mais frequente envolvido nas lesões diafragmáticas. Exames de imagem são pouco sensíveis quando realizados precocemente, apesar disto a literatura define a TC de tórax axial como o melhor. Neste caso, a mesma foi realizada, contudo não apresentou-se efetiva para o diagnóstico. O quadro foi definido após videotoroscopia inicial para realizar decorticação, exame que a literatura prega como ideal para suspeita de lesão diafragmática.

Por fim, a correção é baseada na redução do saco herniário com frenorrafia, que apresentou-se efetiva no caso descrito. **Conclusão:** A dificuldade diagnóstica da lesão diafragmática é conhecida pela literatura, principalmente em traumas contusos, com apenas 10% das hérnias identificadas precocemente. A hérnia é mais comum à esquerda, como aconteceu neste caso, contudo as manifestações foram escassas e imagens inconclusivas, o que retardou o reconhecimento da lesão. As lesões diafragmáticas tendem a complicar com infecções respiratórias precocemente ou herniações mais tardiamente, o que ocorreu no caso relatado. Apesar de já haverem estudos que falam a favor da cicatrização sem herniorrafia, ainda é pregado que esta seja realizada. Sendo assim, quando existe herniação, o tratamento passa a ser cirúrgico com redução e herniorrafia sempre. O meio de abordagem pode ser via laparotomia ou toracotomia, sendo preferido o segundo em decorrência de já estar em realização da videotoroscopia.

#### **PO011** RELATO DE CASO: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA

IVAIR XIMENES LOPES JUNIOR<sup>1</sup>; CARLOS HENRIQUE ARRUDA SALLES<sup>1</sup>; PAULO HENRIQUE ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; LUIS EDUARDO MENDONÇA TENÓRIO<sup>2</sup>; LARISSA LARA GALVÃO DE MORAIS<sup>2</sup>; ALEXANDRE FIGUEIREDO ZOBIOLE<sup>1</sup>

1. UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL; 2. UNIC, CUIABÁ, MT, BRASIL. LOPES JUNIOR, I. X. 1.; SALLES, C. H. A. 1.; OLIVEIRA, P. H. A. 1.; TENÓRIO, L. E. 2 M.; MORAIS, L. L. G. 2.; ZOBIOLE, A. F. 1

1. UFMT, CUIABA - MT - BRASIL; 2. UNIC, CUIABÁ - MT - BRASIL

**Objetivo:** A hérnia diafragmática traumática pode resultar de um trauma penetrante ou contuso, no primeiro caso, a lesão é direta e no segundo o mecanismo é a rápida elevação da pressão intra-abdominal que resulta em ruptura diafragmática. Os ferimentos do diafragma não são frequentes, acometendo cerca de 7% dos traumas fechados, porém nas lesões penetrantes este número aumenta e quando localizam-se região de transição toracoabdominal, até 40% dos casos podem cursar com lesão do diafragma. As lesões penetrantes apresentam a maioria dos casos com até 90%. Estas lesões representam um desafio diagnóstico à primeira abordagem pois, em boa parte dos casos logo após o trauma o paciente está estável. **Método:** Apresentado um relato de caso de hérnia diafragmática traumática, atendida e corrigida no Pronto Socorro Municipal de Cuiabá. **Resultados:** Paciente feminina, 32 anos, com história de lesão toracoabdominal há 5 anos, tratada com drenagem de tórax. Deu entrada na unidade de pronto-socorro com quadro de dor abdominal com evolução de 10 dias, associado a desidratação, taquicardia e distensão abdominal. Submetido a tomografia de abdome, diagnosticando a hérnia e indicando a correção cirúrgica. Realizada laparotomia, fechamento da lesão diafragmática e correção da hérnia. **Conclusão:** O tratamento é eminentemente cirúrgico, e para isso o diagnóstico precoce é fundamental visto que a mortalidade aumenta de 3% para 25% nos casos de diagnóstico tardio, o diagnóstico oportuno e o manejo precoce são fundamentais para evitar complicações como a obstrução intestinal, necrose e perfuração, reduzindo assim drasticamente a morbimortalidade associado ao trauma.

## ESÔFAGO

#### **PO012** ANÁLISE RETROSPECTIVA DO TRATAMENTO DE MEGAESÔFAGO PELA TÉCNICA DE THAL HATAFUKU NO HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO DA

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**CAROLINE SILVA DE ANDRADE**; EDUARDO HARUO SAITO; CLÁUDIO HIGA; IVAN MATHIAS FILHO; BERNARDO GIUSEPPE AGOGLIA; FABIO AKIRA HIGA  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.**

**Introdução:** O manejo do megaesôfago não é consenso entre o corpo médico, visto que são inúmeras as opções de tratamento clínico, endoscópico e cirúrgico. Seja a acalásia de origem Chagásica ou Idiopática, a ideologia conservadora em doença benigna se contrapõe ao intuito agressivo numa doença avançada. **Objetivo:** Analisar retrospectivamente os sintomas pós operatórios e submetê-los à Classificação de Visick, visando uma averiguação final objetiva quanto aos resultados desta técnica cirúrgica. **Descrição:** No período entre 1991 e 2013, foram submetidos 16 pacientes a esofagogastroplastia a Thal Hatafuku; destes, 12 foram analisados no estudo. Com uma amostra de pacientes de 23 a 77 anos de idade, o grau de megaesôfago variou de II a IV, onde só foi indicado o procedimento cirúrgico nos casos grau II por perfuração durante dilatação endoscópica. Já nos graduados acima de III, esta técnica foi a de eleição. Por meio de coletânea nos registros hospitalares e contato telefônico, foi possível compilar os dados à Classificação de Visick. **Resultados:** Neste estudo, 58,3% dos pacientes tiveram como causa da acalásia a Doença de Chagas e 41,7% idiopática. Foram evidenciadas complicações pós-operatórias como infecção de ferida, hérnia incisional, úlcera de mucosa, empiema, estenose da roseta e sepse. Ocorreu 1 óbito no pós-operatório por sepse. As principais queixas referidas no seguimento foram disfagia, epigastralgia, pirose, plenitude pós-prandial e refluxo. Aplicada a Classificação de Visick nos 11 casos restantes, 27,2% são grau I, e os graus II e III contemplam 36,4% cada. Não houve casos grau IV. **Conclusão:** Acreditamos que a técnica de Thal Hatafuku foi uma boa opção no tratamento da acalásia, não somente pelos resultados sintomáticos satisfatórios no pós operatório, bem como por poupar o paciente de uma cirurgia de grande porte que é a esofagectomia.

**PO013 AVALIAÇÃO DA MOTILIDADE E PH ESOFÁGICO EM PORTADORES DE ESTENOSSES LARINGO-TRAQUEAIS**

**PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO**<sup>1</sup>; ANGELA MARINHO FALCÃO<sup>2</sup>; HELIO MINAMOTO<sup>1</sup>; MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO<sup>1</sup>; RUBENS SALLUM<sup>2</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>1</sup>

1. DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA-INCOR-HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. DISCIPLINA DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, LABORATÓRIO DE FUNÇÃO ESOFÁGICA (LIFE)-- HCFMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivos:** A estenose laringo-traqueal é um problema complexo que requer múltiplos procedimentos endoscópicos e cirúrgicos para sua correção. Observamos um número crescente de estenoses recidivantes e recidivas pós-cirúrgicas tardias que demandam uma avaliação de fatores coadjuvantes às estenoses que causem impacto em sua evolução pós-tratamento. Dentre estas, o refluxo gastro-esofágico (RGE) pode afetar a cicatrização das lesões laringo-traqueais. Este estudo teve por objetivo analisar a motilidade e pH esofágicos em pacientes portadores de estenoses altas da via aérea central. **Método:** Foram incluídos pacientes adultos acima de 18 anos de idade submetidos a tratamento de estenoses pós-intubação ou idiopática. Foram excluídos os pacientes submetidos a cirurgia anti-refluxo, bem como pacientes que haviam sido esofagectomizados ou gastrostomizados previamente. Os

pacientes foram submetidos a manometria estacionária com sistema perfundido usando um catéter de oito canais conectado à uma bomba pneumohidráulica de baixa complacência (Multiplex II, Alacer Biomedica-Brasil). A avaliação incluiu os esfíncteres esofágico inferior e superior (localização, pressão de repouso e relaxamento) e o corpo esofágico (pressões e perfil motor). A pHmetria de 24 horas foi realizada com catéter de dois canais com eletrodos descartáveis de antimônio conectados à uma unidade portátil (AL-3, Alacer Biomedica-Brasil). **Resultados:** Foram incluídos 80 pacientes (50 masculinos) com idade média de 44 anos. Vinte e nove pacientes (36%) possuíam sintomas típicos de RGE (pirose, regurgitação ácida). A manometria esofágica revelou pressão normal no esfíncter inferior ( $21,3 \pm 9$ mmHg; normal=14-34mmHg) e 24,6% dos pacientes apresentavam hipotonia do esfíncter inferior. A amplitude da peristalse no 1/3 distal do corpo esofágico foi normal (100mmHg), sendo que 10,9% dos casos apresentavam hipomotilidade (pressões inferiores a 30mmHg). A pHmetria foi realizada em 74 pacientes. Nestes, 50% apresentavam exames anormais com um tempo médio de pH<4 no esôfago distal de 5,2% (normal≤4,5%) e um escore de DeMeester de 21,2 (normal≤14,7). Houve predomínio de RGE supino (4,3%; normal≤3,5%). Trinta pacientes (40,5%) apresentaram refluxo supraesofágico (1,2 episódios/paciente). **Conclusões:** No presente estudo de pacientes com estenoses laringo-traqueais submetidos a avaliação funcional esofágica, observou-se a presença de RGE patológico em metade dos casos, com predomínio em decúbito e exposição do esôfago proximal ao ácido. Estes achados ocorreram com baixa incidência de sintomas de RGE.

**PO014 CIRURGIA DE THAL-HATAFUKU – UMA SÉRIE DE CINCO CASOS**

**FERNANDA ALBUQUERQUE DA SILVA**<sup>1</sup>; ARTEIRO QUEIROZ MENEZES<sup>2</sup>; SIDNEY RAIMUNDO DA SILVA CHALUB<sup>2</sup>; CRISTINA TEIXEIRA LEÃO<sup>1</sup>; CARLOS VITOR OSORIO OLIVEIRA<sup>1</sup>; MAYKON DA SILVEIRA DIAS<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar os resultados cirúrgicos alcançados em uma série de pacientes submetidos a técnica cirúrgica de Thal-Hatafuku. **Metodologia:** Estudo observacional, baseado na análise de prontuários de pacientes operados pela técnica de Thal-Hatafuku no período de 2008 a 2014 em um serviço de Cirurgia Torácica. **Resultados:** Cinco pacientes foram submetidos a cirurgia de Thal-Hatafuku, sendo todos do sexo feminino e com média de idade de 45 anos. A indicação cirúrgica para três pacientes (60%) foi a estenose de cárdia após cirurgia para doença do refluxo gastroesofágico e para as outras duas pacientes (40%), a indicação foi acalásia do esôfago. O tempo médio de internação pós-operatória foi de 8 dias. Duas pacientes (40%) apresentaram complicação pós operatória, sendo 1 (20%) deiscência de sutura de parede abdominal e 1 (20%) pneumonia aspirativa. O tempo médio de acompanhamento ambulatorial foi de 30 meses. Nesta série todos os pacientes tiveram resultados cirúrgicos satisfatórios e sem registro de complicações pós-operatórias tardias. **Discussão:** A operação de Thal-Hatafuku é uma alternativa para o tratamento de megaesôfago e consiste na abertura de todas as camadas do esôfago, estendendo-se de 3 a 6 cm acima e 2 a 3 cm abaixo da cárdia, em direção à grande curvatura gástrica. Esta abertura é então fechada com uma prega do fundo gástrico, criada rebatendo a parede anterior do mesmo. Isso cria um esporão que torna agudo o ângulo

entre o estômago e o esôfago o que cria um mecanismo de válvula anti-refluxo gastroesofágico ("roseta"), além de aumentar o diâmetro do lúmen esofágico e servir de reforço. Além desta indicação, a mesma operação pode ser utilizada em casos de estenose pós cirurgia de refluxo com bons resultados, uma vez que o baixo índice de complicações da técnica em questão a torna uma boa alternativa, sem o reaparecimento de estenose na presente série. **Conclusão:** A estenose é uma complicação passível da cirurgia para o refluxo gastroesofágico e seu tratamento pode ser feito como o tratamento para o megaesôfago, pela técnica de Thal-Hatafuku, proporcionando bons resultados.

**P0015 DIVERTÍCULO DE ZENKER: RELATO DE UM CASO ARTEIRO QUEIROZ MENEZES;** ALTAIR RODRIGUES CHAVES; GABRIELA FERREIRA CORREIA; BRUNO CARLOS CASTILHO; FERNANDA ALBUQUERQUE DA SILVA

FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com doença diverticular esofágica submetido a tratamento cirúrgico com sucesso. **Relato do Caso:** Homem, 53 anos, referia que há oito anos iniciou quadro de disfagia para alimentos sólidos com evolução progressiva, associada a regurgitação de alimentos não digeridos e perda ponderal de cerca de 5 Kg em um ano. A endoscopia digestiva alta evidenciou formação sacular com aproximadamente 5 cm de extensão em fundo cego revestida por mucosa de aspecto normal localizada logo abaixo do esfíncter esofágico superior. O esofagograma demonstrou presença de divertículo de Zenker na região do terço superior do esôfago, medindo cerca de 9 cm. O paciente foi submetido à uma cervicotomia esquerda com localização da base sacular e diverticulectomia com uso de grampeador linear associada à miotomia do músculo cricofaríngeo. Iniciou dieta líquida no 1o dia de pós-operatório (DPO) progredindo para dieta sólida no 4o DPO sem queixas disfágicas. Recebeu alta hospitalar no 6o DPO. Exame histopatológico sem achados neoplásicos. Paciente reavaliado até o 90o DPO sem queixas de disfagia ou sinais de estenose. **Discussão:** O divertículo faringoesofágico foi descrito inicialmente em 1764 por Ludlow. Em 1878, Zenker e Ziemssen propuseram que a sua etiologia se dá devido a grande pressão faríngea exercida sobre a parede posterior da hipofaringe, gerando progressivamente uma formação sacular nesta região. A sua incidência aumenta com a idade, sendo predominantemente encontrada em homens com mais de 60 anos. Clinicamente, manifesta-se principalmente por disfagia, regurgitação de alimentos não digeridos, murmúrios no pescoço após alimentação, halitose e emagrecimento. O tratamento do divertículo faringoesofágico é essencialmente cirúrgico. Hoje várias técnicas são discutidas: cricomiectomia isolada, cricomiectomia associada à ressecção ou pexia do divertículo, diverticulectomia isolada, diverticulopexia isolada, ressecção endoscópica com grampeador, laser ou coagulação. Neste relato de caso, optou-se pela realização da diverticulectomia com grampeador linear associada à cricomiectomia com resultado cirúrgico satisfatório observado até 90 dias após a cirurgia e com início precoce da dieta. Consideramos que a técnica utilizada deve levar em conta a experiência local, risco cirúrgico do paciente e o tamanho do divertículo. Idealmente, recomenda-se a diverticulectomia associada à miotomia em pacientes jovens e para idosos de bom estado geral e/ou para divertículos maiores de 3cm. Reserva-se o procedimento endoscópico para os de condição clínica comprometida, de preferência com divertículos maiores de três centímetros. **Conclusão:** A diverticulectomia associada a cricomiectomia para tratamento do divertículo de Zenker

proporcionou um resultado de sucesso para o paciente aqui relatado, encorajando o emprego da técnica para o tratamento de outros pacientes em condições clínicas semelhantes, bem como portadores de divertículos maiores de 7 cm.

**P0016 ESOFAGECTOMIA COM USO DE FLEBOEXTRATOR APÓS GASTRECTOMIA TOTAL POR QUEIMADURA CORROSIVA ESOFAGOGÁSTRICA GRAVE**

HENRIQUE JOSÉ DA MOTA; ANA BEATRIZ RODRIGUES DA MOTA; RODRIGO ALEXANDRE VENÂNCIO VIANA; JOSÉ EUSTÁCIO AQUINO DE MORAIS FILHO; ALYSSON GOMES LUSTOSA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN - UFRN, NATAL, RN, BRASIL.

**Objetivos:** O manejo do esôfago residual após gastrectomia total por necrose nas lesões corrosivas grave é controverso. Relatamos um caso de lesão corrosiva gastrointestinal superior tratado com gastrectomia total e esofagectomia com uso do fleboextrator. A continuidade do esôfago foi restaurada com uso de enxerto ileocólico. **Relato do Caso:** Paciente de 44 anos do sexo feminino foi encaminhada ao serviço 10 dias após ingestão de 200 ml de um forte ácido por tentativa de suicídio; ela se apresentava com episódios recorrentes de hematêmese, disfagia severa e regurgitação que, o que resultava numa completa incapacidade para se alimentar. Foi inicialmente tratada em hospital regional com sondagem nasogástrica e lavagens, sem sucesso. O exame físico era normal, exceto por leve dor abdominal. Tomografia de abdome mostrou espessamento do esôfago, consolidação alveolar da língua e derrame pleural moderado à esquerda. A tentativa de esofagoscopia para finalidade de diagnóstico e estadiamento da lesão foi impossível devido ao edema e sangramento, embora foi possível a passagem de sonda nasogástrica. Indicamos laparotomia com finalidade de inserção de estoma alimentar, entretanto nos confrontamos com necrose de toda a parede anterior do estômago. Optamos por realizar uma gastrectomia total, jejunostomia alimentar à Weitzel, e esofagectomia subtotal por abordagem cervicoabdominal sem toracotomia através do uso de um fleboextrator, e confecção de uma esofagostomia cervical terminal. A recuperação pós operatória foi sem intercorrências e 1 ano depois, a descontinuidade esofagoduodenal foi reestabelecida com transplante retroesternal de um enxerto ileocólico direito. **Conclusões:** Esofagectomia com abordagem cervicoabdominal e uso do fleboextrator é uma maneira aceitável, embora controversa, de lidar com paciente que requer gastrectomia total após queimadura corrosiva extensa do trato gastrointestinal superior. Ela evita as potenciais complicações da exclusão do esôfago intratorácico e resulta em menor trauma se comparada com outros métodos de esofagectomia como transhiatal, transtorácica ou mesmo esofagectomia por toracoscopia.

**P0017 ESTENOSE CAÚSTICA FARINGOESOFÁGICA: RELATO DE CASO**

LUCY ANNE LOPES MELO; KLEBER NOGUEIRA DE CAMPOS; MARCOS AMORIM PIAULILINO; RAFAEL VILELA SILVA; MANOEL XIMENES NETTO; ANTÔNIO CLÁUDIO DIAS AMARAL

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

**Objetivo:** As agressões cáusticas da faringe e esôfago costumam acompanhar-se de comprometimento das vias respiratórias altas pelo processo cicatricial, determinando alterações digestivas e respiratórias. É um problema difícil e complexo que afeta a qualidade de vida do paciente. Como estas lesões são relativamente frequentes e acometem jovens, é importante empregar um processo cirúrgico que possibilite

o aproveitamento das vias respiratórias altas e do aparelho fonador e restabeleça adequadamente o trânsito digestivo. Nesse caso, aplica-se a anastomose faringocólica como técnica segura em serviços com experiência em doenças esofágicas e que possibilite assistência multidisciplinar. Apresentamos um caso de paciente portador de estenose cáustica da faringe com bom resultado. **Métodos:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e dos procedimentos cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido, bem como revisão da literatura. **Resultados:** Paciente DMB, sexo masculino, 25 anos, natural e procedente de Paraíso-TO. Referiu ter ingerido ácido clorídrico em 2011 quando morava na Espanha, após libação alcoólica. Na ocasião, apresentou lesão esofágica grau III associado a perfuração gástrica e peritonite, sendo submetido a gastrectomia total, drenagem esofágica e jejunostomia, segundo relatório médico do hospital espanhol. Um mês após alta médica, apresentou dispnéia progressiva, disfonia e tosse. Segundo broncoscopia, havia epiglote deformada e fibrosada que obstruía parcialmente a glote. Foi, então, submetido a traqueostomia. Admitido na Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital de Base do Distrito Federal em janeiro de 2014, paciente apresentava-se emagrecido, depressivo, traqueostomizado, perda ponderal de 18 Kg, alimentando-se por jejunostomia, esofagograma com opacificação da orofaringe e área de estenose em esôfago cervical proximal, com transição em "ponta de lápis". Tomografia de abdome evidenciando ausência gástrica. Colonoscopia normal. Em abril de 2014, o paciente foi submetido a reconstrução do trânsito com coloplastia direita anisoperistáltica e confecção da anastomose faringocólica com grampeador circular por meio de laparotomia e cervicotomia lateral esquerda, conforme técnica descrita por Popovici em 1977. O Tubo em T foi posicionado na anastomose, exteriorizado na cervicotomia. O paciente apresentou evolução satisfatória, alta no 24º DPO, com alimentação via oral. **Conclusões:** A estenose cáustica da faringe afeta a qualidade de vida dos pacientes em decorrência do comprometimento das vias alimentar e respiratória. A reconstrução do trânsito com anastomose do cólon ou estômago com a faringe permite restabelecer a via digestiva, com resultados satisfatórios em centros de referência e acompanhamento multidisciplinar.

#### **PO018 PERFURAÇÃO/RUPTURA DO ESÔFAGO: SÉRIE DE 75 CASOS**

HENRIQUE JOSÉ DA MOTA<sup>1</sup>; ALEXANDRA RÉGIA DANTAS BRÍGIDO<sup>2</sup>; GLAUBER HENRIQUE FREITAS BESSA<sup>2</sup>; ANA BEATRIZ RODRIGUES DA MOTA<sup>2</sup>; MARCELA RANGEL MARIZ<sup>2</sup>; RODRIGO ALEXANDRE VENÂNCIO VIANA<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN - UFRN, NATAL, RN, BRASIL; 2. LAMUCC UFRN, NATAL, RN, BRASIL; 3. HOSPITAL WALFREDO GURGEL, NATAL, RN, BRASIL.

**Objetivo:** As perfurações (rupturas) do esôfago são condições clínicas de natureza variada mas que apresentam em comum dificuldades na definição do seu diagnóstico, altas taxas morbimortalidade e necessidade de tratamento individualizado. Os fatores prognósticos mais significativos relatados na literatura são topografia da perfuração e o retardo no diagnóstico. Descrevemos aqui série de casos de pacientes referenciados com perfuração/ruptura de esôfago atendidos em um hospital geral de emergências de nossa instituição.

**Método:** Estudo retrospectivo da fase hospitalar de 75 pacientes com diagnóstico de perfuração e/ou ruptura do esôfago atendidos de novembro de 1990 a outubro de 2014 encaminhados a um dos autores (HJM). Foram analisados

dados demográficos, etiologia, localização da perfuração, lesões associadas, complicações e mortalidade. O diagnóstico foi considerado tardio em oposição ao precoce quando o atendimento ou encaminhamento foi realizado após 24 horas do evento da perfuração. Utilizou-se o SPSS 20 na análise estatística dos dados com o  $p < 0,05$  considerado significativo na comparação entre grupos. **Resultados:** 53 homens e 22 mulheres com idade de 09 a 94 anos; mediana de 38; 24 pacientes (32%) foram atendidos precocemente e 49 (65%) tardiamente; tempo não identificado em 2 (3%). As causas das perfurações foram: corpo estranho em 31 pacientes (41%), trauma penetrante externo em 28 (37%), iatrogênica em 06 (8%), síndrome de Boerhaave em 05 (7%), péptica e química em um cada; causa não-identificada em 03 (4%). A perfuração ocorreu no esôfago cervical em 41 pacientes (55%), torácico em 29 (39%), abdominal em 4 (5%), não identificado em 1 (1%). Lesões associadas de outros órgãos de forma isolada ou múltipla ocorreram em 48% dos casos comprometendo principalmente: traqueia (10%), coluna vertebral (6%), vísceras do abdome (9%). Complicações ocorreram em 61% dos casos, sendo sepse (32%), SARA (29%) e empiema pleural (12%) as mais prevalentes. O tratamento foi conservador em 11 pacientes (15%), e cirúrgico em 60 (85%), sendo a exploração cervicomedial e a toracotomia com reparo primário e/ou drenagem os mais empregados. A mortalidade hospitalar foi de 19%, sem diferença significativa associada a sexo ( $p=0,09$ ), etiologia ( $p=0,19$ ), retardo no diagnóstico ( $p=0,73$ ) ou método de tratamento ( $p=0,21$ ). A mortalidade associada às lesões cervicais foi significativamente menor quando comparada à taxa de mortalidade das lesões torácicas e abdominal: 9,8% versus 27,3% ( $p=0,017$ ). **Conclusão:** Diferente da literatura a nossa série de casos de perfuração/ruptura do esôfago mostra predominância de impactação de corpo estranho e trauma externo como agentes causais mais prevalentes, e ausência de diferença significativa de mortalidade associada ao retardo no diagnóstico/tratamento. As perfurações do esôfago cervical tiveram taxa de mortalidade significativamente menor quando comparada às lesões do segmento torácico e abdominal.

#### **PO019 RELATO DE CASO: DIVERTÍCULO DE ZENKER**

ALEXANDRE FIGUEIREDO ZOBIOLE<sup>1</sup>; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA<sup>1</sup>; MARCELO BORGES ARAUJO<sup>2</sup>; IVAIR XIMENES LOPES JUNIOR<sup>1</sup>; LUIS GUILHERME VAL RODRIGUES<sup>1</sup>

1. UFMT, CUIABA, MT, BRASIL; 2. HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL.

**Objetivo:** O divertículo de Zenker é um pseudodivertículo, causado pelo fenômeno de pulsão, ocorrendo aumento da pressão intra-luminal sobre uma região muscular enfraquecida, localizada na área de transição entre o músculo constritor inferior da faringe e o músculo cricofaríngeo (triângulo de Killian). É uma doença rara, apesar de ser o principal tipo de divertículo esofágico, representando 0,11% de 20000 esofagogramas e 1,8% dos doentes com disfagia. Acomete principalmente homens acima de 60 anos. Como tratamento a literatura tem proposto método endoscópico e método cirúrgico aberto, ambos incluem a miotomia do cricofaríngeo. Objetivamos relatar um caso na qual optamos pela cirurgia via cervicotomia, devido as grandes dimensões do divertículo.

**Métodos:** É relatado um caso de divertículo de Zenker, tratado com diverticulectomia por cervicotomia com ligadura do colo diverticular com grampeador associada a miotomia de músculo cricofaríngeo, no Hospital São Mateus, em Cuiabá-MT. Com revisão de literatura. **Resultados:** Homem, 48 anos, branco, proveniente de Cuiabá, com queixa de disfagia progressiva

há 8 anos, grave dificuldade na deglutição que melhorava com manobras de hiperextensão cervical e manobras de palpação manual em “saco cervical” realizadas pelo paciente no decorrer das refeições, saco este que aumentava de volume ao se alimentar. Referia vários engasgos seguidos de tosse intensa durante a alimentação, ocorrendo importante perda progressiva de peso nos seis meses e evoluindo para caquexia. Apresentou nos últimos dois anos várias internações devido ao quadro de pneumonia aspirativa. Esfagograma e tomografia de tórax confirmaram divertículo de Zenker. Procedeu-se a diverticulotomia por cervicotomia esquerda com grampeamento do colo diverticular, associada à miotomia de músculo cricofaríngeo acima e abaixo do colo. Apresentou boa evolução pós-operatória, com desaparecimento completo dos sintomas deglutiórios. **Conclusões:** A diverticulotomia associada à miotomia cricofaríngea se apresenta como boa opção para divertículos de grandes dimensões e para pacientes jovens, pois previne também o risco de transformação maligna. O tratamento cirúrgico – ressecção cervical mais miotomia de músculo cricofaríngeo – nos parece ter sido a melhor opção no caso apresentado, o que acreditamos estar em sintonia com a literatura revisada.

## MALFORMAÇÕES, INFECÇÕES E SUPURAÇÕES PULMONARES

**PO020 ACTINOMICOSE PULMONAR DE FORMA TUMORAL SIMULANDO NEPLASIA DE PULMÃO: RELATO DE CASO**  
**RAFAEL AUGUSTO OLIVEIRA SODRÉ LEAL<sup>1</sup>**; ANTONIO LUIZ PENNA COSTA<sup>1</sup>; CLAUDIA LEAL MACEDO<sup>2</sup>; MARCELO DE OLIVEIRA<sup>3</sup>; CAROLINA MAGALHAES COSTA<sup>4</sup>; LEONARDO CUNHA COSTA<sup>5</sup>

1. HOSPITAL IBR, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL; 2. LABORATÓRIO MICRO, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL; 3. CLÍNICA RESPIRAR, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL; 4. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE BAIANO, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL; 5. INSTITUTO CONQUISTENSE DE ONCOLOGIA, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar um caso de actinomicose pulmonar simulando neoplasia de pulmão devido ao achado de massa pulmonar em paciente tabagista previamente hígido. **Método:** História clínica, exames de tomografia computadorizada de tórax, PET-CT, e macroscopia e microscopia de produto de lobectomia pulmonar **Resultados:** Trata-se de paciente de 63 anos de idade, hipertenso e diabético, com início de dor torácica associado a tosse com escarros sanguíneos e perda peso e febre eventual. Apresentou tratamento recente para pneumonia (há 2 meses), segundo relato em consulta em março de 2013. Ao rx de tórax com massa localizada em LSD de aproximadamente 4,0 cm. Realizado TC de tórax com massa pulmonar em LSD de 4,5 cm associado a linfonodomegalia mediastinal em cadeia paratraqueal superior direito (4D). Ao PET-CT com ativação em massa pulmonar e cadeia mediastinal de linfonodo paratraqueal superior direito (4D). Demais exames de estadiamento sem alterações. Paciente com função pulmonar que possibilitava lobectomia pulmonar. Optado por equipe cirúrgica a intervenção cirúrgica com biópsia de congelação e demais decisões a definir de acordo com resultado da peça. Exame de biópsia de congelação de massa pulmonar e linfonodo de cadeia 4d com muita áreas de necrose e células mitóticas, não foi evidenciado granulomas. Optado por equipe cirúrgica, e já em acordo com o paciente e familiares, lobectomia e linfadenectomia mediastinal devido ao risco de neoplasia

pulmonar. À investigação de peça cirúrgica (lobo pulmonar superior direito) em parafina com achados de actinomicose pulmonar tipo tumoral. **Conclusões:** Actinomicose é uma doença supurativa e de curso arrastado causada por uma bactéria anaeróbia ou microaerofílica, principalmente, do gênero *Actinomyces*, que coloniza boca, cólon e vagina, não tendo outro reservatório no meio ambiente. Parece ser mais rara em crianças e adultos jovens devido ao pronto tratamento de cáries e ausência de doença periodontal. Apesar da imunodepressão celular e humoral, que acompanha a síndrome de imunodeficiência adquirida, a actinomicose continua uma entidade muito rara na população infectada pelo vírus HIV4. Porém, são frequentemente relatadas comorbidades, tais como diabetes, alcoolismo e outras doenças crônicas imunodebilitantes<sup>3</sup>. As principais formas de apresentação da doença são a cervico-facial, torácica, abdominal e pélvica. Outros sítios de acometimento incluem sistema nervoso central e tecido músculo-esquelético. Há, também, relatos esporádicos de uma forma disseminada da doença. Infelizmente, muitos casos de actinomicose pulmonar forma tumoral só são diagnosticadas ou no per-operatório (através de biópsia por congelação) ou após análise exaustiva de produto de lobectomia.

**PO021 ACTINOMICOSE PULMONAR: RELATO DE CASO**  
**CARLOS LEANDRO LOVATO**; ALBERTO DOS SANTOS RIESGO;  
 KELLY ZAMBANDA; ERICO CADORE; ARIEL DUTRA LOPES;  
 MARCIA FERNANDES GARCIA  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.

**Introdução:** Actinomicose pulmonar é doença rara, descrita em 1878 por Israel [1,5] Actinomicose torácica acomete aproximadamente 15% de todas infecções por actinomicose [1,4,5]. 01 cada 300 000 pessoas [2,5]. Predominam no sexo feminino, na proporção de 3:1 [2]. Encontrada em pacientes com doenças pulmonares de base como cavidades residuais, bronquiectasias, tecidos desvitalizados [2,4,5] Raiox de tórax não específico com opacidade simulando quadro pneumônico ou carcinoma broncogênico, tomografia de tórax mostra espessamento pleural, pequeno derrame pleural **Objetivo:** Descrever a experiência de um Hospital Universitário, na abordagem diagnóstica e terapêutica de paciente com Actinomicose Pulmonar **Método:** Revisão da literatura de um caso de Actinomicose Pulmonar **Resultados:** Sexo masculino, 53 anos, branco, administrador, queixa de dispnéia e febre há 02 semanas, emagrecimento e dor torácica nos últimos 02 meses. Tabagista e etilista por 36 anos. Raiox de tórax derrame pleural base esquerda. Toracocentese com aspiração de líquido pleural amarelo citrino, exudativo com culturais negativos. Tomografia de tórax mostrou derrame pleural loculado à esquerda e lesão de aspecto abscedido em lobo inferior do pulmão esquerdo. Leucograma com 23400 leucócitos, 12% de bastões. Submetido à toracosopia por vídeo com liberação pleuro-pulmonar, e ressecção segmentar da lesão. Anatomopatológico foi de lesão abscedida por Actinomicose Pulmonar. **Discussão:** Tosse produtiva, dor torácica, dispnéia, hemoptise, são sintomas frequentes [1,5,6]. O principal distúrbio é a abertura da barreira mucosa permitindo a invasão de microrganismos [4,5]. Infecções por Actinomicose são de natureza polimicrobiana [2,4,6]. Diagnóstico diferencial com nocardiose, botryomicose, tuberculose pulmonar [3,4,5]. Tratamento com penicilina por 2-6 semanas [1,2,6] e eritromicina nos pacientes alérgicos à penicilina. Cirurgia indicada em situações de abscessos bem definidos, empiemas pleurais e no controle da hemoptise [2,4,5]. **Conclusão:** Actinomicose pulmonar é doença rara, tem

pico de incidência entre 4° e 5° décadas de vida em alcoolistas [1,4,5,6]. Causado por aspiração de secreções da orofaringe e trato digestivo[1,5]. Tratamento com antibioticoterapia, sendo a penicilina a droga de eleição

#### **PO022** COSTELA BÍFIDA – UM RELATO DE CASO

**RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA<sup>1</sup>; HEITOR LIMA MEDEIROS<sup>1</sup>; ALEXANDRE DE OLIVEIRA<sup>2</sup>**

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. HOSPITAL CRUZ AZUL DA POLICIA MILITAR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A costela bífida (CB) é descrita na literatura como uma variante anatômica, observada principalmente em cadáveres. A CB é normalmente assintomática e pode estar presente como anomalia isolada ou associada à malformações patológicas. Existe por exemplo, uma síndrome que tem associação com a CB, é conhecida como síndrome do carcinoma nevoide das células basais, ou síndrome de Gorlin-Goltz, uma desordem multissistêmica. Essa síndrome é caracterizada principalmente por uma tríade composta por: afecções cutâneas (como múltiplos carcinomas basocelulares); defeitos esqueléticos (como costela bífida) e tumores odontogênicos ceratocísticos. A incidência estimada da CB é de 1 a cada 600 mil nascidos vivos, e é mais frequente em homens e ocorre principalmente no 3° e 4° arco costal. Na maioria das vezes é descoberta devido a radiografias eventuais. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de uma paciente encaminhada ao ambulatório de cirurgia torácica, em São Paulo. **Método:** Relato de caso com revisão bibliográfica. **Resultados:** Paciente do sexo feminino 5 anos de idade, foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia torácica, pois genitora havia percebido um abaulamento em região de tórax anterior, na altura do 4° arco costal. Quando procurou atendimento, o médico responsável resolveu encaminhá-la para o ambulatório de cirurgia torácica, pois teve como suspeita diagnóstica uma tumoração. Após exame físico, e constatação do abaulamento em região torácica anterior na altura do 4° arco, foi feita uma suspeita de protusão óssea, e então necessidade de um exame de imagem complementar. A paciente foi encaminhada ao serviço de radiologia, com o objetivo de ser realizado uma tomografia computadorizada em 3D. No resultado de imagem desse exame foi observado então, a presença de costela bífida em 4° arco costal. Após diagnóstico definitivo, foi explicado para a genitora da paciente o achado, e feito um exame físico cutâneo mais detalhado para afastar síndrome do carcinoma nevoide das células basais. A paciente não apresentou nenhuma lesão cutânea, e então tranquilizamos a genitora em relação a suspeita anterior de tumoração, sendo explicado que esse achado era apenas uma variante anatômica, que não trará risco algum para a paciente. E esclarecemos que o manejo é apenas a observação do mesmo. **Conclusão:** O colégio americano de médicos da família preconizam um rastreio (radiografia de tórax e crânio, exame físico cutâneo e ressonância magnética de crânio (encéfalo) caso seja descoberta uma anomalia costal como a CB. 60 a 70% dos pacientes com síndrome de Gorlin-Goltz apresentam CB, então esse rastreio é fundamental para afastar esse possível diagnóstico. Após exclusão de possibilidade da paciente ser portadora dessa síndrome. Foi decidido que a conduta seria observação dessa costela bífida ao longo do crescimento da paciente, uma vez que a mesma era assintomática.

#### **PO023** FALSO SEQUESTRO PULMONAR DIAGNOSTICADO POR ANGIOTOMOGRAFIA TORÁCICA, ATÉ ONDE OS EXAMES PODEM DIRECIONAR O TRATAMENTO?

**TALES RUBENS DE NADAI<sup>1</sup>; CAIO CESAR CIRINO<sup>2</sup>; PATRICIA CRISTINA URBANO<sup>2</sup>; RITA DE CÁSSIA QUAGLIO<sup>2</sup>; ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA VIANNA<sup>2</sup>**

1. HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Os exames de imagem estão cada dia mais refinados e com mais detalhamento da anatomia intratorácica. Propomos levar a seguinte **Discussão:** até que ponto devemos nortear as condutas cirúrgicas baseadas em exames tão complexos e caros. Apresentamos um caso em que uma angiotomografia nos deu um diagnóstico errado de sequestro pulmonar. **Objetivos:** Descrever um caso de tumor carcinóide pulmonar associado à hipertrofia de artéria brônquica que simulou, no exame de angiotomografia, um sequestro pulmonar. **Metodologia:** Revisão de prontuário médico, exames radiológicos e pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e MD Consult. **Resultados:** Paciente masculino, 39 anos, queixa de tosse produtiva, expectoração, dispnéia ao repouso, sibilos, febre e dor torácica ventilatório-dependente que ocorreram pela primeira vez há 10 anos. Em diversas vezes foi diagnosticado com pneumonia lobar inferior direita, sempre tratado com antibióticos que melhoravam o quadro clínico. Porém os sintomas de tosse seca intercalada com tosse produtiva persistiam. Nos últimos quatro anos apresentou oito episódios de pneumonia e dois deles com necessidade de internação devido à hemoptise de médio volume. Deu entrada no nosso serviço com em Janeiro de 2012 com hemoptise. Realizados exames para elucidação diagnóstica. Na tomografia foi evidenciado: Massa na região infra hilar posterior direita, promovendo atelectasia distal do pulmão de natureza a esclarecer. Desta forma, realizamos broncoscopia com biópsia de massa endobrônquica em brônquio intermediário. Resultado de Carcinoma Neuroendócrino de pequenas células. Para o estadiamento clínico, solicitado angiotomografia de alta resolução com reconstrução, nesse exame foi detectado alterações pulmonares no lobo inferior direito compatível com sequestro intra-lobar, com ramo anômalo de irrigação saindo da aorta ascendente cruzando o mediastino até o lobo inferior direito. Indicada cirurgia de ressecção pulmonar com hipótese de tumor carcinóide endobrônquico associado a sequestro pulmonar. Porém no intra-operatório o achado não foi exatamente o que o exame radiológico demonstrava com tanta certeza como sequestro pulmonar, a artéria anômala evidenciada era na realidade a artéria brônquica hipertrofiada devido aos anos de infecções recorrentes daquele lobo pulmonar. O exame anátomo patológico confirmou o achado intraoperatório e afastou de vez a hipótese de sequestro. **Conclusão:** O exame de angiotomografia é um excelente artifício diagnóstico e pode dar riquezas de detalhes sobre a anatomia intratorácica para mapear o intraoperatório. Porém mesmo um exame tão elaborado, pode errar na sua suspeição diagnóstica. No caso apresentado o paciente apresentava como diagnóstico principal uma neoplasia com indicação operatória bem definida, assim a cirurgia foi realizada sem nenhum ônus para o paciente. Contudo se a suspeita de sequestro fosse aventada em outra situação, talvez a cirurgia poderia ser realizada sem indicação levando o paciente a sofrer o ônus de um procedimento torácico desnecessário.

#### **PO024** FÍSTULA DE COTO BRÔNQUICO DIREITO PÓS PNEUMONECTOMIA: ABORDAGEM TRANSESTERNAL

**NELSON PERELMAN ROSENBERG; FABIO RADDATZ RADDATZ CRUZ; EDSON BAMBRATE**  
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Objetivo:** Discorrer sobre técnicas de correção de fistula de coto brônquico pós-pneumectomia direita, utilizando-se relato de caso como pano de fundo. **Método:** Trabalho retrospectivo observacional individuado através de revisão de prontuário (relato de caso) e revisão da literatura. **Resultados:** Paciente de 22 anos, masculino, afrodescendente, natural e procedente de Guaíba - RS, soldado exonerado do Exército Brasileiro, apenado em regime fechado, procedente do Hospital Vila Nova. Apresentou-se inicialmente com quadro de dispnéia, febre vespertina e perda ponderal (20 Kg em 6 meses), tendo sido transferido ao pronto atendimento do Hospital Militar de Porto Alegre por hemoptise de pequena monta. Negava patologias sistêmicas, cirurgias prévias, uso de medicações, outras internações, uso de drogas, tabaco ou álcool. Ao exame físico notava-se murmúrio vesicular uniformemente diminuído bilateralmente, sem outras alterações. Tratado inicialmente com embolização da artéria brônquica. Após 15 dias apresentou novo episódio de hemoptise, porém maciça e refratária à tentativa de controle broncoscópico, sendo então submetido a pneumectomia direita. Evoluiu bem, recebendo alta hospitalar no 8º PO. Retornou à emergência no 21º PO com quadro de sepsis secundária a empiema pleural pós-pneumectomia, tendo sido tratado através de pleurostomia. Fibrobroncoscopia demonstrava fistula de coto brônquico. Perdeu o seguimento com o Hospital Militar e em 17/09/2013 foi internado na emergência do Hospital Conceição por queda do estado geral. Levado a reamputação de coto brônquico direito por esternotomia mediana com boa evolução. Alta no 14º PO e fibrobroncoscopia demonstrando coto de re-amputação ao rés da carena. **Discussão:** A profilaxia da fistula bronco-pleural e do empiema pleural pós-pneumectomia é conduta primordial. Técnicas de proteção que utilizam retalho de pleura, pericárdio, gordura mediastinal, músculo ou epíplon consistem em alternativas viáveis e eficazes. A abordagem pode ser realizada por 3 diferentes técnicas: • Toracotomia ipsilateral: impõe grande chance de insucesso por complicações cirúrgicas devido ao empiema. • Esternotomia mediana: após a secção do esterno, permite a abertura do pericárdio, anterior e posteriormente, retração da aorta à esquerda, da veia cava superior à direita e da artéria pulmonar para baixo, expondo a carina e os brônquios principais, possibilitando um campo limpo e acesso adequado aos cotos brônquicos. • Toracotomia direita: para tratamento da fistula à esquerda, também permite trabalhar em um campo descontaminado.

#### **PO025** HIDATIDOSE PULMONAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

CARLOS LEANDRO LOVATO; ALBERTO DOS SANTOS RIESGO; KELLY ZAMBARDA; ERICO CADORE; JULIANA MARTINI; MARCIA FERNANDES GARCIA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.

**Introdução:** Hidatidose pulmonar é doença parasitária endêmica na região sul do Brasil, causada pelo *Echinococcus Granulosus* [1]. Infestação ocorre em áreas de contato entre homens, cães e ovelhas. Acomete frequentemente fígado em 60-70 % dos casos e pulmões em 20-30 % das situações[1]. **Objetivo:** Documentar e estudar sobre hidatidose pulmonar. **Método:** Revisão da literatura de um caso de hidatidose pulmonar. **Resultados:** Sexo masculino, 47 anos, branco, pedreiro, com história de dor torácica, tosse e um episódio de escarro hemoptóico nos últimos 02 meses. Raio x de tórax com imagem arredondada em lobo superior esquerdo e área de infiltrado parenquimatosa, tomografia de tórax com 02 lesões lobuladas e císticas com membrana ondulante em seu interior áreas de consolidação, sugestivo de doença pulmonar hidática. Leucograma com 11200

leucócitos, 3% de bastonados, eosinófilos 6%. Espirometria com vef1 de 2. 95L(83. 9%),vef1/cvf de 72. 9%, broncoscopia normal. Submetido à ressecção lobo superior esquerdo. Laudo anatomopatológico com diagnóstico de hidatidose pulmonar. **Discussão:** Sintomas normalmente são tosse e dor torácica, associado a infecção respiratória. [1] Apresentam-se como lesões esféricas, densas de contornos regulares, com imagem de membrana flutuante em seu interior, chamado de sinal do camalote[1]. O diagnóstico se faz com Raiox de tórax, tomografia de tórax, Ressonância Magnética de tórax para avaliar as membranas[2] e imunoeletroforese com antígeno 5, este apresenta sensibilidade de 65 % [3]. Ruptura do cisto pode ocorrer após toracocentese, cistos volumosos podendo levar a uma reação anafilática ou hidatidose pleural secundária[3] Tratamento é ressecção completa da lesão com finalidade de erradicar o parasita, prevenir ruptura do cisto e eliminar cavidade residual[2] Ressecção lobar é indicada em cistos volumosos que representam mais de 50 % do lobo, cistos múltiplos e com supuração pulmonar severa. Tratamento complementar é feito com albendazol 7 a 10 dias do pré-operatório até 30 dias do pós-operatório [3]. **Conclusão:** Hidatidose pulmonar é doença parasitária causada pelo *Echinococcus Granulosus* [1] Infestação ocorre pelo contato entre homens, cães e ovelha[1]. Diagnóstico é feito pela tomografia computadorizada de tórax, ressonância magnética de tórax, e imunoeletroforese com antígeno 5 [3] tratamento é a ressecção cirúrgica completa, adicionado dos benzimidazólicos [3]

#### **PO026** PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO POR HÉRNIA DE BOCHDALEK: RELATO DE CASO

MONALISA FONTES SILVA; LAURA JANNE LIMA ARAGÃO; MARÍLIA COSTA COELHO; SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAÚJO; REBECA CANUTO DE SOUSA; INGRID IANA FERNANDES MEDEIROS  
UERN, MOSSORO, RN, BRASIL.

**Introdução:** Pneumonias de Repetição (PR) é um quadro clínico de importância epidemiológica por causar elevado número de internações hospitalares, subnutrição, hipodesenvolvimento e altos índices de mortalidade na faixa pediátrica. O quadro de PR pode ser a forma de apresentação de diversas doenças, constituindo o ponto de partida de investigação do fator predisponente de base. A PR define-se como pelo menos três episódios de pneumonias por ano, com completa resolução clínica e radiológica entre elas. O trabalho tem por objetivo relatar um caso de Hérnia de Bochdalek como diagnóstico diferencial de PR. **Relato do Caso:** J. P. A. M, masculino, 4 anos, nascido de parto cesáreo apresenta história de PR: quatro pneumonias tratadas em ambiente hospitalar até a idade de 3 anos, no último episódio, com drenagem torácica bilateral. Encaminhado ao especialista, prosseguiu investigação referente ao quadro de PR. Genitora referia a presença de infecções de vias aéreas superiores, com roncocal e bruxismo, dispnéia aos pequenos esforços, e episódios de sibilância e tosse seca noturna recorrente. Tabagista passivo com vacinação atualizada e em uso de antiparasitários recentemente. Genitora negava alergias e doenças imunológicas. Estado geral bom, eufêmico, normocorado, desnutrido. Murmúrio vesicular presente, com roncocal e estertores grossos bilaterais. Radiografia de tórax com opacidades em base direita com áreas radioluscentes em continuidade com cavidade abdominal e indefinição do diafragma homolateral. Tomografia computadorizada de tórax com hérniação diafragmática no hemitórax direito, com protrusão de alças intestinais, gordura peritoneal em rim direito, acompanhado de atelectasia compressiva do lobo inferior esquerdo condicionando atelectasia compressiva de boa parte do lobo inferior do pulmão correspondente e leve

desvio contralateral das estruturas mediastinais. Após cirurgia corretiva, paciente evoluiu com ganho de peso corporal e alívio dos sintomas respiratórios, com melhora significativa do quadro clínico. **Discussão:** A hérnia de Bochdalek é uma das apresentações da hérnia diafragmática congênita (CDH). Apresenta etiologia idiopática, em 2% dos casos tem associação familiar e incidência de 1 por 2.000-4.000 nascidos. A anomalia consiste no fechamento inadequado do canal pleuro peritoneal durante o desenvolvimento embrionário (Forame de Bochdalek). Esse forame no diafragma permite o deslocamento de conteúdos abdominais para o tórax, sendo o tratamento cirúrgico. No entanto, a apresentação tardia desta patologia é de difícil diagnóstico e requer elevado índice de suspeição. Por ser responsável por grave sofrimento respiratório, deve ser considerada como diagnóstico diferencial de PR e asma de difícil controle. **Conclusões:** A investigação de PR envolve diagnósticos diferenciais como: asma, síndromes aspirativas, compressão das vias aéreas, imunodeficiências e defeitos anatômicos estruturais. O esclarecimento das diversas etiologias de PR é fundamental na definição do tratamento e prognóstico. A importância deste relato deve-se ao fato de defeitos anatômicos como a hérnia de Bochdalek serem subdiagnosticados e tratadas como pneumonias na maioria dos casos.

**PO027 SIMPATECTOMIA TORÁCICA PARA TRATAMENTO DA HIPERIDROSE EM PACIENTE COM LOBO DA VEIA ÁZIGOS. RELATO DE DOIS CASOS**

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL

**Introdução:** A simpatectomia torácica é utilizada para o tratamento dos distúrbios vasculo-nervosos dos membros superiores e inferiores. A hiperidrose palmo-plantar-axilar tem sido tratada cirurgicamente através da simpaticotomia torácica, dos segmentos T2 a T6. Algumas condições clínicas tem sido relatadas com contra-indicações absolutas e relativas para a realização do procedimento. Aderências pleuro-pulmonares, status pos cirúrgico torácico, incapacidade de ventilação mono-pulmonar, lobo da veia ázigos, traumatismos torácicos, entre outros, são os principais fatores que podem contra-indicar o procedimento. **Objetivo:** Os autores apresentam vídeo de paciente com lobo de veia ázigos, submetido a simpaticotomia torácica bilateral, para tratamento de hiperidrose palmar, com acesso cirúrgico satisfatório e bom resultado pos operatório. Descrever a técnica de realização e os aspectos intraoperatórios. **Resultados:** São descritas e ilustrados dois procedimentos cirúrgicos videotoracoscópicos para o tratamento da hiperidrose, em paciente com lobo da veia ázigos. Descrevem-se os aspectos anatômicos da formação do lobo pulmonar circundado pela veia ázigos, os aspectos anatômicos do sistema nervoso autônomo simpático intratorácico e a secção do feixe nervoso, principal tratamento para a hiperidrose, no momento. Relatados os cuidados técnicos, as dificuldades e as possíveis complicações neste tipo de procedimento. **Conclusão:** A simpatectomia torácica é factível em pacientes com lobo da veia ázigos, desde que sejam tomados cuidados específicos, assim como o uso de material cirúrgico apropriado e que o procedimento seja feito por profissional especialista e habituado à anatomia torácica.

**PO028 SÍNDROME DE KARTAGENER: RELATO DE CASO.**

LUCY ANNE LOPES MELO; FLÁVIO BRITO FILHO; MANOEL XIMENES NETTO; RAFAEL VILELA SILVA; ANTONIO CLAUDIO DIAS AMARAL; EDUARDO N. F. XIMENES  
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

**Objetivo:** A Síndrome de Kartagener é uma doença autossômica recessiva rara e está incluída no subgrupo da discinesia ciliar primária (DCP). O relato de caso traz um paciente do sexo masculino, 47 anos, que apresenta a síndrome de Kartagener completa com a clássica triade: pansinusite crônica, bronquiectasia e situs inversus com dextrocardia. A DCP é encontrada em todas as raças e em ambos os sexos, caracterizada pela disfunção ciliar generalizada. O diagnóstico foi realizado a partir de manifestações clínicas clássicas e exames complementares, sendo o tratamento baseado nas complicações da doença com evolução favorável quando em acompanhamento médico na maioria dos casos. **Método:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e dos procedimentos cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido, bem como revisão da literatura. **Resultados:** Paciente E. M. L do sexo masculino, 47 anos, relata que há 24 anos iniciou quadros recorrentes de hemoptise e febre associados à rinorréia e episódios álgicos nos seios paranasais. Procurou atendimento médico e durante investigação descobriu ser portador da Síndrome de Kartagener. Durante as crises passou a fazer uso de corticóides e beta-agonistas associando antibióticos na presença de infecções secundárias. Manteve acompanhamento médico rigoroso no Hospital de Base do Distrito Federal desde então, permanecendo a maior parte do tempo assintomático. Em 2013, houve um agravamento da sintomatologia e foi internado. Ao exame físico, observou-se crepitações em base pulmonar no hemitórax direito (referente ao pulmão esquerdo), palpação do ictus cordis no hemitórax direito e baqueteamento digital. Tomografias computadorizadas de tórax e de abdome comprovaram que o paciente era portador de situs inversus totalis, além de redução volumétrica pulmonar esquerda com extensas bronquiectasias, algumas com formação de líquido sugerindo processo inflamatório/ infeccioso ativo, evidenciando também hiperinsuflação compensatória no lobo superior direito. A angiotomografia detectou o comprometimento de vasos pulmonares que justificaram os casos de hemoptises recorrentes. A cintilografia de perfusão pulmonar evidenciou áreas de hipoperfusão não segmentares no lobo inferior do pulmão esquerdo e sinais indiretos de situs inversus constatando necessidade de tratamento cirúrgico. Sendo assim, o paciente foi submetido a lobectomia inferior esquerda por VATS com acesso à direita, apresentando boa evolução pós-operatória. **Conclusões:** A síndrome de Kartagener é uma doença genética na qual não existe tratamento específico, sendo baseado, na maioria dos casos, no tratamento de infecções secundárias muito comuns em seus portadores. Dessa forma, o acompanhamento médico se faz essencial para uma boa sobrevida dos pacientes portadores da síndrome de Kartagener.

**PO029 SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER ASSOCIADO A BOLHAS PULMONARES GIGANTES: RELATO DE CASO**

JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO; ALFREDO SÁVIO MONTEIRO NOGUEIRA; DANIEL PIRES PESSOA; HERBERT FÉLIX COSTA; RODOLFO LUCIO ALVES TITO  
HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW), também conhecida como hipertrofia ósteo-hemangiectásica, é uma entidade congênita rara, caracterizada pela presença de mal-formação venosa e linfática periférica, hipertrofia óssea e de tecidos moles em membros e máculas cutâneas em vinho-porto. Em casos pontuais, grandes cistos e bolhas podem acometer pulmões, caracterizando mal-formação

adenomatóide cística (MAC). **Relato de Caso:** Paciente feminina, 25 anos, sabidamente portadora de SKTW, com queixa de dispnéia progressiva há dois meses. Exames radiológicos se mostravam compatíveis com hiperinsuflação pulmonar esquerda às custas de múltiplas bolhas gigantes, determinando, desvio contralateral do mediastino e compressão do pulmão direito. Encaminhada ao serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, onde foi submetida a pneumonectomia esquerda. O estudo anátomo-patológico foi compatível com MAC pulmonar do tipo 1 com presença de sequestro intralobar. Discussão. Na literatura, há apenas um caso de associação da SKTW com MAC, evidenciando a raridade deste caso. Em ambas, apesar do planejamento operatório considerar a ressecção com preservação de parênquima pulmonar, no intraoperatório, a quase total ausência deste culminou da retirada de todo o órgão.

### **PO030** TRATAMENTO CIRÚRGICO ADJUVANTE DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE (TBMR): RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE CASOS

ANTERO GOMES NETO; TÂNIA REGINA BRIGIDO DE OLIVEIRA; DUANA DA DA FROTA; THIAGO ANTONIO PESSOA CARNEIRO; JOÃO VICTOR DA SILVA SOARES; ELIZABETH CLARA BARROSO  
HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL

**Objetivos:** Analisar os resultados do tratamento cirúrgico adjuvante da TBMR em um Hospital da Rede Pública do Estado do Ceará. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e longitudinal, de pacientes portadores de TBMR com lesões pulmonares localizadas submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar, como modalidade adjuvante ao tratamento quimioterápico, no período de 1997 a 2012. Os dados para o estudo foram levantados de um banco de dados do serviço de cirurgia torácica e complementados por revisão de prontuários e contato direto com os pacientes. Foi feita análise estatística descritiva dos seguintes dados obtidos: idade, gênero, tipo de resistência, tipo de micobactéria, perfil de resistência, tipo de apresentação radiológica, tipo de ressecção pulmonar, complicação, mortalidade pós-operatória (óbitos os primeiros 30 dias pós-cirurgia ou no mesmo internamento hospitalar), índice de recidiva e de cura da doença. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 22 pacientes, com idade média de  $36,3 \pm 13,3$  anos, sendo 10 mulheres (45,5%) e 12 homens (54,5%). Dos 22 pacientes, 20 (90,9%) estavam infectados por micobactéria tuberculosa (MT) e 2 (9,1%) por micobactéria não-tuberculosa (MNT). Dos 20 que apresentavam MT, 19 (86,4%) tiveram resistência do tipo adquirida e apenas 1 do tipo primária. Quanto ao perfil de resistência às drogas utilizadas no tratamento da tuberculose, 7 pacientes (31,8%) mostravam-se resistentes à Isoniazida e Rifampicina; 2 (9,1%) eram resistentes à Isoniazida, Rifampicina, Entambutol e Pirazinamida; 1 (4,5%) era resistente à Isoniazida, Rifampicina, Entambutol, Pirazinamida e Estreptomicina; 1 (4,5%) era resistente a Isoniazida, Rifampicina, Entambutol, Pirazinamida, Estreptomicina e Ofloxacina; 1 (4,5%) era resistente aos esquemas I e III. Em 10 casos não foram encontrados registros sobre o perfil de resistência. Quanto às apresentações radiológicas, 8 pacientes (36,4%) apresentavam cavitação; 6 (27,3%), cavitação e bronquiectasia; 5 (22,7%), pulmão destruído; 2 (9,1%), bronquiectasia; e 1 (4,5%) apresentou lobo destruído. O tipo de ressecção realizada em 9 pacientes (40,9%) foi lobectomia; em 9 (40,9%), pneumonectomia; em 2 (9,1%), lobectomia e segmentectomia; em 1 (4,5%), segmentectomia; e em 1 (4,5%) bilobectomia. Dos 22 pacientes, 5 (22,7%) apresentaram complicações. As complicações observadas

foram fistula broncopleural e empiema (2 pacientes), escape de ar prolongado (1 paciente), hemotórax pós-operatório (1 paciente) e pneumonia (1 paciente). A mortalidade cirúrgica foi de 4,5% (1 paciente). Quanto ao resultado tardio do tratamento cirúrgico adjuvante, houve 5 (22,7%) recidivas, mas somente 4 (18,2%) pacientes evoluíram para óbito, tendo ocorrido cura e uma sobrevida global de 81,8% ao final de 5 anos. **Conclusão:** Concluímos que o tratamento cirúrgico adjuvante como estratégia terapêutica da TBMR apresentou resultados satisfatórios nesta série, tendo proporcionado alto índice de cura dos pacientes, pequena taxa de mortalidade cirúrgica e baixo índice de complicações pós-operatórias.

### **PO031** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRONQUIECTASIA: HÁ ESPAÇO PARA A RESSECÇÃO PULMONAR POR CIRURGIA TORÁCICA VÍDEO-ASSISTIDA (CTVA)?

DANIEL PIRES PESSOA; SILVANA LÍCIA NOGUEIRA MACHADO; HERBERT FÉLIX COSTA; ANNYA LINDEMBERG SILVA PAIVA; NATÁLIA MENDONÇA MINÁ; ANTERO GOMES NETO

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL

**Objetivo:** Análise do resultado do tratamento de bronquiectasia por cirurgia vídeo-assistida, em uma série de pacientes operados em um hospital da rede pública referência em cirurgia torácica. **Método:** Estudo retrospectivo de pacientes sintomáticos com diagnóstico clínico-radiológico de bronquiectasia localizada e não-localizada que tiveram indicação de tratamento cirúrgico por falência do tratamento clínico. No período de outubro de 2007 a dezembro de 2014, 107 pacientes com o diagnóstico de bronquiectasia foram submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar, no Hospital de Messejana - Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, dos quais 27 por CTVA que constituirão o alvo deste estudo. Os dados para o estudo foram coletados de um banco de dados do serviço de cirurgia torácica e complementados por revisão de prontuários. As variáveis estudadas foram idade, gênero, distribuição da bronquiectasia, procedimento cirúrgico, taxa de conversão, complicação pós-operatória e mortalidade cirúrgica. **Resultados:** A idade média dos 27 pacientes foi de  $40 \pm 16,7$  anos, variando de 15 a 79 anos, dos quais 15 (55,6%) do sexo feminino. Os sintomas mais comuns foram tosse produtiva, hemoptise e pneumonia de repetição. Quanto à distribuição, o tipo bronquiectasia localizada foi encontrada em 21 (78%) pacientes e não-localizada em 6 (22%). O procedimento mais comum foi a lobectomia em 23 (85%) casos, seguida pela bilobectomia em 2 (7%), e segmentectomia e ressecção combinada em 2 (7%). Em 4 (15%) casos a cirurgia foi convertida para toracotomia aberta, sendo duas conversões por sangramento, uma por grameamento de sonda traqueal de aspiração na rafia do brônquio e 1 por problema técnico do aparelho de vídeo. Houve 4 (15%) complicações no pós-operatório precoce, sendo 2 escapes aéreos prolongados, 1 empiema pleural e 1 pneumonia; e nenhum óbito. **Conclusão:** Concluímos que a ressecção vídeo-assistida é uma estratégia eficaz no tratamento cirúrgico de bronquiectasia por apresentar baixos índices de morbimortalidade cirúrgica.

### **PO032** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ESÔFAGO-BRÔNQUICA: RELATO DE CASO

ÁLISSON HOLSTEIN<sup>1</sup>; FELIPE FERRAZ MAGNABOSCO<sup>2</sup>; LUCAS DE OLIVEIRA SASSI<sup>1</sup>; RICARDO XIMENES MALINVERNI<sup>2</sup>; FÁBIO MAY DA SILVA<sup>2</sup>; MAURICIO PIMENTEL<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

**Objetivos:** Relatar caso de tratamento cirúrgico em paciente com sintomatologia e queixas respiratórias inespecíficas, com exames prévios sugestivos de fistula esôfago-brônquica. **Método:** Análise de prontuário médico - relato de caso, e revisão da literatura. **Resultados:** J. D. , 36 anos, masculino, portador da síndrome de Poland. História de asma e pneumonias de repetição desde a infância, apresentando hemoptise. Relatou dispneia de longa data, tosse principalmente após a ingestão de alimentos sólidos e líquidos, episódios febris esporádicos, e escarro purulento. EDA mostrou orifício fistuloso no esôfago distal, não sendo visualizado o orifício fistuloso na broncoscopia. A TC de tórax evidenciou consolidação em lobo inferior do pulmão direito, com broncogramas aéreos e áreas escavadas, com nível hidroaéreo; distorção da arquitetura parenquimatosa adjacente; e retração lateral direita do terço distal do esôfago até a área de consolidação no lobo inferior do pulmão direito. Paciente foi submetido à lobectomia inferior direita e correção da fistula esôfago-parenquimatosa. Apresentou evolução satisfatória apresentou resolução dos sintomas já no período pós operatório imediato. **Conclusão:** As fistulas esofagobrônquicas benignas são de interesse para o tratamento cirúrgico devido a sua possibilidade de cura. Tais fistulas podem ser congênicas ou adquiridas e têm como causas mais frequentes as lesões inflamatórias e as pós-traumáticas, apresentando aumento de incidência nos últimos anos. A ausência de sintomas específicos pode dificultar o diagnóstico, sendo frequentemente realizado meses após seu aparecimento. O sinal clínico denominado "sinal de Ono" manifesta-se por tosse intensa de início súbito, segundos após a ingestão de alimentos sólidos ou líquidos, auxiliando um diagnóstico precoce; de grande importância para evitar lesões broncoaspirativas pulmonares tardias, como pneumonias de repetição ou até mesmo a formação de abscessos pulmonares. Quando os sintomas respiratórios manifestam-se precocemente, na presença de malformações coexistentes, como atresia esofágica ou mesmo síndromes associadas, há grande possibilidade de que a fistula seja congênita; e a síndrome de Poland, ainda que não específica, pode sugerir tal etiologia.

**PO033 VESÍCULA BILIAR INTRATORÁCICA**  
LUIZ EDUARDO ZAMBERLAN MACHADO; MARIO CLAUDIO GHEFTER; RAQUEL BEZERRA ESTRELA RODRIGUES; MARCO AURÉLIO MARCHETTI FILHO; THIAGO BITTENCOURT HASSEGAWA; JOSÉ AUGUSTO SOARES SOUZA LIMA IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Há poucos relatos na literatura sobre achados de vesícula e/ou cálculos biliares intra torácico. **Métodos:** Relataremos o caso de uma paciente com achado de nódulo pulmonar em exame radiológico de pré-operatório. Paciente de 46 anos, feminino, branca, natural e procedente de São Paulo, professora, assintomática respiratória foi encontrado um nódulo pulmonar em radiografia de tórax durante pré operatório para realização de colecistectomia videolaparoscópica. Há 1 mês foi submetida ao procedimento cirúrgico, sem intercorrências, posteriormente encaminhada ao nosso serviço para investigação de achado. Sem antecedentes pessoais, patológicos pleuro-pulmonares ou cirúrgicos pulmonares prévios. Iniciado investigação conforme figura 1 a/b. Conforme resultados iniciais sugeriram alteração benigna, realizado PET-CT e como resultado em região da lesão atividade metabólica (SUV 4,5), optado então por intervenção cirúrgica. **Resultado:** Iniciado o procedimento cirúrgico por videotoroscopia, identificado firmes aderências entre o lobo inferior e o diafragma. Optado por conversão cirúrgica com realização de uma minitoracotomia para melhor

liberação das aderências. Localizado nódulo de consistência endurecida aderido ao diafragma. Realizado ressecção em bloco necessitando a realização de uma pequena abertura no diafragma (figura 2 a/b). **Resultado de Anátomo Patológico:** Vesícula biliar com cálculo misto (colesterol/bile) em seu interior. **Discussão:** Na literatura disponível (pubmed, medline) não foram encontrados relatos de casos semelhantes ao nosso. Nos relatos na literatura mencionando vesícula biliar intra torácica é descrito possíveis rotas de migração intratorácica de cálculos biliares: os canais linfáticos de Ranvier, defeitos diafragmáticos congênicos (ex.: hérnia de Bochdaleck), fígado ectópico e formação de folhetos trans-diafragmáticos a partir de infecção local / inflamação. **Conclusão:** Relatamos um caso de vesícula biliar intra torácica em paciente submetida a colecistectomia videolaparoscópica.

## MEDIASTINO

### **PO034 ABORDAGEM CIRURGICA DE VOLUMOSO LIPOSSARCOMA DO MEDIASTINO.**

DANIEL BONOMI; ANDREY BARBOSA PIMENTA; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; ERLON DE AVILA CARVALHO; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES INSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Objetivo:** Descrever caso pouco observado na rotina do cirurgião do tórax de paciente com volumoso tumor de mediastino com densidade de gordura à TC que apresentava sintomas obstrutivos da cava superior. **Método:** Paciente do sexo masculino 47 anos com quadro de edema facial e de MMSS principalmente no período da manhã associada a dor torácica atípica. Queixa de dispneia ao decubito dorsal. **Resultados:** Paciente realizou TC de tórax que mostrava volumosa massa de densidade de gordura que englobava todo o mediastino e reduzia o calibre da veia cava superior. Paciente foi submetido a toracoscopia para avaliação de ressecabilidade e biópsia da lesão cujo anátomo patológico mostrou tratar-se de lipoma. Foi portanto submetido a grande ressecção do tumor por acesso posterolateral direito. Apresentou recidiva cervical a direita após um ano do tratamento cirúrgico e novamente submetido a abordagem por acesso cervico esternotomia. Realizada radioterapia do leito cirúrgico e esta em controle a 3 anos sem sinais de recidiva **Conclusões:** Volumosos tumores do mediastino devem ser abordados em centros de oncologia torácica com grande volume de operações para esse fim. Esse paciente foi considerado inoperado por diversas equipes de cirurgia oncológica do estado e se beneficiou muito de uma abordagem radical cirúrgica.

### **PO035 ABORDAGEM POR VIDEOTORACOSCOPIA NA RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO POSTERIOR**

DANIEL BONOMI; ANDREY BARBOSA PIMENTA; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; ERLON DE AVILA CARVALHO; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES INSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Objetivo:** Descrevermos o caso de dois pacientes com diagnóstico tomográfico de tumor de mediastino posterior na região da transição cervicotorácica submetidos a abordagem cirúrgica por VATS. **Método: Primeiro caso:** Paciente sexo masculino com 26 anos de idade, previamente hígido com queixa de dor torácica a direita mal definida e persistente. Realizou radiografia do tórax que demonstrava opacidade nodular em terço superior de hemitórax direito. Foi realizada tomografia de tórax e ressonância magnética cervicotorácica para definição de envolvimento de estruturas mediastinais **Segundo caso:**

Paciente do sexo masculino com achado com queixas de dor em braço esquerdo e ombro cuja a propedeutica de imagem mostrou um pequeno tumor em apice do HTX esquerdo.

**Resultados:** No primeiro caso o paciente foi submetido a toracoscopia com vistas a avaliação de ressecabilidade e biopsia para diagnóstico. O exame anatomo patológico demonstrou tratar-se de um tumor de origem neurogenica - Schwannoma. Submetido portanto a ressecao de tumor por VATS. Teve boa evolução recebendo alta no 4 DPO. Ja no Segundo caso o tratamento consistiu em abordagem direita por VATS com ressecao da lesao que era menor e portanto nao trazia grandes riscos ao paciente. **Conclusões:** A videotoracoscopia tem contribuido para definicao de estrategia cirurgica e ressecabilidade em caso de tumores muito grandes e tambem pode ser utilizada como via de acesso para ressecao contribuindo para melhor controle de dor pos operatoria.

### **PO036 ANÁLISE ESTATÍSTICA DE TRANSPLANTES CARDÍACOS NO BRASIL DE 2003 A 2013**

ALANNA CARLA FARIAS COUTO; JOSÉ FRANCISCO NASCIMENTO II; ANNA FERNANDA SANTOS DE SOUSA; MARCELLO HOLANDA DE ANDRADE; EDUARDO FRANÇA DO VALE CHAVES FILHO; ANIELLE MEMÓRIA DA SILVA CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA, PI, BRASIL.

**Introdução:** O transplante cardíaco continua sendo o tratamento de escolha nas cardiopatias. Sua principal indicação está nas seguintes doenças: cardiomiopatia, cardiopatia isquêmica, doença valvar, dentre outras. A sobrevida e qualidade de vida dos transplantados melhoram significativamente. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada na base de dados SCIELO, DATASUS, WEB OF SCIENCE, Centrais Estaduais de Transplantes e site da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. **Resultados:** 11 Estados brasileiros realizam transplantes cardíacos. O Estado de São Paulo é o que mais se realiza tal procedimento no ano de 2013, seguido de Ceará e Distrito Federal. Foram realizados em todo o país 3012 transplantes cardíacos na última década. No ano de 2003 foram feitos 177, aumentando para 271 no ano passado. No mês de dezembro de 2013, havia 253 pacientes ativos na fila de espera para o procedimento. **Conclusão:** Apesar de ter crescido o número de procedimento desse porte realizado, ainda há muitos pacientes na fila de espera, o que compromete a vida deles. Nem todos os Estados possuem cobertura e não há profissionais suficientes em todas as regiões.

### **PO037 APECTOS TÁTICOS UTILIZADAS NA RESSEÇÃO DE TUMORES COM INVASÃO DA VEIA CAVA SUPERIOR**

DANIEL BONOMI; ANDREY BARBOSA PIMENTA; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; ERLON DE AVILA CARVALHO; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES NSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Objetivo:** Apresentar aspectos taticos utilizados em 03 casos de tumores ressecados em monobloco com segmento de veia cava superior. **Metodo:** Foram selecionados 03 casos de pacientes com tumores que infiltravam a veia cava superior, que foram submetidos a ressecao cirurgica com reconstrução venosa. **Caso 01:** Paciente do sexo feminino 77 anos com carcinoma de pulmão estadio cT4N0M0. **Caso 02:** Paciente do sexo feminino que aos 26 anos tinha sido submetida a ressecao de um tumor de mediastino posterior por toracotomia lateral cujo diagnostico foi de Schiwanoma, apos seis anos retornou ao servico, com quadro clinico sugestivo de síndrome de veia cava superior. TC de torax e RNM mostravam tumor comprometendo e estreitando a veia cava superior. **Caso 03:** Paciente do sexo masculino 57 anos com diagnostico

anterior de carcinoma de celulas claras renal para qual foi submetido a nefrectomia. Realizou tratamento oncologico mas evoluiu com uma massa em mediastino anterior que mostrava crescimento e infiltração da veia cava superior.

**Resultados: Caso 01:** Via de acesso foi uma toracotomia posterolateral mais no 04 EIC. Realizada lobectomia superior direita e apos a liberacao total do lobo comprometido o que restou foi somente o tumor infiltrando a cava. Realizado o reparo das veias inominadas direita e esquerda e da cava intra pericardica. Vale ressaltar que a azigos teve que ser ligada para realizacao da lobectomia. Realizada ressecao da lesao com margem na veia e reconstrucao com patch de pericardio bovino. Tempo de clampeamento de cava de 23 min. **Caso 02:** Via de acesso foi uma esternotomia com extensao para toracotomia anterior direita. Dissecao muito trabalhosa de veias inominada esquerda, ligadura da veia inominada direita e reparo da cava intra pericardica e da azigos. Ressecao da lesao e reconstrucao com tubo de pericardio bovino da cava com a veia inominada esquerda. Tempo de clampeamento de cava foi de 26 min. O estudo de imunohistoquimica sugere a possibilidade do diagnostico de mediastinite cronica fibrosante. **Caso 03:** Via de acesso foi de esternotomia e toracotomia anterior direita (a incisao foi apenas mediana). Realizada liberacao do tumor com uso de Ultracission Harmonic e ligada a veia inominada esquerda com endogrampeador com carga cinza. Apos reparo de todas as estruturas venosas foi realizada a ressecao e reconstrucao da veia com patch de pericardio bovino e aplicacao de cola biologica na linha de sutura e do mediastino. Todos os pacientes foram mantidos com profilaxia de anticoagulacao no pos operatorio. Todos permanecem bem clinicamente ate a data atual. O tempo medio de internacao foi de 14 dias. **Conclusões:** As ressecoes complexas de tumores que invadem a cava superior tem suas indicacoes e devem ser interpretadas como operacoes de grande porte sim, mas, no entanto, nao notamos complicacoes que impressam esse tipo de abordagem. A anticoagulacao no pos operatorio é motivo de controversia na literature medica. O pericardio bovino tem sido cada vez mais empregado nesse tipo de intervencao. A utilizacao de energia, endogrampeador e cola biologica parece tornar o procedimento menos complexo e mais rapido.

### **PO038 BÓCIO MERGULHANTE PARA MEDIASTINO POSTERIOR: RELATO DE CASO**

SIMONE CRISTINA DA SILVA; ARTHUR ROBSON DA COSTA FREIRE; JULIA VIRGINIA CHAVES DE FREITAS; EMIDIO GERMANO DA SILVA NETO; KARINA KELLY MENDES NEGROMONTE; THIAGO DEMETRIO NOGUEIRA COSTA E SILVA UERN, MOSSORO, RN, BRASIL.

**Introdução:** O bócio mergulhante (BM) consiste numa tireoide aumentada de tamanho que invade a cavidade torácica total ou parcialmente. É responsável por 7% dos tumores do mediastino, sendo a maioria localizada no mediastino anterior. Em geral, é assintomático, insidioso, mais frequente em mulheres acima dos 60 anos e com história pregressa de cirurgia tireoidiana. **Objetivo:** Descrever um caso de BM para mediastino posterior (MP), destacando sua evolução, implicações clinicas e tratamento. **Relato de Caso:** Paciente, 78 anos, feminino, encaminhada a serviço especializado, com diagnóstico de bócio multinodular tóxico. Queixava-se de dispneia, disfagia e perda de 6 kg em 5 meses. Portadora de hipertensão arterial sistêmica e osteoartrose. Negava histórico familiar de doenças tireoidianas, cirurgias prévias e tabagismo. Trazia endoscopia digestiva alta (EDA) sem alterações. Ao

exame, apresentava bom estado geral (BEG), eupneica, voz preservada. Laringoscopia direta sem alterações. Tireoide palpável com nódulos bilaterais de até 3 cm, com componente mergulhante à direita. Auscência de linfonodomegalias e outros nódulos cervicais. Telangiectasias e circulação colateral em região superior de hemitórax direito, com sinais de congestão venosa. Ausculta pulmonar sem alterações. Exames laboratoriais demonstraram apenas tireoglobulina elevada, descartando hipertireoidismo. A Ultrassonografia cervical evidenciou bócio multinodular, e a punção aspirativa por agulha fina confirmou a benignidade da lesão. Na radiografia de tórax foi evidenciado alargamento do mediastino superior a direita com desvio contralateral da traqueia. Na tomografia de tórax (TC) foi detectada uma massa tireoidiana medindo 12x8,7x9,8cm no lobo direito, insinuando-se para o mediastino posterior, comprimindo traqueia e esôfago. Realizada abordagem cirúrgica cervicotorácica (incisão a Kocher e toracotomia ântero-lateral direita). No intraoperatório, o nervo laríngeo recorrente direito foi sacrificado e houve a realização de traqueostomia de proteção devido a limitação na luxação e rotação do bócio. No pós-operatório (PO), a paciente evoluiu com aspiração broncopulmonar cursando com pneumonia. Nova EDA e TC de tórax afastaram a possibilidade de fistula esofágica, entretanto, foi constatado um divertículo de Zenker (DZ). Atualmente, a paciente encontra-se em BEG, assintomática, sem cânula de traqueostomia, aceitando dieta geral via oral, deglutição preservada, com rouquidão discreta, sendo acompanhada por fonoaudióloga e em programação de abordagem endoscópica do DZ. A análise anatomopatológica confirmou bócio colóide multinodular benigno. **Discussão:** Em casos de tumores cervicais com componentes intratorácicos, é necessária uma abordagem profissional multidisciplinar, com investigação adequada no pré-operatório na tentativa de diminuir os riscos cirúrgicos. **Conclusão:** O Bócio mergulhante de tireoide deve fazer parte do diagnóstico diferencial dos tumores de mediastino posterior. Nesses casos, a EDA e TC de tórax são essenciais na avaliação de disfagia e programação pré-operatória, sendo a abordagem cirúrgica combinada multidisciplinar essencial para a ressecção adequada da lesão.

#### **PO039 CAUSA RARA DE OSTEOMÁLACIA HIPOFOSFATÊMICA DESENCADANDO A INVESTIGAÇÃO E O DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE MEDIASTINO: RELATO DE CASO**

GUSTAVO ALMEIDA FORTUNATO; GRAZIELLE APARECIDA PELISSARI; CAMILLA MATOS PEDREIRA; IURY MELO; RODRIGO TEIXEIRA; SERGIO TADEU LIMA PEREIRA  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL

**Objetivo:** Relatar o caso de um paciente que por apresentar osteomalácia de causa indefinida teve o diagnóstico de tumor mediastinal mesenquimal fosfatúrico que é uma condição rara e esta associado à apresentação clínica. **Caso:** Paciente masculino, 63 anos, com quadro de dores ósseas, fraqueza muscular e fraturas patológicas em ossos de arcos costais e tornozelos. Hipofosfatemia, fosfatúria e níveis normais de vitamina D. Foi diagnosticado com osteomalácia em 2007. Em tratamento clínico, desde então, sem resposta. Foi realizado investigação oncológica e cintilografia óssea demonstrou uma captação em ápice de tórax direito. Realizou TC do tórax que evidenciou massa heterogênea com densidade de partes moles localizada no ápice do pulmão direito em íntimo contato com a parede torácica e segundo arco costal posterior, com erosão do mesmo. Foi submetido à videotoroscopia e evidenciou lesão expansiva, vascularizada, localizada em mediastino posterior, medindo cerca de 7 cm em seu maior

diâmetro. A lesão foi ressecada e anatomia patológica revelou tratar-se de tumor mesenquimal fosfatúrico. **Discussão:** O tumor mesenquimal fosfatúrico é uma causa rara de osteomalácia. A osteomalácia oncogênica pode preceder em até 6 anos o surgimento da lesão neoplásica. Clinicamente cursa com hipofosfatemia e hiperfosfatúria, secundária a redução de reabsorção renal. Vários tumores benignos e malignos são descritos como causadores da osteomalácia oncogênica. Os mais frequentes são tumores variantes do tecido conjuntivo misto, os hemangiopericitomas, assim como simples hematomas organizados, hemangiomas ou mesmo nódulos fibrocísticos de mama. A maioria dos pacientes após a ressecção cirúrgica, normalizam os níveis séricos de fosfato e tornam-se assintomáticos. **Conclusão:** Diagnóstico de osteomalácia oncogênica em todos os casos de hipofosfatemia refratária a tratamento clínico deve levantar a suspeita de tumor mesenquimal, visto que trata-se de patologia potencialmente curável.

#### **PO040 DOENÇA DE BEHÇET E PREVALÊNCIA DE ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR**

WELLINGTON FORTE JUNIOR<sup>1</sup>; PEDRO BARREIRA MONTE<sup>1</sup>; WELLINGTON FORTE ALVES<sup>2</sup>; ERIKA AGUIAR FORTE<sup>2</sup>; DAVID FREIRE VIEIRA<sup>1</sup>; FRANCISCO EMÍDIO JÚNIOR<sup>1</sup>  
1. UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL

Doença De Behçet e Prevalência de Aneurisma de Artéria Pulmonar

Revisão de Literatura

**Palavras chave:** síndrome de Behçet, cirurgia, complicações  
**Objetivos:** Descrever a associação entre a prevalência de aneurisma de artéria pulmonar em pacientes com a Síndrome de Behçet. **Material e métodos:** Revisão bibliográfica em um banco de dados eletrônicos com uma busca atualizada de artigos entre 2002 e 2014 no ScieLO/PubMed tendo sido usados os descritores “Síndrome de Behçet”, “cirurgia” e “complicações”. **Resultados:** A doença de Behçet (SB) é uma vasculite sistêmica de origem desconhecida, envolvendo artérias, e mais frequentemente, o sistema venoso. A artéria pulmonar é o segundo vaso mais afetado depois da aorta. A prevalência de manifestações pulmonares decorrentes do aneurisma é de um a 7,7%. O prognóstico dos pacientes com aneurisma de artéria pulmonar é reservado e para diminuir o mesmo e, também, a alta mortalidade, tomografia Computadorizada e Angiografia são os exames mais indicados. A doença, uma condição auto-limitada, é relativamente comum na Turquia, Oriente Médio e extremo leste e é associada com a clássica tríade de úlceras genitais, orais e uveíte. O aneurisma pulmonar é considerado um evento raro e pode ocorrer junto com trombose venosa profunda, caracterizando a síndrome Hughes, uma condição em quais pacientes geralmente apresentam tosse, hemoptise, dispnéia e dor torácica. O aneurisma de artéria pulmonar é uma manifestação que mais mata em pacientes com a SB. Segundo o Jornal de Pneumologia, a artéria descendente esquerda é a mais acometida. A maior causa de aneurisma de artéria pulmonar é SB. A sobrevida de um e cinco anos após o aneurisma é 57% e 39%, respectivamente. Segundo um estudo retrospectivo realizado no Japão, foram analisados 26 pacientes com características de envolvimento vascular em portadores da SB. Destes pacientes, 8(31%) com lesão vascular e 21(61%) com lesão venosa. A prevalência da doença de Behçet tem aumentado durante os últimos 40 anos, principalmente no Japão aonde a incidência chega a 10/10. 00. Irã: 16/10. 000 e Canadá 0,3/100. 000. A SB representa uma patologia cuja sobrevida se relaciona com a progressão do acometimento

pulmonar. É possível suspeitar de um aneurisma de artéria pulmonar por meio de uma radiografia de tórax. Com o tratamento adequado, a sobrevida foi de 88% em três anos. Surge-se que pacientes com diferentes tratamentos podem apresentar diferentes prognósticos. **Conclusão:** Em relação à prevalência de aneurismas de artéria pulmonar em pacientes com SB, é notória a quantidade de trabalhos já publicados. Isto demonstra a importância do quadro clínico agravado da síndrome, justificando a atenção em tratar corretamente, para reduzir a morbi-mortalidade. Sobre a presente revisão de literatura, os objetivos foram alcançados por contemplar uma grande gama de artigos, confirmando a alta prevalência de aneurismas de artéria pulmonar nos pacientes com a SB.

#### **P0041** DOENÇA DE CASTLEMAN MEDIASTINAL: RELATO DE CASO

TIAGO ERNESTO FABRIS CEZAR; MARCOS THEOPHILO GALASSO; KARINA CUZIOI; JOSE CLAUDIO TEIXEIRA SEABRA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO; RICARDO KALAF-MUSSI

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

**Objetivo:** Relatar um caso de doença de Castleman mediastino anterior. **Introdução:** A doença de Castleman (DC), também conhecida como hiperplasia linfonodal angio-folicular, é uma desordem linfoproliferativa incomum descrita inicialmente em 1954 e classificada histologicamente como hialino-vascular ou plasma-celular, de acordo com a destruição da morfologia linfonodal. Foram apenas 1000 casos relatados entre os anos de 1954 e 2009. O tórax é o seu sítio mais comum e, por isso, deve ser estabelecido diagnóstico diferencial entre a DC e outras patologias de localização e apresentação radiológicas semelhante como: teratoma, cisto dermóide, tuberculoma mediastinal, timoma e doença de Hodgkin. **Caso clínico:** Paciente masculino, 19 anos, foi encaminhado ao serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da UNICAMP por apresentar alargamento mediastinal no radiograma de tórax em exame admissional. Negava sintomas respiratórios, porém referia dor em região retroesternal do tipo aperto, de curta duração há 3 meses, sem fatores precipitantes ou de piora. Negava tabagismo e etilismo. Quando criança, teve um episódio de pneumonia com boa evolução após terapia específica. Exame físico sem alterações dignas de nota. Solicitada tomografia computadorizada de tórax que mostrou lesão expansiva no mediastino anterior sem linfonodomegalia associada. Em tomografia com emissão de pósitron, apresentou concentração anômala de contraste em área correspondente a massa de mediastino anterior. Indicada ressecção cirúrgica da lesão no qual o estudo anatomo-patológico da lesão evidenciou linfonodomegalia exibindo DC do tipo hialino-vascular, linfonodos adjacentes com histiocitose sinusal. O perfil imuno-histoquímico apoiou o diagnóstico de doença de Castleman do tipo hialino-vascular. **Discussão:** A DC é uma entidade rara, caracterizada pela proliferação não tumoral do tecido linfático. A histologia hialino-vascular ocorre na forma unicêntrica da doença, enquanto a forma plasma-celular ocorre mais na forma multicêntrica da doença. Não é uma condição maligna, porém está associada ao aumento do risco de desenvolver neoplasias e outras doenças, tais como: linfoma das células B, polineuropatia, organomegalia, endocrinopatias, sarcomas foliculares e pênfigos paraneoplásicos. A forma unicêntrica é mais comum na terceira e quarta década, predomina no sexo feminino e ainda não tem fatores de risco estabelecidos. A imagem radiológica mais comum desta forma é um linfonodo aumentado, solitário ou massa localizada, com intenso realce homogêneo após o contraste na tomografia

computadorizada de tórax. Geralmente é assintomática e descoberta incidentalmente em exames de imagem realizados por outros motivos. Lugares comuns da apresentação incluem o tórax, pescoço, abdome, retroperitônio, e raramente, axila, virilha ou pelve. A terapia é a ressecção cirúrgica, podendo ser curativa se completa. Para doença irrecorrível, a radioterapia tem altas taxas de resposta. Recorrência ainda não foi relatada em várias séries de casos, mesmo em ressecções incompletas. A forma multicêntrica requer a associação de radioterapia, quimioterapia, corticosteróides e tratamento com anticorpos monoclonais.

#### **P0042** FATORES PROGNÓSTICOS DO TRATAMENTO DOS TIMOMAS DO MEDIASTINO: EXPERIÊNCIA DO A. C. CAMARGO CANCER CENTER

FABIO JOSE HADDAD; LUCAS LOUSADA FERREIRA; JEFFERSON LUIZ GROSS; CYNTHIA TOLEDO OSORIO

A. C. CAMARGO CANCER CENTER, SAO PAULO, SP, BRASIL

**Objetivos:** Descrever as características clínicas e o manejo terapêutico dos casos de timoma tratados no Hospital A. C. Camargo, em São Paulo, e avaliar os fatores determinantes do prognóstico. **MATERIAIS E Métodos:** Estudo retrospectivo envolvendo a análise dos prontuários de 48 pacientes, com confirmação histopatológica de timoma, admitidos no hospital A. C. Camargo, no período entre janeiro de 1990 e junho de 2010. **Resultados:** Dos 48 casos, 35 (73%) foram submetidos à ressecção completa do timoma, 4 (8,3%) à ressecção parcial e 9 (18,7%) à biópsia. A sobrevida global em cinco anos de pacientes submetidos a ressecção completa do tumor foi de 95,4%, enquanto os pacientes submetidos a ressecção incompleta (ressecção parcial ou biópsia) foi de 47,9%. Pacientes com doença inicial (estádios I e II) obtiveram 100% de sobrevida global em cinco anos. No caso de doença avançada (estádios III e IV) a sobrevida foi menor, 75% e 38%, respectivamente. Estadiamento de Masaoka e tipo de ressecção cirúrgica tiveram influência significativa na sobrevida global de pacientes com timoma. **Conclusão:** A ressecção completa é o tratamento de escolha para os timomas. O estadiamento de Masaoka demonstrou valor prognóstico significativo na sobrevida global de pacientes com timoma.

#### **P0043** JANELA PERICÁRDICA POR VIDEOTORACOSCOPIA COMO TRATAMENTO DO DERRAME PERICÁRDICO CRÔNICO

CARLOS REMOLINA; JULIETH ACEVEDO; JOSE ANTONIO RODRIGUEZ; YESSICA ANDRES TRUJILLO; KARLA GUTIERREZ

CLINICA GESTIÓN SALUD, CARTAGENA, COLÓMBIA.

**Introdução:** A avaliação e o tratamento das doenças intratorácica por meio de técnicas minimamente invasivas tem desenvolvido importantes avanços nos últimos tempos, com bons resultados. O derrame pericárdico é relativamente freqüente, e pode estar relacionado com múltiplas doenças como processos infecciosos (tuberculosos, vírus, bactérias e fungos), metabólicos (uremia, hipotireoidismo induzido por fármacos e artrites reumatóide), a radiação e o câncer. É importante fazer um diagnóstico para dar um tratamento específico em pacientes com esta doença. Também pode estar associada com afecções pleurales ou pulmonares que devem ser identificadas. Com a janela pericárdica por videotoracoscopia o cirurgião poderia identificar lesões pulmonares, pleurales, pericárdica é de miocárdio, com o tratamento imediato do derrame pericárdico. **Objetivo:** estimar a eficácia da janela pericárdica por videotoracoscopia como tratamento do derrame pericárdico crônico. **Material e Método:** Este é um estudo retrospectivo, descritivo, de um grupo de pacientes com derrame pericárdico crônico que foram tratados com janela pericárdica por videotoracoscopia,

onde avaliamos a utilidade do procedimento para pacientes com esta doença. Os dados foram coletados da revisão dos prontuários dos pacientes e processados no programa de dados de EPIINFO. **Resultados:** punção pericárdica e cateter de drenagem de pericárdio são eficazes no alívio dos sintomas de tamponamento cardíaco, estes métodos não têm a mesma eficiência na drenagem e septate recorrentes golpes cirúrgicos, ou permitir que o material adequado para biópsia. variando de observação, anti - inflamatório, pericardiocentesis quimioterapia antineoplásica com ou sem drenagem percutânea e, eventualmente, a procedimentos cirúrgicos; dos quais o mais usado: janela pericárdica transtorácica ou subxiphoid e janela pericárdica Thorascopic. É um método utilizado para o diagnóstico e tratamento de derrame pericárdio traumática e não traumática minimamente invasiva; permite um exame completo da caixa torácica e do pericárdio, com excelente visualização das estruturas torácicas e do mediastino ao contrário do subxiphoid que só permite a visualização e ressecção limitada do pericárdio; cria uma grande janela pode reduzir as recorrências. **Conclusão:** Existe uma variedade de tratamentos hoy disponibles para el manejo de los derrames pericárdicos. En una ventana pericárdica por vídeo torascópica se crea una verdadera ventana, pero requiere la ventilación de un solo pulmón y dos o tres incisiones intercostales. El acceso torascópico permite además la realización de procedimientos adicionales, tales como Biopsia de pulmón, pleural o masas mediastínica, y el tratamiento de un derrame pleural concomitante.

#### **PO044** MEDIASTINITE ESCLEROSANTE MIMETIZANDO TUMOR DE MEDIASTINO ANTERIOR.

LUIZ CARLOS DE LIMA<sup>1</sup>; VÂNGELIS BASÍLIO REBELO<sup>2</sup>; FERNANDO LUIZ WESTPHAL<sup>1</sup>; JOSÉ CORREIA LIMA NETTO<sup>2</sup>; RAQUEL MAGALHÃES PEREIRA<sup>2</sup>

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, MANAUS, AM, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL.

**Objetivo:** descrever um caso de mediastinite esclerosante idiopática mimetizando tumor de mediastino anterior. **Relato do Caso:** Homem, 61 anos, natural e procedente de Manaus (AM), contramestre de embarcação regional, apresentou-se com queixa de disфонia acompanhada de tosse seca há 30 dias. Negava outros sintomas. Tabagista por 20 anos, abstêmio atualmente. Procurou assistência médica e realizou videolaringoscopia, a qual evidenciou paralisia de corda vocal direita. Não apresentava alterações ao exame físico. Realizou tomografia computadorizada da região cervical, a qual mostrou tumor de 5cm de diâmetro em região para traqueal direita. Foi encaminhado para o serviço de cirurgia torácica, onde realizou tomografia do tórax que mostrou tumor para traqueal direito, no mediastino anterior, com envolvimento do tronco braquiocéfálico. Durante a investigação, evoluiu com edema facial e cefaléia. Realizou ressonância magnética do encéfalo e mediastino, que evidenciou apenas alterações encefálicas de natureza isquêmica. Foi submetido a cervicotomia, sendo ressecada parte do tumor que envolvia a carótida direita e tronco braquiocéfálico. **Resultados:** Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, apresentando regressão da sintomatologia. A imuno-histoquímica foi compatível com Mediastinite Esclerosante. Realizou fibrobroncoscopia cinco meses após a cirurgia, apresentando cordas vocais normais e ausência de lesão traqueobrônquica. A citologia do lavado broncoalveolar foi negativa para neoplasia, fungos e tuberculose. A tomografia de controle, realizada sete meses após a cirurgia, mostrou regressão da lesão quando comparada com exames anteriores. O paciente segue em acompanhamento

ambulatorial sem queixas até o momento. **Conclusão:** A mediastinite esclerosante é uma doença rara e deve entrar no diagnóstico diferencial de tumores do mediastino. Devido aos poucos casos encontrados na literatura ainda não podemos definir um padrão adequado de tratamento.

#### **PO045** OCLUSÃO PERCUTÂNEA DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL COM A PRÓTESE DE AMPLATZER EM SEPTUAGENÁRIO, GUIADA PELA ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA

CATHIA REGINA SPERANDIO; CLEBER DE MESQUITA ANDRADE; ARTHUR ROBSON DA COSTA FREIRE; ALLANA CLARICE FIGUEIROA CORTEZ; ANTONIA OLIVEIRA BEZERRA; ALEX CARVALHO MONTEIRO  
UERN, MOSSORO, RN, BRASIL.

**Introdução:** A comunicação interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita caracterizada por um orifício anormal no septo atrial. Há hiperfluxo pulmonar, pois há um desvio anormal de sangue do lado esquerdo do coração para o lado direito, e depois, para a circulação pulmonar. Com o tempo poderá ocorrer hipertensão pulmonar (HP). Por causar poucos sinais e sintomas durante anos, a CIA é a cardiopatia congênita mais comumente diagnosticada na idade adulta. A suspeição clínica guia o diagnóstico, especialmente após ausculta cardíaca com desdobramento fixo e amplo de B2, e confirmada com ecocardiograma transesofágico. O tratamento é realizado por intervenção percutânea com implante de prótese ou cirurgia convencional. O tratamento percutâneo com colocação de prótese de Amplatzer® está indicada para pacientes com CIA do tipo ostio secundum e está relacionada a uma menor taxa de complicação intra e extra-hospitalar, e com eficácia similar à septoplastia cirúrgica, além de ser economicamente mais viável e promover um conforto maior ao paciente. **Objetivo:** Oclusão de CIA por intervenção percutânea e colocação de prótese de Amplatzer em idoso de 74 anos. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 74 anos, relata dispneia desde a adolescência, com piora há 6 meses, apresentando aos pequenos esforços. Em tratamento de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e Parkinsonismo. Ao exame físico: ausculta cardíaca com RCR, 2T, B2 ampla e com desdobramento fixo com as fases da respiração; eletrocardiograma com RSR, SâQRS: 110°, baixa voltagem do QRS em planos frontal e horizontal; ecocardiograma transesofágico com aumento moderado de câmaras cardíacas direitas, HP=52mmHg e uma CIA do tipo ostium secundum, medindo 2,0 cm. Foi indicado procedimento percutâneo para colocação de uma prótese de Amplatzer, o qual foi realizado no Hospital Wilson Rosado, em Mossoró-RN. O ato cirúrgico transcorreu sem intercorrência e o mesmo manteve-se em uso de AAS 100mg e Clopidogrel 75mg. Após o procedimento, observou-se dois pequenos shunts residuais, um trivial e outro mínimo. O paciente não acordou satisfatoriamente após anestesia, tendo permanecido internado por 48 horas. Realizado Tomografia Computadorizada de Crânio por suspeita de Acidente Vascular Encefálico isquêmico, o que não se confirmou. Antes da alta hospitalar, no dia seguinte, foi realizado ecocardiograma transtorácico, onde observou-se normoimplantação da prótese de Amplatzer em septo atrial e ausência de shunts residuais. **Discussão:** O procedimento cirúrgico transcorreu com sucesso. O ecocardiograma realizado no pós-operatório, antes da alta do paciente e após 48 horas, pode-se comprovar a perfeita implantação da prótese, mostrando que é um procedimento seguro, mesmo em pacientes com múltiplas comorbidades. **Conclusão:** a CIA é comumente detectada em idades mais avançadas, quando as repercussões hemodinâmicas aparecem. Nesses casos torna-se necessária a intervenção cirúrgica. A

prótese Amplatzer é a mais empregada em todo mundo, pela facilidade no manuseio e por permitir o fechamento de CIA's grandes. Além disso, é um procedimento custo-efetivo, seguro e diminui o tempo de internação hospitalar.

**P0046 QUILOTÓRAX POS-OPERATÓRIO EM SIMPATECTOMIA**

MARCELO CUNHA FATURETO<sup>2</sup>; MARCIO CUNHA FATURETO<sup>2</sup>; MARCELA HERCOS FATURETO<sup>3</sup>; JOÃO PAULO VIEIRA DOS SANTOS<sup>1</sup>

1. UFMT, UBERABA, MG, BRASIL; 2. UNIUBE, UBERABA, MG, BRASIL.

**Objetivo:** relatar esta rara complicação na simpatectomia torácica por hiperidrose e discutir sua evolução. **Introdução:** O quilotórax é uma complicação muito rara na cirurgia da hiperidrose de MMSS. Poucos autores a tiveram e descreveram suas experiências nesta situação. Na maioria dos casos o hemitorax esquerdo é o envolvido. Raramente descoberto no per-operatório, mas geralmente diagnosticada na primeira ou segunda semana pela dispneia, tosse e adinamia que podem surgir. Sendo rara, vários autores a tratam de maneiras diferentes, desde a drenagem torácica, dieta sem gorduras ou jejum total e nutrição parenteral total por cerca de uma semana, até a imediata ligadura do ducto se descoberto no per-op ou tardiamente no PO retirando o dreno após ingestão oral. Recentemente também relataram obstrução do ducto lesado por radiologia intervencionista. Recentemente tivemos este nosso primeiro caso e relatamos sua evolução. Temos mais de duzentos casos operados, desde 1990 e tivemos recentemente esta complicação pela primeira vez.

**Metodo:** ACAS, mulher de 34 anos, com hiperidrose axilar havia duas décadas, IMC 22, foi submetida a Simpatectomia videotoroscopia – níveis R3-4-5-6, em 02/09/14. Em 08/09 voltou queixando dor torácica, dorso sensível, barriga inchada e cansaço a maiores esforços. Havia pequena redução na ausculta em base. Em 11/09 a radiografia mostrou opacidade sugestiva de coágulo em 1/3 inferior Esquerdo. Em 12/09 a TC pre-op mostrou velamento maior e agora sugestivo de derrame volumoso sem coágulos. Tinha Hb de 14. 2 e 8. 800 leucocitos. A Toracocentese evidenciou quilotórax, confirmado pela análise bioquímica. Imediatamente realizamos a videotoroscopia, aspiramos toda a cavidade e fizemos a clipagem do que achávamos ser o ducto torácico lesado ao nível da sexta costela, provavelmente pelo calor dissipado pelo gancho que usamos de rotina com eletrocauterio em potencia de 25 watts. Pelo tubo de Carlens verificamos saída de quilo pelo ramo esquerdo! O resultado per-op foi de controle total mesmo após uma hora de observação introduzindo azeite e manteiga por SNG. A dieta com TCM foi liberada no mesmo dia, e houve débito de 1000 ml em 18hs. Fizemos nova exploração cirúrgica (videotoroscópica) e achamos outro local com perda quílosa que foi clipado. **Resultado:** Mesmo mantendo dieta oral com TCM, ondasetrona e IBP o débito manteve-se por mais de uma semana (cerca de 250 a 350 ml) quando pelo dreno fizemos a infusão de talco neutro. Em dois dias não tínhamos mais débito significativo e paciente recebeu alta hospitalar no 13 PO. Neste período a perda ponderal foi de 7%. Mantivemos a paciente com orientação de evitar gorduras por 30 dias. Lentamente foi recuperando seu peso, sem mais complicações. **Conclusão:** Discutimos este caso com vários autores que sugeriram condutas diferentes e até mesmo a possibilidade do controle endovascular. Um detalhe preventivo foi o de não trabalhar tão baixo – R6, embora alguns façam a simpaticotomia na borda superior e inferior da 5 costela, bem próximo do leito de R-6 usado

neste caso e em todos os outros casos de hiperidrose axilar que realizamos em nosso meio.

**P0047 RELATO DE CASO: BÓCIO MERGULHANTE**

ALEXANDRE FIGUEIREDO ZOBIOLE<sup>1</sup>; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA<sup>1</sup>; MARCELO BORGES ARAUJO<sup>3</sup>; IVAIR XIMENES LOPES JUNIOR<sup>1</sup>; RAISSA CAROLINA DE ASSIS PINHEIRO<sup>2</sup>

1. UFMT, CUIABA, MT, BRASIL; 2. HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL.

**Objetivo:** O bócio mergulhante é uma afecção rara da glândula tireoide, caracterizado pelo aumento do seu tamanho, peso e volume, invadindo a cavidade torácica total ou parcialmente. Em geral, é um quadro crônico, de evolução lenta e aspecto insidioso, sendo assintomático em até 65% dos casos. Sua incidência é maior no sexo feminino, com idade superior a 40 anos. Estima-se que menos de 10% dos bócios são do tipo mergulhante. Sendo responsável por cerca de 7% dos tumores do mediastino e até 20% das tireoidectomias, a maior parte consistindo em massas não malignas e localizadas no mediastino. O relato visa expor um caso de bócio mergulhante de tireoide gigante com ocupação do mediastino superior e anterior, com significativa compressão da traqueia em seu terço distal, causando sintomas respiratórios progressivos. **Métodos:** Relato de bócio mergulhante, tratado cirurgicamente com toracotomia anterior mediana por planos com esternotomia mediana total e ressecção de tumor em região mediastinal anterior e superior, realizada no Hospital de Câncer de Mato Grosso em Cuiabá-MT. **Resultados:** M. M. N. C. 69 anos, feminina, solteira, residente em Cuiabá. Paciente encaminhada ao Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital de Câncer de Mato Grosso, refere que há cerca de 10 anos percebeu aumento de volume em região cervical anterior direita, associado a dispneia, disfagia e engasgos. Refere aumento progressivo da massa, intensificando os sintomas associados. Realizou tomografia computadorizada, que teve como conclusão a presença de uma volumosa lesão expansiva, lobulada, bem definida, heterogênea associada a focos de calcificações de permeio, com realce heterógeno ao contraste se entendendo da região cérvico torácico, até a região mediastinal e infracarinal direita, causando compressão da traqueia e desvio mediastinal contralateral. Biópsia por agulha de tireoide negativa para malignidade. Esternotomia mediana foi o acesso cirúrgico de escolha devido as dimensões e localização do bócio, que ocupava grande parte da região mediastinal anterior e superior, se estendendo até próximo a região hilar direita com compressão significativa da traqueia em seu terço distal. **Conclusões:** A ressecção cirúrgica total em pacientes com bócio mergulhante ou intratorácico deve, sempre que possível, ser considerada, sendo o único método capaz de evitar complicações da compressão de estruturas intratorácicas, solucionando a sintomatologia e abordando, também, o risco de malignidade. A remoção apresenta melhores resultados quando realizada antes da massa tornar-se extensa.

**P0048 RELATO DE CASO: CARCINOMA TÍMICO ASSINTOMÁTICO**

ALEXANDRE FIGUEIREDO ZOBIOLE; VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA; RAISSA CAROLINA DE ASSIS PINHEIRO; IVAIR XIMENES LOPES JUNIOR  
UFMT, CUIABA, MT, BRASIL.

**Objetivos:** As neoplasias do timo são afecções raras, sua incidência é de um a cinco casos por milhão de pessoas ao ano. O Carcinoma tímico representa menos de 10% dessas neoplasias, sendo seu pico de incidência entre 30 e

60 anos, com discreta predominância no sexo masculino. São tumores tipicamente malignos, de comportamento agressivo e que cursam em 70% dos casos com sintomas de compressão mediastinal, como dor, dispneia e síndrome da veia cava superior. Sintomas constitucionais também podem estar presentes em alguns pacientes, sendo uma minoria assintomáticos. O presente estudo visa apresentar um caso de carcinoma tímico que progrediu devido a atrasos no tratamento. **Métodos:** É apresentado um caso de timectomia devido a Carcinoma Tímico, realizada no Hospital de Câncer de Mato Grosso (Cuiabá-MT). **Resultados:** Paciente V. L. M. R., 45 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao serviço de cirurgia torácica do Hospital de Câncer devido a achado radiográfico ocasional compatível com alargamento mediastinal, posteriormente foi realizada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou uma massa mediastinal. Paciente assintomática, optou pela não-realização de procedimento cirúrgico. O retorno ao serviço deveu-se a contato do hospital, por autorização da cirurgia ativa no sistema. A paciente ainda se encontrava assintomática. Realizou tomografia de tórax na qual foi evidenciado discreto aumento da lesão. Realizou-se ressecção cirúrgica do tumor mediastinal, sendo a lesão estadiada como IIB de acordo com Masaoka. Seguiu-se exame anátomo-patológico, com diagnóstico sugestivo de timoma com predominância epitelial atípica. Foi solicitada imuno-histoquímica para melhor avaliação diagnóstica, com resultado positivo para pan-citoceratina e para citoceratina de alto peso molecular, que associado à expressão para CD5 e CD117 e padrão morfológico favoreceram o diagnóstico de carcinoma tímico. Foi encaminhada para seguimento junto a equipe de oncologia. **Conclusões:** O carcinoma tímico é uma neoplasia mediastinal rara, sendo a apresentação assintomática a menos frequente. As correlações clínico-cirúrgicas levaram à hipótese de timoma, no entanto o anátomo-patológico e a imuno-histoquímica diagnosticaram o carcinoma tímico.

#### **PO049** RELATO DE CASO: PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO EM JOVEM DE 18 ANOS

ARTHUR ROBSON DA COSTA FREIRE; LIGINEY LINO DE OLIVEIRA; JEFFERSON THIAGO MEDEIROS; SIMONE CRISTINA DA SILVA; ALLANA CHARICE FIGUEIROA CORTEZ; CATHIA REGINA SPERANDIO  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, MOSSORÓ, RN, BRASIL.

**Introdução:** O pneumomediastino é a presença de ar livre no mediastino. É uma entidade rara, cuja prevalência está estimada em 0,001% a 0,01%. Tendo em vista o curso benigno, muitos diagnósticos são perdidos, haja vista que muitos não procuram auxílio médico. As principais etiologias são traumatismos, procedimentos invasivos torácicos, acesso de tosse, uso de drogas inaladas, vômito, esforço físico intenso, ventilação mecânica, esforço do parto e fistulas traqueobrônquicas ou esofagobrônquicas, mas em muitos casos a etiologia permanece desconhecida. Os principais sintomas associados são dor torácica, dispneia, tosse, disfonia, disfagia e dor cervical. Pode haver crepitações à ausculta cardíaca (sinal de Hamman). O diagnóstico é clínico-radiológico, sendo uma afecção autolimitada, requerendo tratamento conservador com repouso e analgesia. **Objetivo:** Descrever um caso de pneumomediastino espontâneo em jovem de 18 anos. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 18 anos, deu entrada no pronto socorro do Hospital Regional Tarcisio Maia em Mossoró, RN, com dor torácica, intensa, ventilatório-dependente, piorada com decúbito dorsal, há 3 dias, associada à disfagia, dispneia e tosse. Negava outras queixas. Ao exame físico apresentava enfisema subcutâneo

torácico e cervical. Ausculta cardíaca com sinal de Hamman evidente. Exame abdominal sem alterações. Foi solicitado raio X de tórax, no qual foi evidenciado lâmina de ar envolvendo a silhueta em ápice cardíaco. Efetuou-se uma TC de tórax constatando o enfisema subcutâneo e a presença de ar entre estruturas mediastinais, confirmando o pneumomediastino. Foi realizada uma endoscopia digestiva alta para exclusão de lesão esofágica, com resultados normais. O paciente foi internado e foi instituído tratamento com analgésicos, antibióticos e repouso no leito. Evoluiu bem, com o RX de tórax de controle evidenciando regressão do pneumomediastino, recebendo alta após 8 dias de internamento. **Discussão:** o paciente teve um quadro clínico típico de pneumomediastino espontâneo, apresentando os sintomas mais frequentes de dor torácica, dispneia e tosse, muito embora não tenha relatado nenhum fator desencadeante do quadro, como acesso de tosse prévia, esforço físico intenso ou trauma. A idade do acometimento corresponde aos dados da literatura em que a maioria dos casos ocorre entre 17-25 anos. Nesse paciente não foi evidenciado nenhuma patologia associada ao pneumomediastino espontâneo, como doença intersticial pulmonar, enfisema pulmonar, asma, bronquiectasias, malignidades intratorácicas ou lesões císticas. A disfagia justificou o uso da endoscopia para descartar lesão esofágica. O tratamento conservador com analgesia e repouso ainda é o de escolha, dado o caráter benigno da condição. As complicações no atraso do diagnóstico podem ser ruptura esofágica, mediastinite ou pneumotórax hipertensivo, não evidenciadas nesse paciente. **Conclusão:** os sintomas do pneumomediastino espontâneo são inespecíficos, mas o sinal de Hamman e o enfisema subcutâneo ajudam no diagnóstico, que deve ser de exclusão e só deve ser pensado quando outras patologias forem descartadas.

#### **PO050** SCHWANOMA MADIASTINAL EM AMPULHETA - TRATAMENTO CIRÚRGICO

RAFAEL LUCAS COSTA DE CARVALHO<sup>2</sup>; JOSE LUCAS DE CARVALHO<sup>2</sup>; FERNANDO ANTONIO CARVALHO<sup>3</sup>; LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO<sup>3</sup>

1. UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL; 2. HOSPITAL NAPOLEAO LAUREANO, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar caso de paciente com volumosa formação expansiva em mediastino posterior com extensão ao terço superior do hemitórax direito e ao canal raquidiano, com ressecção por abordagem por toracotomia e laminectomia posterior. **Método:** Dados obtidos por história clínica, anamnese, exame físico, exames complementares de imagem, procedimento cirúrgico e revisão de literatura. **Resultados:** Trata-se de paciente do sexo feminino, de 41 anos, que se apresentou com queixa de dispneia progressiva e tosse improdutiva associadas a dor na cintura escapular direita com irradiação para a face medial do membro superior ipsilateral com início há aproximadamente três meses. Ao exame físico, além da ausculta reduzida no metade superior do hemitórax direito, observava-se abaulamento de parede torácica anterior e fossa supraclavicular direita. A investigação por imagem incluiu radiografia simples, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, com avaliação do tórax e da coluna cervicotorácica e revelou volumosa lesão expansiva heterogênea com áreas císticas, sólidas e focos cálcicos, contornos parcialmente definidos e impregnação irregular pelo meio de contraste comprometendo o terço superior do hemitórax direito, promovendo compressão das veias cava superior e braquiocéfálica direitas, deslocando o esôfago para a esquerda e reduzindo a luz traqueal em 80%. Medida cerca de 12 x 11 x 10 cm e se estendia ao canal

raquidiano através do forame intervertebral ao nível C7/T1, sugerindo origem na raiz do nervo C8. A abordagem cirúrgica envolveu inicialmente laminectomia posterior com liberação do componente intraraquidiano seguida de toracotomia posterolateral miopreservadora com proteção do feixe vasculonervoso intercostal e ressecção completa da lesão sob anestesia geral e peridural com ventilação monopulmonar. A evolução pós operatória se deu sem intercorrências, com clara melhora sintomática e alta hospitalar no quinto dia. O estudo histopatológico revelou tratar-se de Schwannoma. **Conclusão:** Os tumores neurogênicos benignos do mediastino posterior se tornam sintomáticos quando provocam compressão de estruturas adjacentes. Tumores que se apresentam de forma complexa, com grande volume e extensão intraraquidiana, demandam abordagem multidisciplinar, envolvendo a cirurgia torácica e a neurocirurgia, tendo em vista a redução do risco de complicações relacionadas ao sistema nervoso central.

#### **PO051 SIBILÂNCIA EM LACTENTE SECUNDÁRIA A TERATOMA: RELATO DE CASO**

MARÍLIA COSTA COELHO; LAURA JANNE LIMA ARAGÃO; MONALISA FONTES SILVA; SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAÚJO; ANTÔNIO CARLOS DE MOURA NETO; INGRID IANA FERNANDES MEDEIROS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UERN, MOSSORO, RN, BRASIL.

**Introdução:** A sibilância é um fenômeno comum na infância. As causas mais frequentes são bronquiolite, em lactentes, e asma, em crianças. Entretanto, pode ser encontrada em qualquer situação de estreitamento das vias aéreas. **Objetivo:** O presente trabalho descreveu um caso de sibilância em lactente secundário a teratoma mediastinal. **Relato do Caso:** Lactente, masculino, 9 meses, apresentando dispneia e tosse improdutiva durante 4 semanas. Encontrava-se pálido, com dispneia leve e sibilos pulmonares difusos. Foi previamente tratado com associações de antimicrobianos e broncodilatadores sem melhora clínica, evoluindo com persistência da sibilância. Ecocardiograma não evidenciou cardiopatia que explicasse o quadro. Havia derrame pericárdico discreto, porém sem repercussões. Ressonância magnética do tórax demonstrou formação cística, de 9,3 x 6,8 x 5,5 cm, lobulada e septada, em mediastino e hemitórax esquerdo. A estrutura provocava compressão de órgãos mediastinais e pulmão esquerdo; levando a desvio traqueal, redução do diâmetro do brônquio principal esquerdo e atelectasia do lobo superior direito. Dosagem de alfafetoproteína estava elevada (27,1 UI/mL - VR: 0,5-11,3 UI/mL). Foi realizado acesso cirúrgico para exérese completa da lesão, e o exame histopatológico da peça concluiu tratar-se de teratoma maduro cístico. O paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato e tardio, sem as alterações clínicas iniciais. **Discussão:** Diagnósticos etiológicos alternativos de sibilância devem ser considerados em quadros atípicos e resistentes às terapêuticas habituais. Os teratomas mediastinais podem comprimir vias aéreas e provocar sibilância. Embora císticos e benignos (em sua maioria), a gravidade pode decorrer de complicações como atelectasia e derrame pleural ou pericárdico.

#### **PO052 TERATOMA MADIESTINAL MADURO: RELATO DE CASO**

CARLOS LEANDRO LOVATO; ANDERSON KAHL BECH; ARIEL DUTRA LOPES; RODOLFO VAGNER XAUBERT; JULIANA MARTINI; ALBERTO DOS SANTOS RIESGO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.

**Introdução:** Teratoma Maduro Mediastinal é doença de crescimento lento, representa aproximadamente 15 % das massas mediastinais anteriores em adultos e 25 % em crianças. Mais prevalente no sexo feminino e idade do diagnóstico é na 2° ou 3° décadas de vida [1]. Sintomas mais frequentes são dor retroesternal, dispnéia [1] Podem conter elementos do endoderma, mesoderma e ectoderma [3] Ruptura da lesão ocorre em até 35% dos pacientes, para mediastino, pulmão, árvore brônquica e espaço pleural [2]. Alfa fetoproteína e B-hcg estarão elevados em 70% dos casos [1] Radiologicamente são massas que se localizam principalmente em mediastino anterior e médio. À tomografia de tórax, 90 % são císticos, dentes e estruturas ósseas são identificados em 25 % dos casos[1]. Apresentam sinais de atenuação de gordura em 70% e calcificações em 35% das massas, envolvimento pulmonar em 35 %, envolvimento pericárdico em 11% [4] . **Objetivo:** Descrever a experiência de um Hospital Universitário, na abordagem diagnóstica e terapêutica de paciente com Massa Mediastinal Anterior. **Método:** Revisão da literatura de um caso de Teratoma Mediastinal Maduro **Resultados:** Sexo feminino, 34 anos, branca, do lar, com queixa de desconforto respiratório há 04 meses, nega emagrecimento. Sua história médica, era previamente hígida, sem história de tabagismo ou uso de medicamentos. Raios de tórax com lesão justacardiaca direita. Tomografia de tórax mostrou volumosa lesão cística junto ao pericárdio à direita com conteúdo heterogêneo medindo 8. 0 x 9, 1x 9,7cm. Submetida Ressecção de massa mediastinal por toracoscopia, sob anestesia geral e tubo de duplo lúmen. Anatomopatológico foi Teratoma Mediastinal Maduro. **Discussão:** Pacientes com teratoma mediastinal imaturo tem pior prognóstico, embora na criança ainda seja considerado de bom prognóstico [1] Teratomas mediastinais maduros primários de mediastino são exclusivos de homens jovens [2]. Diagnóstico diferencial se faz com, tumores da tireóide, linfomas, timomas, cisto pericárdico e cisto hidático [1]. Ressecção cirúrgica completa é curativa. **Conclusão:** Teratoma Mediastinal Maduro é o tumor de células germinativas mais comum, acometendo na mesma frequência homens e mulheres [1]. Diagnóstico se faz com informações clinico-radiológicas. Tratamento feito com ressecção cirúrgica completa e o prognóstico no teratoma mediastinal maduro é excelente [1].

#### **PO053 TIMOMA E MIASTENIA GRAVIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

JOSÉ OSÓRIO FREIRE; FRANCISCO BRUNO COSTA; TALLEZ TAVARES LIMA; IVNA CELLI SÁ; DENYSE LOURO LEITE; ARTHUR CUCUPIRA ASSIS

UFMG, CAJAZEIRAS, PB, BRASIL.

No Brasil muitos casos de timomas relacionados a pacientes portadores de miastenia gravis são identificados. Dessa forma, viemos através desta revisão de literatura, fazer um estudo que analisa os casos relatados e sintetiza como são feitos os diagnósticos, além de como foram as condutas a que se submetem os pacientes acometidos pela afecção. Para este estudo foram consultadas as principais bases de dados de artigos científicos, publicados nos últimos quinze anos no Brasil, onde, após a utilização desses filtros, e excluindo-se artigos científicos repetidos, encontramos sete artigos registrados na biblioteca virtual de saúde. Ao todo, foram descritos sete relatos casos e dois estudos epidemiológicos, distribuídos entre os artigos, que foram analisados e reunidos na forma de revisão integrativa da literatura. Pudemos observar, nos casos analisados, que a maioria dos pacientes eram mulheres adultas jovens, mas havia também o acometimento de homens e de diversas fixas

etárias. Em pacientes com miastenia gravis é sempre prudente a investigação de timoma associado, sendo considerada das alterações histopatológicas mais comuns nesses pacientes. De forma geral, pudemos observar, que os pacientes recebiam tratamento específico para a miastenia gravis e, após a identificação das alterações oncológicas, o tratamento de escolha era a ressecção total do tumor e do timo (timestomia) por toracotomia, embora tenham sido realizados estudos com o uso de terapia conservadora que demonstraram bons resultados. Observou-se ainda, que na maioria dos casos o diagnóstico é feito a partir de sinais clínicos de alterações na evolução do paciente miastênico, no qual deve ser sempre aventada a possibilidade de desenvolvimento de timoma. O prognóstico, via de regra, foi positivo na maioria dos casos, embora deva-se ressaltar que a demora na detecção e tratamento dessa entidade pode levar ao óbito, como ocorreu em um dos casos relatados.

#### **PO054 TORACOTOMIA ANTERIOR PARA RESSECÇÃO DE TIMOMA GIGANTE – UM RELATO DE CASO**

HEITOR LIMA MEDEIROS<sup>1</sup>; RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA<sup>2</sup>; ALEXANDRE DE OLIVEIRA<sup>3</sup>; PALOMA PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA<sup>4</sup>

1. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL; 3. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4. UNIFACS, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Introdução:** O timoma é um tipo de neoplasia que se comporta usualmente de forma benigna e apresenta crescimento lento. É uma afecção rara, porém é o tumor mais frequente do mediastino anterior (20 a 30% das massas mediastinais em adultos). É mais comum na faixa etária entre 50 e 60 anos e existem dois subtipos (o encapsulado e o invasivo). Ele pode ser encontrado em imagens radiológicas em formas ovaladas ou redondas, e com margens bem definidas. Uma vez identificado, o tratamento de escolha na maioria das vezes é a ressecção completa do timoma. Em nosso meio, o tumor benigno apresenta sobrevida em 10 anos de 82,6% e o maligno taxa média de sobrevida em 5 anos de 33,5%. O estadiamento usado mais amplamente para esta neoplasia é o método de Masaoka, que descreve aspectos do câncer, como: localização, disseminação, e se afeta as funções de outros órgãos do corpo. Conhecer o estágio do tumor ajuda na definição do tipo de tratamento e a prever o prognóstico da paciente. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é relatar um caso de timoma gigante, cujo tratamento foi a ressecção completa realizado por toracotomia anterior. **Método:** Relato de caso com revisão bibliográfica narrativa. **Resultados:** Paciente de 66 anos, sexo feminino, procurou ambulatório pois queixava-se de dispnéia progressiva que iniciou-se há 3 meses, e no momento da consulta se apresentava aos médios esforços. Ao exame físico não apresentou nenhum achado digno de nota. Foi solicitado um Rx de tórax, o qual evidenciou um alargamento mediastinal. Foi então solicitado uma TC de tórax, para melhor avaliação do achado e posteriormente uma biópsia transparietal, guiada por tomografia computadorizada, a qual diagnosticou o achado como sendo um timoma. A paciente então foi submetida a uma toracotomia anterior para retirada do mesmo que tinha dimensões de: 15,00 cm x 13,00cm x 5,00cm. Esse tumor apresentava-se totalmente encapsulado, sem invasão para órgãos adjacentes, sendo estadiado como (I a) no método de estadiamento de masaoka. Nesse tipo de estadiamento, o tratamento recomendado é apenas a ressecção cirúrgica, sem a necessidade de terapias adjuvantes. **Conclusões:** Em conclusão, a ressecção completa é o tratamento de escolha

para os timomas. Esses tumores, quando não invasivos e ressecados completamente, apresentam bom prognóstico imediato e tardio, e não necessitam de terapia adjuvante.

#### **PO055 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR DE SEIO ENDODÉRMICO PÓS QUIMIOTERAPIA**

JOSÉ CORREIA LIMA NETTO<sup>2</sup>; FERNANDO LUIZ WESTPHAL<sup>1</sup>; LUIZ CARLOS DE LIMA<sup>1</sup>; TATIANA HERCULANO CATTEBEKE<sup>2</sup>; LINCOLN JOSE TRINDADE MARTINS<sup>3</sup>; VICTOR RIPARDO SIQUEIRA<sup>1</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 2. FCECON, MANAUS, AM, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS, AM, BRASIL.

Tratamento cirúrgico de tumor de seio endodérmico pós quimioterapia. **Objetivo:** Relatamos o caso de um paciente com tumor de células germinativas de mediastino gigante, tratado com quimioterapia com pouca resposta e posterior ressecção completa da tumoração. **Método:** Análise retrospectiva por análise de prontuário. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 31 anos, iniciou após exercício físico, dispnéia moderada, progredindo para dispnéia aos pequenos esforços e posteriormente em repouso. Realizou tomografia que mostrou formação expansiva heterogênea de 21 cm x 16 cm. Realizado biópsia a céu aberto que teve como achado de tumor de células germinativas não seminomatoso sendo o estudo imuno histoquímico com expressão negativa para BHCg e positiva para alfa feto proteína, tendo como diagnóstico tumor de saco vitelino ou de seio ectodérmico. Submetido a quatro ciclos de quimioterapia com bleomicina, etoposide e cisplatina. Na tomografia após o tratamento apresentou pequena redução da lesão 19,2cm x 12 cm. Submetido a toracotomia tipo “clamshell” com ressecção completa da tumoração e linfadenectomia mediastinal, observado que a lesão se encontrava ocupando o hemitórax esquerdo, levando a deslocamento do mediastino para a direita e causando compressão do pulmão direito. Apresentou dificuldade de desmame da ventilação mecânica no pós operatório, após ser submetido a traqueostomia e fisioterapia intensiva teve boa evolução clínica com alta hospitalar depois do 20º dia de internação. **Conclusão:** Em casos que não há invasão local, comprometimento linfonodal ou metástase a distância, fatores de pior prognóstico e comumente observados nesse tipo de doença, a indução com quimioterapia, ressecção da doença residual e posterior quimioterapia maciça é indicada, mesmo assim com prognóstico reservado, com sobrevida em cinco anos de 40%. A radioterapia como tratamento se mostrou ineficaz e não deve ser indicada. Em nosso caso o quadro clínico do paciente, principalmente a piora progressiva da dispnéia por compressão pulmonar após a quimioterapia e a ressecabilidade do tumor foi essencial para a indicação do tratamento cirúrgico.

#### **PO056 TUMORES DE CORAÇÃO. DIAGNÓSTICO TARDIO, PATOLOGIA GRAVE E RESULTADOS INFELIZES.**

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA; PAULO HENRIQUE ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

**Introdução:** Os tumores do sistema cardiovascular são patologias raras. Manifestam-se por sinais e sintomas inespecíficos, na maioria das vezes. O tratamento de alterações de ritmo cardíaco, das patologias que acarretam disfunção no sistema de condução Hiss-Purkinje e das síndromes que podem acometer o coração (isquêmica, particularmente) devem levar em consideração a possibilidade de neoplasias cardíacas. Os tumores do músculo cardíaco são os rhabdomyosarcomas,

que se desenvolvem com maior frequência nas cavidades cardíacas esquerdas, principalmente no ventrículo esquerdo. Dentre os tumores endovasculares, o mais frequente é o mixoma de átrio esquerdo, e suas possíveis variantes. Os tumores metastáticos do coração, entre eles o melanoma maligno, são descritos com maior frequência acometendo o ventrículo direito (parede anterior e septal, com invasão do ventrículo esquerdo), nas formas de doença não disseminada. O diagnóstico tardio implica em altas taxas de morbidade e mortalidade, associada ou não ao tratamento cirúrgico. **Objetivo:** Descrever os principais tipos de tumores cardíacos, as manifestações clínicas principais, o comprometimento do músculo cardíaco nos tumores avançados, os procedimentos diagnósticos, os tipos de tratamento e os resultados esperados para cada tipo de tumor. **Resultados:** Os autores descrevem casos clínicos de pacientes com tumores cardíacos localizados e avançados, com comprometimento importante da função cardíaca e as consequências do diagnóstico tardio. São descritos casos de pacientes com angiossarcoma, rabiomiossarcoma mixomas, carcinóides metastáticos e tumores mediastinais com invasão do coração. **Conclusões:** Tumores cardíacos, primários ou metastáticos, são raros. O tratamento cirúrgico curativo é raramente considerado, exceto nos mixomas atriais. Tumores do músculo cardíaco e tumores metastáticos têm muito baixo índice de cura.

#### **PO057 TUMORES ESTROMAIS GASTROINTESTINAIS (GIST). RARA APRESENTAÇÃO ESOFÁGICA**

**PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA; GILMAR FERREIRA DO ESPIRITO SANTO; IVANA DE MENEZES**

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.*

**Introdução:** Os GIST são tumores viscerais incomuns que se originam predominantemente no trato gastrointestinal e durante três décadas muitos debates foram realizados sobre sua nomenclatura, origem celular, diagnóstico e prognóstico. Devido a sua similaridade com o tumor do músculo liso, muitos foram confundidos com tumores deste tecido, porém com o advento da microscopia eletrônica e principalmente da imunohistoquímica grandes mudanças ocorreram. Grosseiramente os GISTs são descritos como massas bem delimitadas que surgem na lâmina própria. Por ter origem intramural eles frequentemente se projetam exofiticamente e/ou intraluminal podendo ulcerar a mucosa, e seu diâmetro pode chegar a 30cm. **Objetivo:** Relatar caso clínico de paciente com tumor estromal esofágico e apresentar revisão da literatura. **Resultados:** Os autores descrevem caso clínico de paciente do sexo feminino, jovem, que apresentava disfagia intensa coincidente com os períodos menstruais. A investigação mostrou tumor leiomiomatoso e a paciente foi submetida à ressecção esofágica, e reconstrução com tubo gástrico. A abordagem cirúrgica deve preferencialmente ser por toracotomia, seguida de cervicotomia e laparotomia, visando-se à completa ressecção do tumor e a reconstrução do transitio alimentar. A investigação laboratorial posterior mostrou tratar-se de GIST. A paciente está sob acompanhamento ambulatorial com boa evolução pós-operatória, sem sinais de recidiva. **Conclusão:** Tumores estromais gastrointestinais são neoplasias raras no trato gastrointestinal e o diagnóstico é feito através de métodos anatomopatológicos especiais de coloração e imunohistoquímica. A apresentação esofágica é mais rara ainda e pode suscitar dúvidas e controvérsias diagnósticas. Apesar disto, o tratamento cirúrgico, com abordagem torácica do esôfago deve ser indicado para as lesões nas quais haja dúvida diagnóstica.

## NÓDULOS E TUMORES PULMONARES

#### **PO058 AMELOBLASTOMA MANDIBULAR COM METÁSTASES PULMONARES. RARA APRESENTAÇÃO DE TUMOR ODONTOGÊNICO E TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

**PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA; IVANA DE MENEZES**

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.*

**Introdução:** Ameloblastoma é tumor benigno ectodérmico, do epitélio odontogênico. Origina-se dos remanescentes epiteliais relacionados ao desenvolvimento dos dentes: lâmina dentária, restos epiteliais de Malassez, esmalte, bainha epitelial de Hertwig, revestimento epitelial dos cistos odontogênicos ou camada basal do próprio epitélio bucal. A primeira descrição do ameloblastoma foi feita por Petrus Koning, em 1811. Cuzack, em 1927, descreve a lesão como uma forma especial de cisto maxilo-mandibular. **Objetivo:** O carcinoma ameloblástico ou ameloblastoma maligno é raro e caracterizado por metástases. Os autores relatam caso clínico de paciente com ameloblastoma mandibular e metástases pulmonares, doze anos após a primeira ressecção cirúrgica. **Resultados:** Submetida à toracotomia direita identificando-se doze nódulos em lobos superior e médio, sendo que o maior deles infiltrava a junção entre os brônquios lobares superior e médio. Identificados mais quatro nódulos no lobo inferior direito. Cavidade pleural e mediastino sem sinais de comprometimento neoplásico. Optado por realização de bilobectomia superior e média, devido invasão tumoral da junção dos brônquios lobares, impedindo a realização de broncoplastia. Os nódulos localizados no lobo inferior direito foram ressecados através de segmentectomias não regradas e ressecções em cunha. Encaminhados para exame histopatológico confirmando-se o diagnóstico de ameloblastoma (hematoxilina e eosina, imunohistoquímica). Permanece em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** As particularidades do comportamento desta neoplasia são os principais fatores indicativos para a ressecção das metástases pulmonares do ameloblastoma. A ocorrência de metástases apenas no pulmão direito, apesar do tempo longo de evolução, e a presença de metástases muito próximas ou em brônquios de grande calibre, podem sugerir caráter não hematogênico para a disseminação da doença.

#### **PO059 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS ANTI-HU POSITIVO: RELATO DE CASO**

**GUSTAVO ALMEIDA FORTUNATO; GRAZIELLE APARECIDA PELISSARI; SERGIO TADEU LIMA PEREIRA; JOSÉ ALVES BARROS FILHO; RICARDO OLIVEIRA; IURY MELO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.**

**Objetivo:** Relato de caso de um paciente com encefalite límbica e anticorpo neuronal positivo como manifestação primária que desencadeou a investigação e o diagnóstico de neoplasia de pulmão tipo pequenas células. **Caso:** Estudo de caso de um paciente do sexo masculino, 56 anos, admitido com sintomas sensitivos e motores em mãos, alteração de comportamento, perda de memória recente e agressividade, há cerca de 60 dias da admissão. Grande carga tabágica fazia parte de seus antecedentes, além de revascularização miocárdica há 10 anos e depressão. Em uso de haloperidol e benzodiazepínico. Ressonância Nuclear Magnética com hipersinal na seqüência ponderada em T2/FLAIR envolvendo o aspecto medial e anterior dos lobos temporais assim como insula, sem evidência de restrição à difusão ou realce. A direita existia sinais na base do lobo frontal sugestivos de

encefalite. Foi realizada análise líquórica que afastou causa infecciosa, porém identificou auto anticorpos neuronais, anti-Hu e anti-fisina positivos. Foi submetido a rastreio para neoplasia com tomografia computadorizada de tórax e abdome que não revelou lesões expansivas. Entretanto PET-CT identificou captação em linfonodo mediastinal, com SUV de 7,0, e em bexiga. Cistoscopia excluiu neoplasia. Realizou-se videomediastinoscopia, onde se identificou linfonodo subcarenal, que media cerca de 1 cm na TC, com aspecto brancacento, friável que foi biopsiado. A anatomia patológica revelou presença de carcinoma de pequenas células. O paciente foi então encaminhado para tratamento oncológico. **Discussão:** Apesar de síndrome para-neoplásica estar muito associada com carcinoma de pequenas células, o envolvimento do SNC é raro. No SNC ela pode manifestar-se como encefalite, degeneração cerebral, retinopatia, neuropatia autonômica ou síndrome miastênica. Em 50% dos casos a encefalite pode vir associada com detecção de anticorpos, como Anti-Hu, TR, CV2, Yo, Ri, dentre outros. Não se sabe se o anticorpo tem papel no desenvolvimento da encefalite. A presença do anticorpo geralmente precede o aparecimento da lesão expansiva. Anticorpo Anti-Hu está em geral mais associado com carcinoma de pequenas células, porém pode ser visto também com carcinoma de não-pequenas células. O diagnóstico depende de um alto grau de suspeição clínica. De acordo com o tipo de anticorpo, sexo do paciente, idade, é possível suspeitar da presença de tumores ocultos. **Conclusão:** Encefalite paraneoplásica apesar de rara deve fazer parte do diagnóstico diferencial dos quadros de encefalites em pacientes de alto risco para neoplasia.

#### **PO060 APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA DE CÂNCER DE PULMÃO EM VIDRO FOSCO: RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE 14 CASOS**

**CAMILA SILVA CASTRO; ANTERO GOMES GOMES NETO; ANNYA LINDEMBERG SILVA PAIVA; RODRIGO FONSECA HALLEY; CLÁUDIO ABREU BARRETO JUNIOR; FILIPE PEREIRA CAVALCANTE**  
*HOSPITAL SÃO CARLOS, FORTALEZA, CE, BRASIL*

**Objetivo:** Relatar uma série de casos operados por câncer de pulmão com apresentação radiológica de vidro fosco e correlacionar com os tipos histológicos e o estadiamento pós-operatório. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 14 pacientes que apresentaram câncer de pulmão com padrão radiológico em vidro fosco submetidos à cirurgia com finalidade curativa. Os pacientes foram operados em um hospital da rede privada, e os dados registrados prospectivamente em um banco de dados de um dos autores. As variáveis analisadas foram gênero, idade, tabagismo, diagnóstico radiológico (raio-x e tomografia computadorizada), densidade tomográfica, procedimento cirúrgico realizado, via de acesso, complicação cirúrgica, diagnóstico histopatológico, estadiamento patológico e sobrevida. **Resultados:** Dos 14 pacientes, 8 (57,1%) eram homens e 6 (42,9%), mulheres, com média de idade de  $67 \pm 7$ , 57% ex-fumantes e 42% não-fumantes. Ao diagnóstico radiológico (radiografias e tomografias), 57% foram classificados como não-sólidos (vidro fosco) e 42% como semi-sólidos (parte sólida associada a halo em vidro fosco). Foram realizadas 16 ressecções pulmonares nos 14 pacientes, sendo 15 (93,7%) lobectomias, duas das quais pelo surgimento tardio de novo tumor primário, e 1 (6,3%) pneumonectomia. 4 ressecções foram feitas por toracotomia e 12 por videotoracoscopia. Houve 2 complicações pós-operatórias (acidente vascular cerebral e escape de ar prolongado) e nenhum óbito. Quanto ao tipo histológico, 13 (92,9%) eram adenocarcinoma e 1 era carcinoma adenoescamoso. Em relação ao estadiamento

patológico (pTMN), 14,3% era estadiado 0 (tumor in situ); 35,7%, IA; 28,6%, IB; 7,1%, IIA e 14,3%, IIIA. A sobrevida global foi de 100% em 5 anos, embora 1 paciente tenha apresentado recidiva no mediastino e 2, novo tumor primário de pulmão. **Conclusão:** A apresentação da neoplasia de pulmão em vidro fosco demonstrou maior associação com adenocarcinomas. Este padrão radiológico foi associado a estádios patológicos mais precoces, possibilitando abordagem por cirurgia minimamente invasiva e um alto índice de sobrevida tardio.

#### **PO061 CARCINOMA CÍSTICO PRIMÁRIO DE PULMÃO BILATERAL: RELATO DE CASO**

**TIAGO ERNESTO FABRIS CEZAR; MARCOS THEOPHILO GALASSO; KARINA CUZUOL; JOSE CLAUDIO TEIXEIRA SEABRA; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO; RICARDO KALAF-MUSSI**  
*UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL*

**Objetivo:** O objetivo desse trabalho foi relatar o diagnóstico e tratamento de um caso de carcinoma cístico primário bilateral de pulmão. **Método:** O carcinoma cístico de pulmão (CCP) é uma neoplasia primária rara e representa menos de 1% dos tumores pulmonares. Um paciente, gênero masculino, 37 anos foi atendido no serviço de cirurgia torácica em 2005 relatando tosse seca há 1 ano com episódios de sibilância, sem fatores precipitantes ou atenuantes. Negou histórico tabágico, etílico, perda de peso significativo ou histórico familiar para neoplasias. Em avaliação tomográfica, observou-se estenose concêntrica distal do brônquio principal esquerdo. Na avaliação broncoscópica flexível, observou-se a presença de lesão infiltrativa em terço distal do brônquio principal esquerdo ocluindo parcialmente o óstio do lobo superior esquerdo e o óstio do lobo inferior esquerdo. Nas biópsias observou-se margem brônquica cirúrgica macroscópica e microscópica para pneumectomia e anatomo-patológico da lesão sugerindo CCP. A ressecção pulmonar esquerda, cujo anatomopatológico confirmou CCP com margem brônquica livre de neoplasia e linfonodos também livres de neoplasia. O paciente foi submetido à terapias adjuvantes com quimioterapia e radioterapia. Em tomografia computadorizada realizada em 2014 foi observado nódulo espiculado em lobo inferior do pulmão remanescente de 29mm. Em avaliação broncoscópica, não foi evidenciado lesão endobrônquica. Sendo assim, optou-se pela ressecção cirúrgica do nódulo e confirmação do diagnóstico de CCP pelo exame anatomo-patológico que revelou ausência de invasão neoplásica das margens. Do ponto de vista morfológico ou imonofenotípico, não foi possível diferenciar lesão primária de metastática. **Conclusão:** O CCP é usualmente caracterizado por crescimento lento, localmente invasivo e maligno. Embora incomum no pulmão, em torno de 90% dos casos ocorrem na forma endobrônquica e surgem em região distal da traqueia ou brônquios. Os típicos sintomas incluem tosse, dispnéia, sibilância e hemoptise. A sobrevida é de 91% e 76% em 5 e 10 anos respectivamente nos casos de doença ressecável e de 40% e 0% nos casos de doença irrissecável, respectivamente. O tempo médio de início do sintomas e tratamento é de 15 meses. Não há dados disponíveis sobre metáteses pulmonares de carcinoma adenóide cístico primário de pulmão ou dados sobre dois sítios primários pulmonares em um mesmo paciente. Conclui-se que o tratamento primário é cirúrgico, seguindo ou não de terapias adjuvantes de acordo com o estadiamento patológico.

#### **PO062 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE TIPO GLÂNDULA SALIVAR PRIMÁRIO DE PULMÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

RAFAEL AUGUSTO OLIVEIRA SODRÉ LEAL<sup>1</sup>; GIBRAN RIBEIRO DA ROCHA<sup>1</sup>; MARCELO COELHO MACHADO<sup>3</sup>; JOSE DEOCLESIO ANDRADE FERRAZ<sup>1</sup>; CLAUDIA LEAL MACEDO<sup>4</sup>; FERNANDA CHAVES DE FREITAS<sup>4</sup>

1. HGVC, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL; 2. CLÍNICA RESPIRAR, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL; 3. LABORATÓRIO MICRO, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL; 4. INSTITUTO CONQUISTENSE DE ONCOLOGIA, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL.

**Objetivo:** Relato de caso de uma neoplasia pulmonar rara em um paciente adulto jovem em tratamento precoce de asma brônquica. **Métodos:** Relato de caso. **Resultado:** Trata-se de paciente de 25 anos de idade em acompanhamento com pneumologista de aproximadamente 12 meses com suspeita diagnóstica de asma brônquica devido a quadros intermitentes de síbilos respiratórios, tosse seca e prova de função respiratório de com distúrbio respiratório obstrutivo moderado. No acompanhamento paciente apresentou piora do quadro clínico, com baixa respostas a broncodilatadores e início de tosse com expectoração e um quadro de pneumonia. Optado por investigação com exame de imagem (tomografia computadorizada de tórax) com achado de lesão obstrutiva em brônquio para lobo superior esquerdo. Encaminhado para nosso serviço de cirurgia torácica em que foi realizado endoscopia respiratória com achado de lesão ovalada herniando de brônquio para lobo superior esquerdo com obstrução parcial de brônquio para lobo inferior esquerdo. Realizado biópsia de lesão no momento da broncoscopia com achado histopatológicos inconclusivos. Paciente submetido a posteriori à lobectomia superior esquerda com broncoplastia. Produto de peça de lobectomia superior com achado à histopatologia de tumor neuroendócrino. Realizado estudo imunohistoquímico com achado de carcinoma mucoepidermóide tipo glândula salivar de baixo grau. Há de sem lembrar que as margens estavam livres. **Conclusões:** O Câncer pulmonar tipo glândula salivar é uma rara apresentação significando menos do que 1% dos cânceres de pulmão e principalmente associado a dois tipos que são o carcinoma mucoepidermóide e adenocarcinoma cístico e mais raramente ao carcinoma mioepitelial. Devido a sua raridade não há grandes revisões, mas é certo que um tumor que predomina em pacientes adultos jovens e localização central. O tratamento em si consiste na ressecção total da lesão sempre com o máximo de preservação pulmonar possível (Ressecção em manga, broncoplastias). As pequenas revisões disponíveis na literatura médica mostram que paciente que no pós-operatório apresenta ressecções com margens livres, e atípia de baixo grau apresentam os melhores resultados não tendo a necessidade de quimioterapia adjuvante. A sobrevida para esses pacientes, em geral, é bastante alta se comparado ao carcinoma broncogênico.

**P0063 DERRAME PLEURAL EM UM PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO: UM RELATO DE CASO**

JOSÉ HIAGO DE FREITAS DAMIÃO<sup>2</sup>; FRANCISCO EMÍDIO JÚNIOR<sup>1</sup>; WELLINGTON FORTE JUNIOR<sup>1</sup>; WELLINGTON FORTE ALVES<sup>2</sup>; FRANCISCO LUCAS PINTO ARCANJO<sup>2</sup>; ALEXSANDRO MARTINS BULHÕES<sup>1</sup>

1. UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** O mieloma múltiplo é um tumor ósseo maligno que se caracteriza pela proliferação descontrolada de plasmócitos com lesões ósseas difusas(esqueleto axial,principalmente). Acomete,em geral, pessoas acima de 50 anos e apresenta etiologia desconhecida. A manifestação clínica mais comum é a dor óssea ,geralmente,no tórax e na coluna. A lombalgia e a cialtagia são sintomas freqüentes devido á compressão das

raízes nervosas por fraturas do corpo vertebral ou a própria penetração do tumor no canal medular. O diagnóstico é predominantemente clínico,fazendo uma correta análise de alterações laboratoriais,como a eletroforese de proteínas. Este exame é fiel e se observa um aumento do pico das globulinas. Anemia,hipercalcemia,aumento do VHS e a presença de proteínas anormais no sangue e na urina(proteína de Bence-Jones) fazem parte do quadro típico desta enfermidade. O diagnóstico definitivo é feito pelo mielograma por meio da punção esternal,que demonstra plasmócitos com atípia celular. O acompanhamento por imagens deve ser necessário devido á possível rápida evolução do tumor para o acometimento de múltiplos ossos. **Relato:** D. P. P. L, masculino, 57 anos, natural e procedente de Russas-Ceará, pardo, vendedor. Procurou atendimento em seu município com queixa de dor intensa na coluna vertebral, que impedia a sua deambulação. Relata que apresentou, associada a queixa principal, dores em MMSS e MMII, dor na região lombar e na região torácica, bem como discreta dor abdominal. Associado ao quadro, refere dispnéia aos pequenos esforços, que melhorava com o decúbito lateral, e tosse seca. Além disso, havia perda ponderal cerca de 8 Kg em 2 meses e negava febre. Foi realizado um Rx de tórax que evidenciou múltiplas fraturas consolidadas em gradil costal esquerdo, osteopenia, cardiomegalia e derrame pleural, sendo encaminhado a Fortaleza para atendimento especializado. Foi atendido no Instituto Doutor José Frota em Fortaleza. Ao exame físico admissional: REG, AAA, orientado no tempo e desorientado no espaço, discretamente dispneico, desnutrido, FC 100 bpm, FR 24 irpm e PA 160x90mmhg. Na ausculta respiratória, Discreto uso de musculatura acessória subdiafragmática. MV diminuído em bases de ambos HTX, com maceiz à percussão em bases ,sem RA. No Sistema Osteoarticular, Discreto derrame articular em joelho esquerdo. Crepitação em joelho direito. **Discussão/Conclusão:** Em relação ao trabalho proposto,é de fundamental importância o reconhecimento da enfermidade que apresenta múltiplas características,simulando outras doenças bem prevalentes como osteosarcoma e o sarcoma de ewing. Devido ao perfil característico dos pacientes admitidos nas emergências dos principais hospitais de traumas, politraumatizados e portadores de doenças cardiovasculares,o portador desta doença apresenta elevado fator de risco para mortalidade,além de fragilidades ósseas e renais. Devido á isso, é essencial do conhecimento do médico generalista, a intuição clínica e um pensamento correto acerca da patologia,prevenindo possíveis complicações,tanto no âmbito ambulatorial,como no hospitalar devido ao acometimento múltiplo de ossos,agravando o quadro clínico do paciente.

**P0064 DEZ ANOS DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES OPERADOS POR CÂNCER DE PULMÃO NA EPM- UNIFESP: ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA**

ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; THIAGO GANGI BACHICHI; CAIO SANTOS HOLANDA; JOSE ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO LEAO

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Câncer de pulmão é o segundo tipo de câncer em incidência e é o primeiro em termos de mortalidade no mundo. Sabe-se que a sobrevivência de doentes com câncer de pulmão está diretamente relacionada com o diagnóstico em estádios precoces da doença. Assim a cirurgia é uma modalidade de tratamento extremamente importante. **Objetivo:** Tivemos como objetivo analisar a sobrevivência de doentes operados com câncer de pulmão e a associação com as características clínicas. **Métodos:** Os dados antropométricos,

clínicos e perioperatórios foram obtidos por meio de banco estruturado do Grupo de Oncologia Torácica da EPM-Unifesp de doentes operados entre janeiro de 2000 a janeiro de 2013. Foram descritos por meio de média, desvio padrão e proporções na dependência da variável; os grupos foram comparados pelo qui-quadrado ou teste t de student na dependência do tipo de variável independente. Foi realizado análise de sobrevivência pela curva de Kaplan Meyer. **Resultados:** Foram avaliados 142 doentes, estratificados pelo sexo (55 feminino/ 87 masculino). As doentes do sexo feminino tinham carga tabagística menor, VEF1 e relação VEF1/CVF maior. No estágio IA a maior proporção foi de mulheres que homens (33%/17%) e o gênero não diferiu no restante do estadiamento. Embora entre as mulheres houvesse o predomínio de adenocarcinoma esta diferença não foi significante. Foi observada melhor sobrevida em doentes com doença IA do gênero feminino. **Conclusão:** Concluindo, doentes do sexo feminino, em estágio IA do câncer de pulmão, apresentaram melhor probabilidade de sobrevida quando comparados com o sexo masculino.

#### **PO065 EXPERIÊNCIA DA LIGA ARAGUAINENSE DO TÓRAX NA REALIZAÇÃO DE CAMPANHAS EDUCATIVAS NA COMUNIDADE.**

GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; CELSO ASSIS REIS SILVA JUNIOR; MARIANA DOURADO DA COSTA; LARA GABRIELA FONSECA MARTINS; CARLOS AUGUSTO FARIA BICALHO VALENZUELA; HUGO WEYSFIELD MENDES ITPAC, ARAGUAINA, TO, BRASIL.

**Objetivo:** Este trabalho tem como propósito relatar a experiência da LATO em relação às atividades extracurriculares, desenvolvidas em ensino, pesquisa e extensão, especificamente as campanhas educativas voltadas para a promoção em saúde, focadas em temas de Pneumologia, como combate ao fumo, realizadas no ano de 2013 e 2014 por acadêmicos dessa Liga. **Metodologia:** Foram realizados quatro tipos de atividades pelos acadêmicos da LATO no período entre 2013 e 2014, voltados a atenção primária, sendo elas: o Dia Nacional de Combate ao Tabagismo, Palestra Educacional Para Alunos do Ensino Fundamental, Ação Comunitária associada a Instituição Religiosa e o Projeto Ligação. Nessas atividades foram realizadas panfletagem com orientações a respeito do tabagismo e 107 atendimentos de triagem, baseado em um formulário questionando sintomas e sinais respiratórios, anamnese e história patológica pulmonar prévia. Destes eram selecionados os pacientes que apresentavam histórico de tabagismo ou de doenças que cursam com sintomas obstrutivos ou restritivos para serem submetidos a espirometria. Aqueles com alterações ao exame, eram submetidos orientações quanto a um melhor acompanhamento com pneumologista. **Resultados:** Foram feitos 107 atendimentos de triagem, dos quais 79 realizaram espirometria. Destes 41 apresentaram espirometria normal, 24 padrão obstrutivo, 4 padrão restritivo e 1 padrão misto. Nove pacientes apresentaram-se com dificuldade em realizar o exame, sendo definido este após 5 tentativas. As palestras, para os alunos do ensino fundamental, foram de forma informal, baseada em fotos impactantes dos malefícios, consequências e toxinas existentes no cigarro. **Discussão:** Foi observado que em cidades interioranas a população tinha menor conhecimentos dos malefícios relacionado ao tabagismo tanto como ativo e passivo, meios de prevenções e métodos relacionados a de parar de fumar. Como esperado o maior volume de espirometrias acarretou em resultados normais, o que não descarta presença de doenças naquele momento. Houve maior prevalência do padrão obstrutivo, muito por conta do público alvo, que na maioria das campanhas

eram tabagistas. A inabilidade de realizar o exame pode estar associada ao baixo nível educacional da população em análise. A maior aceitabilidade, quanto as palestras, foi na população jovem, sendo estas de tom mais apelativo ao emocional. **Conclusão:** A participação em campanhas de promoção de saúde é de grande importância tanto para os acadêmicos de medicina quanto para a população. Aos acadêmicos, além de criar para os futuros profissionais de saúde a ideia de uma medicina mais preventiva e mais próxima da população, trazendo de volta o modelo biopsicossocial, ajuda-o a desenvolver a relação médico-paciente e a inseri-lo no meio profissional. À população é uma oportunidade de acesso à informação com base científica e, também, de se desfazer dos vários mitos que cercam os temas de saúde. Por fim, a liga acredita contribuir ainda efetivamente com a identificação de pacientes com sintomas mínimos ou ausentes, que podem iniciar um diagnóstico e acompanhamento mais precoce de uma possível patologia.

#### **PO066 FATORES PROGNÓSTICOS PARA A LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR.**

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

**Introdução:** A linfangioleiomiomatose pulmonar (LAM) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, que basicamente afeta mulheres jovens no período fértil de sua vida. Clinicamente, manifestam-se através de dispnéia progressiva, pneumotórax de repetição, tosse seca e, menos freqüentemente, por quilotorax e escarros hemópticos. Essas alterações surgem devido à proliferação anormal de células de músculo liso no parênquima pulmonar, linfonodos e outros tecidos. **Objetivo:** Estabelecer correlação entre os fatores prognósticos clínicos e anatomopatológicos da linfangioleiomiomatose. **Resultados:** Os autores correlacionam clínicos e laboratoriais (anatomopatológico) presentes em fragmentos de pulmão de pacientes com linfangioleiomiomatose. Após a determinação da fração de área nuclear e citoplasmática, obteve-se a relação núcleo-citoplasmática, onde os resultados variam de 0,09 a 0,52. Os valores de volume nuclear variam de 8,37 a 86,15  $\mu\text{m}^3$ . A primeira avaliação das pacientes mostrou que havia sete delas (63,6%) com sintomas leves e quatro (36,4%) com sintomas graves. Cinco pacientes (45,5%) mantiveram seu estado clínico funcional inalterado ao longo e seis (54,5%) apresentam piora dos sintomas. Houve correlação estatisticamente significante entre cada um dos parâmetros estudados ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** A LAM é uma doença pulmonar progressiva e o presente estudo sugere haver correlação entre as medidas obtidas por método estereológico de avaliação da musculatura lisa pulmonar e as condições clínicas e evolutivas das pacientes.

#### **PO067 FIBROANGIOLIPOMAS ENDOBRÔNQUICO E RENAIS SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO**

DIOGO ALBERTO VALANDRO LONGONI; NELSON PERELMAN ROSENBERG; FABIO RADDATZ RADDATZ CRUZ; EDSON BAMBRADE

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Objetivo:** Reportar um caso de um paciente acometido por fibroangioliipomas endobrônquico e renais sincrônicos tratado por meio de endoscopia rígida. **Método:** relato de caso e revisão da literatura. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 55 anos, previamente hígido e assintomático, foi submetido à tomografia computadorizada (TC) de tórax para melhor avaliação de fraturas costais, decorrentes de trauma contuso. O

exame identificou lesão endobrônquica determinando oclusão subtotal do brônquio lobar inferior direito. A TC de abdome demonstrou múltiplas lesões renais bilaterais nodulares, regulares, de tamanhos e densidades variáveis (partes moles e gordura) sendo o diagnóstico compatível com lipomas. A broncoscopia flexível demonstrou lesão polipóide de contornos lobulados e superfície lisa, localizada na emergência do brônquio lobar inferior direito, ocasionando mecanismo de válvula, bem como, outras duas lesões de aspecto semelhante, porém de menores dimensões, localizadas na traquéia. A lesão obstrutiva foi ressecada por meio de broncoscopia rígida sem complicações. O exame anátomo-patológico demonstrou um fibroangioliipoma submucoso. O paciente apresentou boa evolução clínica, permanecendo assintomático e em acompanhamento fibrobroncoscópico periódico. **Discussão:** Tumores benignos da via aérea representam apenas 10% das neoplasias traqueobrônquicas em adultos, sendo os papilomas as principais lesões. Entretanto, tumores mesenquimais são um importante diagnóstico diferencial, destacando-se o condroma como neoplasia mais freqüente deste grupo. Os demais tipos histológicos, incluindo os lipomas, são bastante raros. A apresentação clínica destes tumores é variável, sendo influenciada por fatores como localização, tamanho tumoral relativo ao segmento acometido e vascularização da lesão, podendo raramente constituir achados incidentais em pacientes assintomáticos. Em lesões bem delimitadas e pediculadas, a ressecção endoscópica apresenta-se como o tratamento de eleição pela baixa morbidade e baixa recidiva. Em lesões com comprometimento extra-luminal demonstrado na TC de tórax, a ressecção cirúrgica é priorizada pelo maior risco de recidiva. É recomendável acompanhamento fibrobroncoscópico periódico.

**PO068 HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE PULMONAR EM PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA: RELATO DE CASO.**

ANDERSON HENRIQUE DA SILVA STAHELIN<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA CARDOSO DA SILVA MEYER<sup>2</sup>; MARCELO COLAÇO PAULO<sup>3</sup>; MAURICIO PIMENTEL<sup>3</sup>; THIAGO LEANDRO MARCOS<sup>2</sup>; FÁBIO MAY DA SILVA<sup>4</sup>

1. UFSC, SAO JOSE, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL IMPERIAL DE CARIDADE, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 3. HGCR, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 4. UNISUL, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar um caso de hemangioendotelioma epitelióide pulmonar em paciente portadora de câncer de mama, apresentando nódulos pulmonares sugestivos de metástases. **Método:** Relato do caso clínico com revisão de literatura. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, 48 anos, foi encaminhada ao Serviço de Oncologia do Hospital Imperial de Caridade de Florianópolis, com o surgimento de um nódulo na mama. Ao exame físico, apresentava-se com um nódulo de limites pouco precisos localizado no quadrante superior esquerdo da mama direita. Uma ressonância magnética demonstrou um nódulo espiculado, medindo 1,1 x 1,1 cm na mama direita. A paciente foi, assim, submetida à punção aspirativa com agulha fina com o diagnóstico de carcinoma ductal invasivo. Na radiografia de tórax, por sua vez, foi evidenciada a presença de inúmeras opacidades pulmonares esparsas por ambos os pulmões, medindo até 1,0 cm de diâmetro. A tomografia computadorizada de tórax demonstrava múltiplos nódulos pulmonares bilaterais medindo até 8 mm de diâmetro, sem calcificação ou áreas de cavitação com características de lesões secundárias. Procedeu-se a biópsia por videotoracoscopia com a finalidade de diagnóstico dos nódulos pulmonares, sendo o exame anatomopatológico sugestivo de hemangiendotelioma epitelióide multifocal. A

seguir, o estudo imuno histoquímico mostrou Ki67 e CD 31 positivos, compatíveis com hemangioendotelioma epitelióide. Mesmo com esse resultado, foi dado o prosseguimento habitual ao tratamento do carcinoma de mama, sendo então a paciente submetida a quadrantectomia com esvaziamento ganglionar da axila direita. O anatomopatológico revelou um carcinoma ductal invasivo com componente lobuliforme medindo 1,1x 1,0x 0,9 cm e metástases de carcinoma em linfonodo sentinela axilar direito. Decidiu-se, então, por realizar o esvaziamento axilar direito. A paciente iniciou quimioterapia adjuvante com doxorubicina e ciclofosfamida, seguida de paclitaxel semanal. Em sequência, foi encaminhada para radioterapia da mama e iniciou hormonioterapia com tamoxifeno. Quanto ao hemangioendotelioma epitelióide, optou-se pelo tratamento expectante. Atualmente, a paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial periódico, sem intercorrências. **Conclusão:** O hemangioendotelioma epitelióide é uma neoplasia vascular e endotelial rara, de malignidade baixa, que pode atingir vários órgãos e sistemas, com preferência para pulmões e fígado. Na maioria, são casos diagnosticados incidentalmente. Sabe-se que a presença de lesões nodulares múltiplas nos pulmões é comumente sugestiva de metástase, principalmente em pacientes com neoplasia associada. O descarte de uma doença metastática, por intermédio da investigação anatomopatológica, tal como no caso descrito, pode gerar implicações para o prognóstico e tratamento dos enfermos. Devido sua raridade, há ainda poucas opções terapêuticas e padronizações eficazes para o tratamento do hemangioendotelioma epitelióide pulmonar, podendo ser recomendados tratamento cirúrgico ou quimioterápico ou, até mesmo, conduta expectante.

**PO069 LOBAR LUNG RESECTION IN ELDERLY PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMA: IMPACT OF CARDIAC COMORBIDITY ON SURGICAL OUTCOME**

MARC HARTERT<sup>1</sup>; MARI STREMPER<sup>1</sup>; BERNHARD GOHRBANDT<sup>2</sup>; ÖMER SENBAKLAVACI<sup>3</sup>; CHRISTIAN FRIEDRICH VAHL<sup>3</sup>

1. DEPARTMENT OF CARDIOTHORACIC AND VASCULAR SURGERY, MAINZ, ALEMANHA; 2. UNIVERSITY MEDICAL CENTER, MAINZ, ALEMANHA; 3. JOHANNES GUTENBERG UNIVERSITY MAINZ, MAINZ, ALEMANHA.

**Introduction:** The aim of this study was to evaluate the impact of cardiac comorbidity on the perioperative morbidity and mortality after lobar lung resection for lung cancer in patients aged 70 years and older. **Methods:** The medical records of 98 patients ≥70 years, who underwent lobar lung resection for non-small cell lung cancer (NSCLC) from 2003 to 2014, were reviewed retrospectively. Thirty-six patients with a mean age of 76. 3 years had cardiac comorbidities (Group A) including previous cardiac operations in 9 patients, previous myocardial infarction in 11 patients, previous coronary stent insertion in 7 patients, medically treated coronary artery disease in 13 patients and medically treated valvular heart disease in 5 patients whereas 53 patients (mean age = 74. 5 years) had no previous cardiac history (Group B). **Results:** There were no significant differences in postoperative morbidity (13. 6% in Group A vs. 17. 4% in Group B) between both groups. No in-hospital mortality was observed in both groups. **Conclusion:** In our experience lobar lung resections for NSCLC in elderly patients with cardiac comorbidity seem to be a safe therapy option for this increasing subpopulation. Though, our retrospective data with the small number of study objects require further confirmation in larger prospective trials.

**PO070 METÁSTASES PULMONARES E PANCREÁTICA DE LEIOMIOSSARCOMA UTERINO: RELATO DE CASO**

JULIO BENEVIDES VIANA NEVES; ISADORA MACEDO LINS PARENTES FORTES; HEITOR CARLOS DOMINGUES DE BRITO; HERB BARRÊLO DE MORAIS; KELWIN MADSON DA SILVA; LUDMILA SILVA ATHAYDE  
FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL - FACID, TERESINA, PI, BRASIL.

**Introdução:** O leiomiossarcoma é um raro tumor muscular que ocorre no útero, representando de 25 a 36% dos sarcomas e 1% de todos os tumores malignos. É agressivo e, mesmo em estágio I, a sobrevida global não ultrapassa 50 a 60%. É mais frequente em mulheres de 45 a 55 anos e possui mau prognóstico, devido à alta taxa de metástases hematogênicas, sendo o pulmão, a cavidade peritoneal e o fígado os sítios mais comuns. Apresenta como possíveis etiologias radioterapia, estimulação estrogênica, degeneração sarcomatosa e uso de tamoxifeno. **Relato de Caso:** T. M. P. A., 43 anos, sexo feminino, foi submetida à histerectomia total, com diagnóstico de leiomiomatose ao exame histopatológico. Evoluiu, após um ano, com dor abdominal em mesogástrico. Realizou-se tomografia computadorizada (TC), a qual revelou lesão tumoral em cabeça de pâncreas bem como múltiplos nódulos pulmonares. Indicou-se nodulectomia diagnóstica no pulmão. Três destes nódulos foram biopsiados e obteve-se como resultado leiomiomatose metastática. A paciente apresentou quadro de intensa dor abdominal, vômitos diários e anorexia. Foi solicitado ressonância magnética, que apresentou pequeno nódulo localizado na transição cabeça/istmo do pâncreas medindo aproximadamente 1,3x1,0 cm, sem impregnação pelo contraste e sem infiltração dos planos gordurosos adjacentes aos vasos mesentéricos. Foi indicado biópsia da lesão pancreática, guiada por ultrassonografia endoscópica, que revelou leiomiomatose metastática. A análise imunohistoquímica revelou leiomiossarcoma. Os níveis séricos de CA 19-9 e CEA foram 9,3 e 0,5, respectivamente. A paciente foi encaminhada para tratamento quimioterápico. Realizou-se, então, nova TC de tórax e abdome, sendo verificados múltiplos nódulos pulmonares e redução das dimensões do nódulo pancreático. A sequência de tratamentos foi metastasectomia pulmonar, procedimento repetido por mais duas vezes e bilateralmente. Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento. **Considerações finais:** caracteriza o diagnóstico e tratamento dos sarcomas. A sua importância decorre da raridade dos leiomiossarcomas uterinos, sua disseminação para sítios como o pulmão, e da necessidade da realização do exame imuno-histoquímico para confirmação diagnóstica.

**PO071 PAPILOMA SOLITÁRIO ENDOBRÔNQUICO COM EVOLUÇÃO PARA CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS EM PACIENTE 63 ANOS**

RAQUEL BEZERRA ESTRELA RODRIGUES; JOÃO PAULO DE OLIVEIRA MÉDICI; LUIZ EDUARDO ZAMBERLAN MACHADO  
IAMSPE, JOAO PESSOA, PB, BRASIL.

**Objetivo:** apresentar caso raro de papiloma solitário endobrônquico com malignização para carcinoma de células escamosas. **Método:** realizada história clínica, anamnese, exame físico, revisão de prontuário, registro fotográfico de exames de imagem e procedimentos cirúrgicos após consentimento prévio do paciente. **Resultado:** paciente do sexo masculino, 63 anos, apresentando quadro de febre e após investigação evidenciado lesão vegetante em ostio do brônquio do lobo superior esquerdo correspondendo a papiloma escamoso solitário. Foi submetido a lobectomia superior esquerda e linfadenectomia. Um ano após é admitido no serviço

com quadro de febre e tosse persistente sem melhora com antibioticoterapia. Submetido a broncoscopia e evidenciado carcinoma de células escamosas em coto brônquico. Realizado ressecção do tumor brônquico com reamputação do coto após congelamento do tumor apresentar margens negativas. **Conclusão:** O papiloma solitário endobrônquico é um tumor raro (3,95/100.000) prevalente em homens em quinta e sextas décadas, apresentando baixo potencial de malignização. O tratamento pode ser endoscópico ou por lobectomia se apresenta marcadores elevados ou atipia celular de alto grau.

**PO072 PNEUMONECTOMIA E CARINECTOMIA PARCIAL EM PACIENTE COM TUMOR CARCINÓIDE - RELATO DE CASO**

LUCY ANNE LOPES MELO; FLÁVIO BRITO FILHO; RAFAEL VILELA SILVA; ANTONIO CLAUDIO DIAS AMARAL; RAFAEL MARQUES RIBEIRO PESSOA; JOAQUIM EUCLIDES MELO ARAÚJO

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, CRUZEIRO, DF, BRASIL.

**Objetivo:** Os tumores carcinóides broncopulmonares são tumores neuroendócrinos raros, correspondem 0.4 a 3% dos tumores pulmonares ressecados e 25% de todos os carcinóides. Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar tosse, pneumonia recorrente e hemoptise. O tratamento é cirúrgico com ressecção completa e margens livres. O fechamento do coto brônquico após pneumonectomia pode ser tecnicamente difícil, sendo a carinectomia parcial uma alternativa para evitar ressecção traqueal extensa. **Método:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e dos procedimentos cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido, bem como revisão da literatura. **Resultados:** paciente 17 anos, masculino, deu entrada no pronto socorro do Hospital de Base do Distrito Federal, com relato de pneumonia de repetição há 9 meses. Realizou tomografia de tórax que evidenciou lesão polipóide obstruindo brônquio principal direito com calcificações de permeio associado à atelectasia do pulmão direito. A broncofibroscopia flexível confirmou a presença de lesão exofítica em brônquio principal direito com obstrução completa endoluminal até carina. Resultado anatomopatológico da biópsia endobrônquica revelou tumor carcinóide. O paciente foi admitido na Unidade de Cirurgia Torácica e após exames pré-operatórios, foi submetido a toracotomia póstero-lateral direita com preservação muscular. Foi observado infiltração tumoral em brônquio intermediário, projetando-se até carina. Realizado pneumonectomia direita com carinectomia parcial e reimplante do coto carinal à traquéia. Paciente foi extubado no final do procedimento cirúrgico, apresentando boa evolução, alta no quinto dia pós-operatório. **Conclusões:** pacientes com evolução desfavorável por processo pneumônico recorrente devem ser investigados para possíveis lesões neoplásicas endobrônquicas. Lesões centrais com envolvimento da carina traqueal podem ser ressecadas com margem adequada e resultados satisfatórios.

**PO073 PNEUMONIA LIPÓIDICA IDIOPÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÂNCER DE PULMÃO**

LUIZ CARLOS DE LIMA<sup>1</sup>; FERNANDO LUIZ WESTPHAL<sup>1</sup>; JOSÉ CORREIA LIMA NETTO<sup>2</sup>; SAULLO ANDERSON COSTA MONTEIRO<sup>2</sup>; DARCI PEREIRA DA SILVA JUNIOR<sup>2</sup>; KAREN VENÂNCIO DA COSTA<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM, MANAUS, AM, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE NILTON LINS - UNL, MANAUS, AM, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar um caso de pneumonia lipóidica diagnosticado em um paciente com suspeita de câncer de pulmão. **Método:**

Homem, 62 anos, etilista e tabagista de longa data, procurou atendimento ambulatorial, evoluindo há 8 meses com queixa de desconforto respiratório, relacionado ao esforço físico. Paciente não apresentava outros dados relevantes na história clínica e exame físico. Ao contrário da radiografia de tórax, que não apresentou anormalidades, a tomografia computadorizada (TC) revelou opacidades nodulares sólidas e irregulares nos segmentos basais posteriores dos lobos inferiores, medindo a direita 2,5 x 1,5 cm e a esquerda, medindo 1,2 x 0,8 cm, 0,8 x 0,8 cm e 1,2 x 1,2 cm com espículas periféricas e vidro fosco marginais, apresentando calcificações centrais. Foi realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar sendo o resultado negativo para neoplasia, tuberculose e fungos. Foi indicado biópsia pulmonar a céu aberto. **Resultados:** O paciente foi submetido à biópsia pulmonar a céu aberto à direita, evoluindo bem no pós-operatório sem intercorrências. O achado histopatológico foi compatível com pneumonia lipóidica (PL) associada à fibrose pulmonar. TC de tórax de controle realizada no 3º mês de pós-operatório indicou persistência de nódulo em pulmão esquerdo, com captação de contraste. Realizado biópsia pulmonar à esquerda, cujo diagnóstico histopatológico foi também compatível com PL. **Conclusões:** Pneumonia lipóidica é um tipo raro de pneumonia, geralmente classificada como exógena ou endógena. Causas não subjacentes são detectáveis como forma idiopática. Por sua apresentação clínica e radiológica inespecífica, a PL pode simular várias outras doenças, especialmente o câncer de pulmão.

#### **PO074** RELATO DE CASO DE PNEUMOCITOMA ÚNICO EM CRIANÇA

**ARTHUR ROBSON DA COSTA FREIRE; JULIA VIRGINIA CHAVES DE FREITAS; ALLANA CLARICE FIGUEIROA CORTEZ; SIMONE CRISTINA DA SILVA; CATHIA REGINA SPERANDIO; RONALDO CESAR AGUIAR LIMA**  
*UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, MOSSORÓ, RN, BRASIL.*

**Introdução:** O pneumocitoma é uma neoplasia pulmonar rara, benigna, usualmente caracterizada como nódulo pulmonar solitário periférico (NPS), mais frequente em lobos inferiores e a direita. Sua incidência é maior em mulheres de meia-idade. Nódulos múltiplos são raros e ocorrem em cerca de 4% dos casos. **Objetivo:** Relatar as dificuldades diagnósticas, tratamento e seguimento de um pneumocitoma em uma criança. **Relato de Caso:** Paciente feminino, 9 anos, relatava episódio único de dor torácica inespecífica, em hemitórax esquerdo. Negava outros sintomas. Exame físico sem alterações. Trazia radiografia de tórax (RX) que evidenciava NPS em lobo superior esquerdo (LSE). A tomografia computadorizada de tórax (TC) confirmou formação nodular homogênea em LSE medindo 3,4 x 2,6 cm, captante de contraste. Realizada segmentectomia não anatômica através de toracotomia ântero-lateral esquerda, com ressecção completa da lesão. O material foi enviado para análise em laboratório local e revelou tratar-se de tumor carcinóide atípico, com margens livres. Como o diagnóstico não era compatível com a evolução, nem com a apresentação clínica habitual, optou-se por realizar revisão de lâmina e imunohistoquímica (IHQ) em 2 centros de referência diferentes, ambas mostraram positividade para TTF1, EMA e citoqueratinas AE1/AE3, confirmando tratar-se, na verdade, de um Pneumocitoma pulmonar. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, assintomática, mantendo seguimento ambulatorial com exames de imagem. **Discussão:** O pneumocitoma, antigamente conhecido com hemangioma esclerosante, tem sua origem no epitélio respiratório primitivo, provavelmente nos pneumócitos tipo II. Sua IHQ caracteriza-se

pela presença de TTF-1 e EMA e sua incidência é baixa. Os pacientes são, geralmente, assintomáticos, podendo apresentar dor torácica, tosse ou hemoptise. Devido à sua raridade, a história natural do tumor ainda não está bem estabelecida, mas dada a reduzida atipia celular e o baixo índice mitótico, é considerada uma neoplasia de curso clínico benigno. Entretanto, existem descrições na literatura da possibilidade de comportamento neoplásico diverso, tanto nos casos de tumor único como nos múltiplos. Como a ocorrência de disseminação linfonodal é rara, o tratamento preconizado é cirúrgico, sendo a ressecção em cunha ou enucleação suficientes, com bom prognóstico. Devido à ausência de dados consistentes sobre o seguimento a longo prazo dos pacientes na faixa pediátrica e fatores de risco para a recidiva, optamos por manter a paciente sob vigilância com exames de imagem seriados. **Conclusão:** NPS é um achado radiológico comum, tipicamente descoberto através de RX de rotina em paciente assintomático. O seu diagnóstico definitivo se dá através da análise anatomopatológica da lesão. No caso em questão, temos uma apresentação típica de pneumocitoma em uma paciente fora da faixa etária descrita na literatura, cujo diagnóstico final, devido sua raridade, necessitou de análise em centros de referência com acesso a IHQ.

#### **PO075** RESSECÇÃO CIRÚRGICA EXTENSA DE TUMOR FILODES MALIGNO DE MAMA

**LUCY ANNE LOPES MELO; MARCOS AMORIM PIAULINO; MANOEL XIMENES NETTO; HUMBERTO ALVES DE OLIVEIRA; RAFAEL VILELA SILVA; ANTONIO CLAUDIO DIAS AMARAL**  
*HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL*

**Objetivo:** O tumor filodes é uma neoplasia rara, representando 0.3% a 0.9% dos tumores fibroepiteliais de mama. A recorrência está relacionada a margens comprometidas e ao grau histológico, com incidência de 25%. Metástase hematogênica é incomum, forte associação com a variante histológica de alto grau. **Método:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e dos procedimentos cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido, bem como revisão da literatura. **Resultados:** paciente feminino, 45 anos, atendida no ambulatório da Cirurgia Torácica do Hospital de Base do Distrito federal com história pregressa de lesão em região retroareolar em mama esquerda, medindo 9,2 x 6,8 x 6,0, em setembro de 2008. O laudo anatomopatológico da biópsia excisional foi tumor filodes de baixo grau. Foi submetida a mastectomia esquerda com reconstrução. Após cinco anos, a paciente apresentou dor em hemitórax esquerdo. Realizou tomografia de tórax que evidenciou massa pulmonar sólida, lobulada, de 111 x 78 mm, localizada no lobo superior do pulmão esquerdo, em contato com a parede torácica. Biópsia pulmonar percutânea guiada por tomografia revelou tumor filodes metastático. A paciente foi submetida à pneumonectomia esquerda associada a pericardiectomia com reconstrução, pleurectomia mediastinal, toracectomia de quatro arcos costais e esternectomia parcial. Foi utilizado metilmetacrilado associado à tela de Marlex para reconstrução da parede torácica e realizamos traqueostomia percutânea precoce. A paciente apresentou evolução pós-operatória favorável. **Conclusões:** A variante histológica de baixo grau do tumor filodes de mama, ressecada com margens livres, pode apresentar metástase. O tratamento cirúrgico deve ser ofertado, mesmo nos casos de extenso comprometimento. O seguimento de pacientes com tumor filodes garante a detecção precoce de recorrência.

**PO076 TERATOMA GIGANTE EM CRIANÇA. RELATO DE CASO**

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA; ARLAN DE AZEVEDO FERREIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL

**Introdução:** Teratomas são tumores benignos que possuem tecidos originários dos três folhetos embrionários. São mais comuns em crianças que em adultos, e geralmente aparecem na linha média, como resquíscios embrionários. Os sintomas de manifestação são variáveis, dependendo da cavidade onde se encontram e de quais órgãos afetem. No tórax, os principais sintomas são desconforto respiratório, tosse, dor torácica. Mais raramente manifestam-se por sinais e sintoma infecciosos ou por quadro clínico compatível com insuficiência respiratória. **Relato de Caso:** Paciente sexo masculino, 13 anos, assintomático até 40 dias, quando inicia quadro clínico de chiado no peito e desconforto respiratório. Sem mais sintomas. Procura serviço médico sendo submetido à radiografia e tomografia de tórax que evidencia opacificação de 2/3 do hemitórax direito. Tomografia de tórax revela massa heterogênea, ocupando quase completamente o hemitórax direito, com desvio de mediastino contralateral. Submetido a biópsia da massa que revelou teratoma. Encaminhado ao HUJM com quadro de desconforto respiratório, febre, dor torácica importante. Exame clínico demonstrou emagrecimento importante, anorexia, febre diária, abaullamento do hemitórax direito, com sinais de frágem intercostal e de fúrcula. Frequência respiratória de 40 mpm. Submetido a toracotomia com ressecção completa do tumor. Identificado pedículo do teratoma na região mediastinal correspondente ao pólo inferior do lobo direito do timo. Pulmão direito completamente atelectasiado por compressão pelo tumor. Apresentou recuperação satisfatória, mantendo-se eupnéico desde o pós-operatório imediato. Encontra-se assintomático. **Conclusão:** Teratomas torácicos são tumores raros, geralmente manifestando-se por sintomas compressivos leves. A insuficiência respiratória é fenômeno raro, podendo dever-se a infecção das áreas císticas do tumor e aumento rápido da massa.

**PO077 TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO ENDOBRÔNQUICO**

OTAVIO JANA RODRIGUES; MARCELO DE ALENCAR RESENDE; LEONARDO CRUZ PEIXOTO; SILVIO PAULO PEREIRA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

**Introdução:** Tumor miofibroblástico inflamatório de pulmão é uma forma rara de neoplasia benigna e geralmente é caracterizada por um nódulo pulmonar solitário. A apresentação endobrônquica é incomum. A cirurgia conservadora é o tratamento de escolha, e os cirurgiões devem sempre se esforçar para alcançar margens livres devido à possibilidade de recidiva local. São comuns os sintomas de dispneia, tosse, hemoptise e dor torácica. Diagnóstico definitivo baseia-se nas características histopatológicas. O tratamento curativo é a ressecção cirúrgica completa, com margens microscópicas livres. **Objetivo:** Descrição de dois casos de tumor miofibroblástico inflamatório endobrônquico, operados em serviço especializado de cirurgia torácica no período de um ano. **Métodos:** Relato de casos. **Resultados:** Relato de dois casos de tumores endobrônquicos que apresentavam tosse, hemoptise, dispneia e dor torácica. A broncoscopia apresentava tumores endobrônquicos, sendo um caso à direita e outro à esquerda. **Conclusão:** O diagnóstico precoce

e a ressecção cirúrgica completa são fundamentais para um bom prognóstico do paciente.

**PO078 TUMOR SINCRÔNICO DE PULMÃO BILATERAL: ABORDAGEM POR TORACOTOMIA UNILATERAL COM RESSECÇÃO TRANSMEDIASTINAL**

FABIO RADDATZ RADDATZ CRUZ; NELSON PERELMAN ROSENBERG; EDSON BAMBRATE

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

**Objetivo:** Apresentar uma alternativa para ressecção de tumor multifocal bilateral. **Método:** Revisão de prontuário do Hospital Nossa Senhora da Conceição e revisão bibliográfica acerca do tema. **Relato do Caso:** Feminina, tabagista, 45 anos, história de neoplasia de colo uterino há 3 anos, interna no hospital via emergência por sangramento vaginal, tratado conservadoramente. Realizou biopsias de colo uterino, tendo sido descartada a possibilidade de recidiva local da doença. Realizou TC de tórax e abdome que mostrou massa pulmonar em lobo inferior esquerdo e outro nódulo com 1,5 cm em lobo médio, anatomopatológico por punção transtorácica com agulha de lobo inferior esquerdo fora positivo para neoplasia. (carcinoma de não pequenas células sem tipo histológico). Mediastinoscopia negativa para neoplasia. Nódulo pulmonar contralateral (lobo médio), com características sugestivas de neoplasia de pulmão, sem diagnóstico histológico. Espirometria com VEF1 de 2,51 L. Demais exames de estadiamento não mostram sinais de doença sistêmica. Frente à hipótese de neoplasia de pulmão multifocal, optou-se por realizar toracotomia esquerda com lobectomia inferior esquerda, abertura da pleura mediastinal e ressecção segmentar do nódulo do lobo médio com stapler, via transmediastinal. Evoluiu no pós-operatório, satisfatoriamente. Anatomopatológico revelou adenocarcinoma em lobo inferior esquerdo e carcinoma de não pequenas células em lobo médio. Todos linfonodos amostrados durante a toracotomia foram negativos para presença de células neoplásicas. Aguardando resultado da imunohistoquímica para definição diagnóstica.

**Discussão:** O diferenciação diagnóstica entre tumores de pulmão multifocais e metastáticos é de fundamental importância, haja visto o prognóstico mais favorável em um dos cenários e os diferentes manejos envolvidos. Os critérios para diferenciação segundo Martini e Melamed são: as lesões devem ser distintas e separadas; histologias diferentes (se similar, origem em carcinoma in situ, ou ser localizada em diferentes segmentos pulmonares); não ter carcinoma em vasos linfáticos e linfonodos de drenagem comuns e ausência de doença extrapulmonar. O uso da imunohistoquímica define o diagnóstico (sincrônico ou metastático) em qualquer cenário. A conduta consolidada tem sido abordagem bilateral através de esternotomia ou toracotomias seriadas. Entretanto, apesar de escassos dados na literatura, achamos a abordagem transmediastinal do nódulo pulmonar, nesta conjuntura, uma opção interessante para definição diagnóstica.

**PAREDE TORÁCICA****PO079 AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DE COSTELAS COM HASTES DE TITÂNIO EM PACIENTE COM TRAUMA TORÁCICO**

CARLOS REMOLINA; YESSICA ANDRES TRUJILLO; KARLA GUTIERREZ; JULIETH ACEVEDO; JOSE ANTONIO RODRIGUEZ CLÍNICA GESTIÓN SALUD, CARTAGEN, COLÓMBIA.

**Introdução:** Fraturas de costelas são lesões comuns em pacientes com tórax fechado, o que na maioria dos casos podem apresentar lesões associadas, devido à absorção de alta energia fornecida pelo trauma. Fraturas de costelas normalmente causam dor intensa, complicações respiratórias e absenteísmo significativo. Uma das estratégias terapêuticas é a estabilização cirúrgica da fratura, múltiplas vantagens teóricas, tais como redução da dor e a restauração da função da parede torácica. **Objetivo:** demonstrar que o uso de fixação aberto com hastes de titânio de fraturas de costelas é um tratamento que pode conseguir a recuperação precoce de pacientes com trauma torácico e fraturas de costelas complexos. **Método:** Uma série de casos retrospectivos, onde foi avaliado o resultado da cirurgia. A coleta de dados de linha de base foi realizada por revisão de prontuários e contato telefônico dos pacientes operados. Os dados foram digitados em forma e, em seguida, transferido a Epi Info™ 7. 1. 4 para posterior tabulação. **Crítérios de inclusão:** • Trauma de tórax com fraturas de costelas que foram realizadas redução aberta; • Pacientes com mais de 18 anos. **Crítérios de exclusão:** • Os pacientes com reconstrução da caixa torácica com hastes de titânio secundárias a neoplasia. • Pacientes menores de 18 anos; • Pacientes com traumas e fraturas de costelas torácicas com tratamento conservador. **Resultados:** são levados 25 pacientes que preencheram os critérios de inclusão e rápido desmame ventilatório era evidente nos casos de tórax instável, alívio da dor do paciente, melhoria da função respiratória no nível de dor pós-operatória, o nível foi testado na dor pós-operatória com a mesma melhoria na maioria dos pacientes. Em testes subsequentes em regime de ambulatório, foi evidenciado a progressiva melhoria nos parâmetros de espirometria e evolução da atividade física realizada pelo paciente. **Conclusões:** Fixação da fratura de costela deve ser considerada uma gestão adequada em pacientes com trauma torácico fechado, com tórax instável e fraturas de costelas complexos.

#### **PO080** DESARTICULAÇÃO INTER-ESCAPULO TORÁCICA E HEMITORACECTOMIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR DESMOIDE GIGANTE DE PAREDE TORÁCICA

ERLON DE AVILA CARVALHO; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; DANIEL BONOMI; ANDREY BARBOSA PIMENTA; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA

HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Introdução:** O tumor desmóide (TD), também conhecido como fibromatose agressiva, representa 0,03% de todas as neoplasias e 3% dos tumores de partes moles. É neoplasia que se estende aos tecidos músculo-aponeuróticos, penetra capsulas articulares, infiltra-se ao longo dos planos fasciais e invade estruturas neurovasculares adjacentes. Caracteriza-se por apresentar baixo potencial metastático e exuberante crescimento locorregional e alta taxa de recidiva local após ressecção cirúrgica. **Objetivos:** Relatar um caso de tumor desmóide gigante de parede torácica e discutir o papel da cirurgia e dos aspectos técnicos. **Relato de Caso:** Paciente de 23 anos de idade, masculino, previamente hígido, portador de volumosa massa em parede torácica anterior, com evolução de aproximadamente um ano. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou volumoso processo expansivo sólido e heterogêneo da parede anterior e cavidade torácica direita, medindo 25 x 22 x 15 cm, associada a deformidade e a erosão de arcos costais direitos, atelectasia parcial do pulmão ipsilateral, compressão e desvio contralateral do mediastino; pouca expansão do pulmão esquerdo; traqueia e bronquios principais pérvios e de calibre normal. Coração com dimensões

normais. Realizaram-se toracectomia, ressecção de tumor em mediastino, amputação do braço direito, escapulectomia e reconstrução da parede torácica com tela de máxlex e metilmetacrílico e confecção de retalho fasciocutâneo. Apresentou boa evolução pós operatória recebendo alta no 10º DPO. O estudo imuno-histoquímico acusou desmína-D33 negativo, actina de musculo liso 1A4 negativo, proteína S-100 policlonal negativo, CD34 - cloneQBEnd10 negativo, catenina beta 14 positivo, cujos resultados caracterizam "fibromatose tipo desmóide". **Conclusão:** O tratamento do tumor desmóide ainda constitui desafio. Esses tumores são relativamente raros, compostos de tipos histológicos heterogêneos e apresentam comportamentos biológicos diversificados. Apesar desses dados, a desarticulação interescapulotorácica e hemitoracectomia mostraram-se como única opção terapêutica potencialmente curativa. O caso apresentado, mesmo após operação mutilante e radical, ainda foi considerado ressecção R1, necessitando de terapias adjuvantes para controle da doença. Considerando que se trata de paciente jovem, hígido, com tumor de crescimento lento, apesar da dimensão, essa tática terapêutica parece a mais eficaz, apesar do impacto que foi para a vida do paciente.

#### **PO081** ESTERNECTOMIA ALARGADA POR CARCINOMA ESPINOCELULAR CUTÂNEO LOCALMENTE INVASIVO: RELATO DE CASO

ANDRE URQUIZA VELOSO; THAIS YUKA TAKAHASHI; RENATO MIGLIORE

UEL, LONDRINA, PR, BRASIL.

**Introdução:** O carcinoma espinocelular (CEC) é o segundo câncer de pele mais comum. A maioria dos casos são compostos por lesões pequenas, sendo facilmente tratados por excisão cirúrgica. O tratamento de primeira linha envolve a ressecção pela cirurgia micrográfica de Mohs. Nos casos onde há invasão óssea, a microcirurgia não é possível, sendo realizada ressecção ampla com margem de pelo menos 1 cm. **Relato do Caso:** Homem de 61 anos com volumosa tumoração cutânea em região esternal de aproximadamente 20cm no maior eixo. Refere aparecimento de pequena lesão há cerca 1 ano com crescimento rápido neste período. Realizado biópsia incisional da lesão com análise histopatológica compatível com carcinoma espinocelular. Feito tomografia de tórax onde foi visualizado extensa invasão de partes moles, parede torácica e aparente invasão da línula inferior. O paciente foi submetido a anestesia geral com tubo simples e colocado em decúbito dorsal. Após colocação dos campos foi feito a incisão cutânea ao redor da lesão com margem de 2cm. Realizado então esternectomia alargada (esterno, cartilagens costais, parte medial das clavículas e ventre medial dos músculos peitorais maiores). Após ressecção completa da lesão iniciamos a reconstrução da parede torácica. Optamos pela utilização de tela de polipropileno na metade inferior do defeito torácico e pericárdio bovino na metade superior. Feito mobilização dos retalhos musculares de ambos músculos peitorais maiores. Em seguida feito a rotação de retalhos cutâneos, sendo deixado uma ilha não coberta em região lateral do tórax. Realizou o pós-operatório na UTI do hospital. Evoluiu com desmame ventilatório prolongado por instabilidade da parede torácica e pneumonia, sendo feito traqueostomia no sexto dia pós-operatório. Apresentou fistula quilosa em região supraclavicular esquerda com fechamento espontâneo. Após cerca de 3 semanas teve alta hospitalar. Após 1 ano de seguimento não foi observado sinais de recidiva. **Discussão:** A ressecção cirúrgica com margens livres representa o tratamento padrão ouro do carcinoma escamocelular de pele. Nos raros casos onde há invasão da

parede torácica, a ressecção em bloco com ampla margem torna-se mandatória. A reconstrução do defeito da parede torácica visa a manutenção da estabilidade da parede torácica, preservando a função pulmonar, além de manter um resultado estético aceitável. Várias técnicas são descritas para reconstrução após ressecção da parede torácica. Nos defeitos grandes (>5cm) utiliza-se algum material protético para garantir estabilidade da parede torácica. Comumente usa-se uma tela protética associada ou não ao cimento ósseo (metilmetacrilato) para restaurar a rigidez do tórax e evitar um movimento paradoxal durante a respiração e protegendo os grandes vasos e o coração. **Conclusão:** Descrevemos um caso raro de tumor maligno cutâneo invadindo a parede torácica. As ressecções da parede torácica continuam a ser um desafio ao cirurgião torácico, tanto pela agressividade cirúrgica com suas margens amplas e complicações pós-operatórias, como pela falta de trabalhos a longo prazo que determinem qual a melhor técnica a ser empregada.

#### **PO082 FASCIÍTE NODULAR DE PAREDE TORÁCICA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO**

**HENRIQUE JOSÉ DA MOTA<sup>1</sup>**; ANA BEATRIZ RODRIGUES DA MOTA<sup>2</sup>; RENATA CUNHA DE AGUIAR<sup>1</sup>; ALYSSON GOMES LUSTOSA<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN - UFRN, NATAL, RN, BRASIL;  
2. PRM CIRURGIA GERAL HOSPITAL WALFREDO GURGEL - SESAP RN, NATAL, RN, BRASIL.

**Objetivo:** Fasciíte nodular é uma entidade clínico patológica raramente descrita em crianças que resulta de rápida proliferação de fibroblastos e miofibroblastos nos tecidos subcutâneos e que muito se assemelha do ponto de vista clínico e patológico aos sarcomas ou tumor desmóide. Relatamos um caso desta condição em uma menina de 6 anos de idade. **Método:** Revisão de prontuário do caso e pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS, SCIELO e PUBMED. **Relato do Caso:** Menina de 6 anos de idade apresentando massa palpável indolor de consistência firme e crescimento progressivo localizada na parede anterior do hemitórax esquerdo próximo ao mamilo, medindo aproximadamente 04 cm de diâmetro com evolução de um mês. Antecedentes inespecíficos. Não se observava comprometimento cutâneo ou sinais flogísticos adjacentes nem outros achados no exame físico. Radiografia simples do tórax sem anormalidades ósseas; ultrassonografia de tórax revelou imagem sólida com contornos regulares medindo 3,2 X 1,6 cm aderida ao 4º. arco costal anterior esquerdo, deslocando anteriormente aos planos musculares. A tomografia computadorizada de tórax confirmava estes achados sem evidenciar sinais de destruição costal ou realce pós contraste. Uma formação tecidual no mediastino superior foi avaliada como possível componente do timo. Hipótese diagnósticas de sarcoma de partes moles, tumor neurogênico de localização anterior, e linfangioma foram aventadas. A paciente foi submetida a toracotomia anterolateral esquerda com ressecção completa de tumoração sólida junto com segmento anterior do 4º. Arco costal esquerdo e Reconstrução sem uso de prótese. Evolução pós operatória sem intercorrências; O diagnóstico histopatológico inicial foi de neoplasia de células fusiformes com conclusão após estudo de imuno-histoquímica de fasciíte nodular. **Conclusões:** Embora raro a fasciíte nodular deve ser considerado no diagnóstico diferencial dos tumores da parede torácica em pacientes pediátricos. O diagnóstico histopatológico preciso é fundamental par evitar tratamentos agressivos desnecessários.

#### **PO083 FORMAÇÕES CÍSTICAS DE PAREDE TORACICA EM**

#### **PACIENTE COM DERMATOMIOSITE**

**BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO**; EDUARDO HARUO SAITO; CLÁUDIO HIGA; MÁXIMO DIAS JUNIOR; FABIO AKIRA HIGA; CAROLINE SILVA DE ANDRADE  
HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

A dermatomiosite é uma das formas mais comuns de uma família de doenças sistêmicas provenientes do tecido conjuntivo, caracterizadas por efeitos clínicos e patológicos de inflamação muscular crônica de causa desconhecida, denominadas miopatias inflamatórias idiopáticas. O diagnóstico se dá através do quadro clínico, eletromiografia e laboratório característico. No entanto, lesões císticas de parede torácica em pacientes com a doença não são comuns, sendo necessário apresentar a classe médica o quadro heteróclito. J. F. D. N. sexo masculino, 44 anos, com diagnóstico de dermatomiosite em 1992 e desde então em acompanhamento regular no Hospital da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mas há 2 anos sem uso de imunossuppressores. Refere que em 2011, notou aparecimento de formações nodulares com consistência amolecida, não pruriginosas e sem sinais inflamatórios, em dorso à direita e região peitoral ipsilateral. As lesões progrediram lentamente sem novos sinais ou sintomas. Procurou o serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pedro Ernesto – RJ sendo admitido em Março de 2014 com bom estado geral, sem outras queixas e tendo relato de hipertensão como a única comorbidade associada. Ao exame físico, pequeno edema infrapatelar de membro inferior esquerdo, assim como presença de massas em região torácica. A maior em região escapular direita medindo cerca de 25cm, de contorno regular, bordas bem delimitadas, consistência fibroblástica e indolor à palpação. Outras duas menores com as mesmas características estavam localizadas lateralmente e adjacente a primeira no tórax posterior, e em tórax anterior na altura do peitoral ipsilateral. A tomografia de tórax mostrou 3 formações císticas alongadas nos limites entre partes moles e ossos regionais, com calcificações das partes moles citadas. Foi submetido a ressecção da maior tumoração, observando-se paredes bem definidas e sem invasão de estruturas. Ao esvaziamento da lesão constatou-se conteúdo achocolatado. Os laudos patológicos relataram pela citologia do líquido da tumoração: material amorfo de aspecto granular correspondendo a acúmulo de hemácias íntegras e lisadas; e pelo histopatológico da tumoração: lesão cística de paredes fibrosas e hialinizadas com áreas de calcificação, hemorragia e infiltrado inflamatório mononuclear podendo corresponder a encistamento de abscesso. Outras lesões não foram abordadas até um diagnóstico definitivo no intuito de preservar a dinâmica funcional do paciente, levando-se em conta a atipia cicatricial e remodeladora da doença de base. Consequentemente, por se mostrar um caso isolado e com dificuldade bibliográfica, optou-se pelo seguimento ambulatorial e observação clínica desde então.

#### **PO084 HÉRNIA PULMONAR INTERCOSTAL – RELATO DE CASOS**

**PEDRO LUÍS REIS CROTTI**; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA; PAULO HENRIQUE ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA; VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

**Introdução:** A hérnia pulmonar intercostal constitui entidade patológica rara, pode ter etiologia espontânea ou traumática, a primeira podendo ser congênita, conforme revisão bibliográfica. Há protrusão do parênquima pulmonar através do espaço intercostal durante manobras de esforço expiratório com redução à inspiração, acompanhada de variada sintomatologia que inclui dor torácica, dispnéia e tosse seca. **Relato caso 1:**

Paciente do sexo masculino, com 63 anos de idade, branco, mecânico aposentado, fumante, com protrusão intercostal aos esforços, localizada ao nível do 8º espaço intercostal direito desde próximo ao rebordo costal até a linha axilar média, com redução do abaullamento ao repouso. TC de tórax com herniação pulmonar, subcutânea, na parede lateral, basal, do hemitórax direito, estria parenquimatosa no lobo inferior direito, demais áreas com transparência pulmonar preservada. Com o diagnóstico de hérnia pulmonar intercostal foi submetido a tratamento cirúrgico constatando volumosa herniação pulmonar intercostal desde o rebordo até linha axilar média, sendo realizado ráfia primária intercostal. Apresentou boa evolução pós operatória. **Relato caso 2:** Paciente do sexo masculino, 48 anos de idade, vendedor, tabagista, com aumento de volume de partes moles no 7º espaço intercostal direito, linha axilar média, em local de prévia drenagem de tórax devido a derrame pleural volumoso de etiologia tuberculosa. O abaullamento tornava-se evidente às manobras de esforço, causando dor local ao paciente. Submetido a toracotomia pequena, sobre o local da hérnia intercostal, dissecação do “pseudo saco herniário” e rafia intercostal. Evoluiu bem, sem evidência de recidiva ou de nova hérnia no local de drenagem torácica pós-operatória. **Conclusão:** Os casos apresentados perilam-se com similares na literatura consultada quanto a etiologia, sintomatologia e metodologia utilizada no seu diagnóstico, bem como a forma de tratamento dispensado.

#### **PO085** MIGRAÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER DA CLAVÍCULA PARA O PULMÃO ESQUERDO: RELATO DE CASO.

CAIO CESAR CIRINO; PATRICIA CRISTINA URBANO; RITA DE CÁSSIA QUAGLIO; TALES RUBENS DE NADAI  
HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Fraturas claviculares instáveis podem ser tratadas cirurgicamente com pinos e fios ou com placas. A migração de pinos e hastes ortopédicos colocados ao redor dos ombros para o interior da cavidade torácica tem sido pouco reportada. Desde que foi descrita pela primeira vez, em 1943 por Mazet, aproximadamente 40 novos casos foram publicados. Lyons e Rockwood revisaram 47 relatórios que documentam a migração de pinos e dispositivos semelhantes utilizados na fixação de ossos ou articulações em torno da área do ombro para a cavidade torácica. Oito casos tiveram desfechos fatais, e todas as mortes foram associadas a eventos cardiovasculares catastróficos e tamponamento cardíaco. **Objetivos:** Descrever um caso raro de migração de dispositivo metálico da clavícula para o pulmão, diagnosticado 20 anos após seu implante. **Metodologia:** Revisão de prontuário médico, exames radiológicos e pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e MD Consult. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, de 65 anos de idade, com antecedente de fratura de clavícula esquerda há 20 anos, tratada cirurgicamente com fixação usando fio de Kirschner. Após três anos da cirurgia foi submetida a uma segunda cirurgia para retirada do fio, porém, não houve sucesso no procedimento.

Deu entrada no nosso serviço em Maio de 2013, com queixa de dor em região de clavícula esquerda, de leve intensidade, associada principalmente aos movimentos. Não apresentava outros sintomas e não havia limitação dos movimentos e comprometimento das atividades diárias. O exame de radiografia de tórax evidenciou presença de corpo estranho metálico localizado na região supraclavicular esquerda. O exame de tomografia computadorizada do tórax revelou a presença de artefato metálico radio denso linear tangenciando

o ápice do lobo esquerdo, medindo cerca de seis cm no seu maior eixo longitudinal. Foi indicada, então, a toracotomia exploradora, realizada por via axilar. Acessou-se à cavidade pleural com localização do corpo estranho e ressecção do mesmo. A paciente apresentou evolução clínica satisfatória, com queixa no pós-operatório apenas de dor em ferida cirúrgica, sem outras intercorrências. Recebeu alta hospitalar no 4º dia pós-operatório e permanece em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O uso de pinos e hastes metálicas utilizadas para fixar fraturas e desarticulações na região dos ombros são procedimentos comuns na prática ortopédica, com bons resultados quando utilizados em casos apropriados. O paciente deve sempre receber acompanhamento clínico e radiográfico até que os pinos e fios sejam removidos, o que deve ocorrer assim que o efeito terapêutico tenha sido alcançado. Caso haja migração do fio, processo que normalmente é assintomático, este deve ser removido imediatamente para evitar complicações súbitas e fatais.

#### **PO086** NEOPLASIA GIGANTE DE PAREDE TORÁCICA ANTERIOR: RELATO DE CASO.

TAO MACHADO<sup>2</sup>; LUIZ FERNANDO JUNGUES FILHO<sup>3</sup>; GLÁUCIO PIRES CARNEIRO<sup>4</sup>; TIAGO MENDONÇA DIAS<sup>4</sup>; KARINA KENDRA MARQUES<sup>2</sup>; ANNA SUELLEN SALAZAR PEDROSA<sup>5</sup>

1. CIRURGIÃO TORÁCICO - HGR - UFRR, BOA VISTA, RR, BRASIL;
2. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL - HGR, BOA VISTA, RR, BRASIL;
3. CIRURGIÃO GERAL - HGR, BOA VISTA, RR, BRASIL;
4. INTERNO - HGR - UFRR, BOA VISTA, RR, BRASIL;
5. INTERNA - HGR - UFRR, BOA VISTA, RR, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar um caso de paciente portador de neoplasia gigante de parede torácica anterior de tipo histológico incomum, abordado cirurgicamente no Hospital Geral de Roraima.

**Metodologia:** Relato de caso estruturado por meio de coleta de dados secundários, oriundos de revisão de prontuário médico e revisão de literatura. O prontuário médico foi consultado mediante TCLE e a revisão bibliográfica foi realizada mediante busca nos bancos de dados do Portal de Periódicos da Capes, da Scientific Electronic Library Online (SciELO), U. S. National Library of Medicine (PubMed) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com os descritores: sarcoma de partes moles; neoplasias; parede torácica; tumores. **Introdução:** Os tumores da parede torácica são lesões pouco frequentes correspondendo a menos de 1% de todos os tumores. Destes, 60% são malignos. A maioria deles são osteocartilaginosos e grande parte metastáticos. Dentre os de partes moles prevalecem os primários, sendo mais frequentes os fibrossarcomas, fibrohistiocitomas, lipossarcomas e plasmocitomas. Sarcomas pleomórficos nessa topografia são mais raros. **Desenvolvimento:** G. G. S. , 68 anos, masculino, deu entrada no pronto atendimento do Hospital Geral de Roraima com a queixa de “dor em massa tumoral no peito”. Referia que há 20 anos tinha tumoração do tamanho de um limão em região peitoral a direita, indolor. Cita que ocorreu um crescimento gradual, atingindo o estágio atual há cerca de um ano. Nos últimos dias, referiu dor leve nas bordas da massa tumoral, fato este que o levou a procurar atendimento médico. Ao exame notava-se presença de massa tumoral na face anterior do hemitórax direito, medindo aproximadamente 15x15 cm, de consistência fibroelástica, rígida, com aparente adesão a planos profundos, indolor, de bordas bem delimitadas. Não eram palpáveis linfonodomegalias axilares ou em outros sítios. Internado por motivos sociais, foi submetido a TC de tórax, abdome superior e crânio, assim como rotina laboratorial e pré-operatória do serviço. Tais exames permitiram identificar

que a neoplasia invadia a face anterior do músculo peitoral maior sem ultrapassá-lo com estadiamento clínico-radiológico T2b N0 M0, classe II pela ASA. Foi submetido a ressecção completa da lesão em bloco com o músculo peitoral maior e reconstrução primária, evoluindo sem intercorrências no per-operatório. Apresentou seroma no 14ºDPO que foi solucionado com apenas uma punção e curativo compressivo. O exame histopatológico definiu o diagnóstico de Sarcoma Pleomórfico Indiferenciado com maiores diâmetros de 18 por 13 centímetros (estágio III - T2b N0 M0 G4). Segue em acompanhamento ambulatorial conjunto com a oncologia clínica e cirurgia torácica. **Conclusão:** Por serem patologias raras, os sarcomas de partes moles de tronco e de extremidades, muitas vezes não são incluídos como diagnóstico diferencial e são diagnosticados tardiamente quando a lesão tumoral já atinge dimensões elevadas. Em quase 100% dos casos a principal sintomatologia do paciente é a presença de um nódulo ou massa, com ou sem dor, dados que devem ser valorizados, principalmente associados a evidência de crescimento.

**PO087 NEUROFIBROMATOSE DE VON RECKLINGHAUSEN**

**RAFAEL VILELA SILVA; MANOEL XIMENES NETTO; LUCY ANNE LOPES MELO; ANTONIO CLAUDIO DIAS AMARAL HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA, DF, BRASIL**

**Objetivo:** Relatar ressecção de Neurofibroma Torácico por Toracosopia na doença de Von Recklinghausen **Método:** Relato de caso clínico ocorrido no ano de 2014 no Hospital de Base do Distrito Federal. A Doença de Von Recklinghausen, Neurofibromatose ti PO2, é uma síndrome congênita autossômica dominante de penetrância completa, ocorre em uma frequência de um caso para cada 4.000 nascidos vivos, caracterizada pelo aparecimento de lesões cutâneas conhecidas como manchas "café com leite" associado ao surgimento de tumores benignos de origem nervosa com repercussões locais e percentuais de transformação maligna entre 5 a 10%. Trata-se de revisão de caso clínico com paciente de 24 anos apresentando nódulo em parede torácica anterior direita de início há 10 anos concomitante a dores locais associado a inúmeras manchas planas de coloração acastanhada em membros e tronco, com diagnóstico por biópsia incisional de nódulo evidenciando Neurofibroma de Parede Torácica. Apresenta também Tomografia Computadorizada de Tórax mostrando outra tumoração de 46 x 34mm em Cavidade Pleural de ápice de Hemitórax Direito submetido posteriormente a ressecção por Toracosopia resultando em remissão completa dos sintomas. Relata ainda que mãe e irmão são portadores de patologia semelhante, tendo outro irmão evoluindo a óbito em decorrência da progressão das lesões de mesma característica.

**PO088 RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA COM NEO-RIB**

**LEONARDO CESAR SILVA OLIVEIRA; NEWTON ALBUQUERQUE ALVES; DANIEL PIRES PESSOA; RODOLFO LUCIO ALVES TITO; HERBERT FÉLIX COSTA; JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL**

**Introdução:** A reconstrução da parede torácica pode ser um procedimento complexo desafiador que exige uma abordagem multidisciplinar. As indicações mais comuns para a reconstrução da parede torácica são a reparação de defeitos devido a ablação de tumores, infecções, radiação, necrose, deformidades congênitas e trauma. Existem muitas opções de reconstrução de parede com uso de próteses. Os tumores primários das costelas compreendem apenas 5% a 7% de

todas as neoplasias ósseas. São derivados a partir de osso, cartilagem, medula óssea, vascular, ou estruturas neurais. Das lesões benignas, displasia fibrosa e chondroma são as mais comuns, enquanto as lesões malignas mais comuns são o condrossarcoma e osteosarcoma. **Relato:** Paciente, sexo masculino, 17 anos, sem comorbidades, encaminhado ao Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart com queixas de abaulamento fortemente doloroso em parede torácica anterior esquerda. Na tomografia computadorizada, notou-se uma imagem expansiva com efeito de massa ao nível da parede torácica anterior direita em íntimo contato com pericárdio e que comprime o saco pericárdico sem invadi-lo. A lesão não respeitava planos musculares, osseos ou do tecido subcutâneo. Decidido por punção percutânea com agulha lancetante que demonstrou Rabdiosarcoma. O paciente foi submetido à toracectomia com ressecção em bloco de segmentos anteriores dos arcos costais e musculatura adjacente, trajeto e ilha de pele no local da biópsia e margem cirúrgica de 5cm lateral e 2,5 cm medialmente. O esterno também era envolvido pela lesão. Foi realizada a reconstrução de segmentos de costelas utilizando metilmetacrilato sob molde cilíndrico confeccionado com dreno de tórax nº38, fixo aos segmentos costais com fio de aço conforme técnica de *neo-ribs* descrita por Dahan et al. Seguiu-se com o fechamento por planos (pericostal, muscular, subcutâneo e pele). O exame anatomopatológico revelou Rabdiosarcoma, confirmado pelo estudo imunoistoquímico. O paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório, sem intercorrências. Atualmente em esquema de adjuvância com quimioterapia. **Discussão:** Pouco frequente em adultos, rabdiosarcoma é o segundo tumor maligno mais comum da parede torácica em crianças. Estes tumores são tratados por ressecção cirúrgica seguida de terapia neoadjuvante, quimioterapia e radioterapia. As características de um prognóstico negativo incluem subtipo alveolar (em comparação com subtipo embrionário), tumores invasivos maiores do que 10 centímetros, e ressecções R1. Estes são tumores agressivos e apenas cerca de 10% dos rabdomyosarcomas são ressecáveis. De acordo com a terapêutica estabelecida no presente caso, o tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica do tumor primário. A quimioterapia e radioterapia ajudam a evitar recidivas do tumor. A forma da reconstrução da parede é individualizada para cada paciente. **Conclusão:** A técnica de *Neo-ribs* é uma forma de reconstrução de parede torácica que tem resultado estético excelente e baixo custo quando comparada as outras próteses.

**PO089 RESSECÇÃO DE CONROSSARCOMA GIGANTE DE PAREDE TORÁCICA**

**MARIO CLAUDIO GHEFTER; RAQUEL BEZERRA ESTRELA RODRIGUES; MARCO AURÉLIO MARCHETTI FILHO; LUIZ EDUARDO ZAMBERLAN MACHADO IAMSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL**

**Objetivo:** relato de caso de condrossarcoma gigante de parede torácica assim como a técnica para ressecção e reconstrução. **Método:** História clínica, exame físico, revisão de prontuário, registro fotográfico de exames de imagem e vídeo do procedimento cirúrgico. **Resultado:** paciente do sexo masculino, 56 anos, admitido no serviço com história de tumoração de crescimento lento em 20 anos, ocupando toda região anterior direita do tórax, promovendo deformidade torácica. Submetido a toracectomia, bilobectomia pulmonar superior, ressecção do tumor (15kg) e reconstrução da parede torácica com 03 placas de titânio, tela de polipropileno e rotação de retalho miocutâneo (grande dorsal). O anatomopatológico evidenciou condrossarcoma. O paciente não apresentou evolução

pós operatória favorável preservando a integridade da parede torácica e dinâmica ventilatória. **Conclusão:** O condrossarcoma representa 30% dos tumores malignos osteocartilaginosos e o mais frequente dos tumores de parede torácica anterior. A ressecção de tumores gigantes de parede torácica pode ter baixa morbimortalidade desde que exista melhoria da técnica cirúrgica, anestésica, cuidados intensivos e uso de materiais para reconstrução da parede torácica. Optamos relatar esse caso por tratar-se de um tumor de complexa abordagem por ocupar os 2/3 superiores do hemitórax direito, a compressão do plexo braquial e do pericárdio.

#### **PO090** RESSEÇÃO DE TUMOR DE PAREDE TFEORÁCICA RENATO TEIXEIRA SINISCALCHI

HOSPITAL ESCOLA DE ITAJUBÁ, ITAJUBA, MG, BRASIL.

Feminino, 33 anos com queixa de dor torácica com 4 meses de evolução e de caráter progressivo. Após procurar alguns especialistas como ortopedista e neurologista foi diagnosticada com tumor de parede torácica. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou uma lesão de aspecto osteolítico em oitavo arco costal esquerdo próximo a coluna vertebral. Foi submetida a toracectomia. A anatomia patológica mostrou trata-se de uma proliferação angiomatosa. No momento está aguardando o resultado da imunohistoquímica que ainda não está pronta até o envio desse e-mail, e que, posteriormente, será acrescido ao presente trabalho. A paciente evoluiu bem e sem queixa de dor ou qualquer tipo de seqüela motora.

#### **PO091** TORACOMIPLASTIA COM RETALHO MIOCUTÂNEO DE RETO ABDOMINAL IPSILATERAL – RELATO DE CASO

CAROLINE SILVA DE ANDRADE; EDUARDO HARUO SAITO; CLÁUDIO HIGA; MICHEL LUCIANO HOLGER TOLEDANO VAENA; FABIO AKIRA HIGA; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO

HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A evolução do empiema fase 3 para pleurostomia a Eloesser ainda é comum no Brasil, principalmente diante de doença endêmica como a Tuberculose. Esta ostomia acarreta importante constrangimento psicossocial e seu fechamento cirúrgico é dificultado, em grande parte, por se tratar de uma cavidade contaminada. Várias técnicas de correção foram descritas, porém nenhuma delas demonstrou-se superior às demais. **Relato de Caso:** Expomos o caso de um homem, 44 anos, negro, carregador de caminhão, natural do RJ, que após tratamento de tuberculose evoluiu com empiema pleural crônico à direita e pleurostomia a Eloesser. Houve duas tentativas sem sucesso de fechamento da pleurostomia pela técnica de Clagett, sendo uma, inclusive, com rotação de retalho miocutâneo de músculo grande dorsal. Diante da vontade e do empenho do paciente em corrigir a deformidade torácica existente e com a pleurostomia saneada, propusemos realizar uma toracomioplastia com retalho miocutâneo de reto abdominal ipsilateral em conjunto com o Serviço de Cirurgia Plástica do HUPE. Inicialmente com o paciente em decúbito dorsal, o retalho foi dissecado. Seguindo a tática operatória, o posicionamos em decúbito lateral esquerdo para dar prosseguimento à cirurgia. Foram parcialmente ressecados 6 arcos costais, desde o processo transversal, posteriormente, até o final da cavidade pleural empiemática, na porção anterior, permanecendo um arcabouço rígido contendo músculo intercostal, pleura parietal e fibrose decorrente das abordagens anteriores. Efetuamos incisões longitudinais neste arcabouço a fim de desfazer a rigidez fibrótica, promovendo o desabamento destas estruturas e finalmente o colapso da parede torácica. O retalho miocutâneo foi posicionado sobre

estas estruturas, reduzindo o espaço morto e minimizando quase totalmente a deformidade. Dois drenos suctores foram utilizados. Houve uma ótima evolução pós operatória, com excelente resultado funcional e estético. **Conclusão:** Obtivemos ótimos resultados estéticos e funcionais com a técnica de toracoplastia com o uso de retalho miocutâneo de reto abdominal ipsilateral, e acreditamos ser esta uma importante alternativa para o fechamento de pleurostomias.

#### **PO092** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PLASMOCITOMA SOLITÁRIO DO OSSO ESTERNO: APRESENTAÇÃO DE UM CASO.

CARLOS REMOLINA; KARLA GUTIERREZ; YESSICA ANDRES TRUJILLO; JULIETH ACEVEDO; JOSE ANTONIO RODRIGUEZ CLÍNICA GESTIÓN SALUD, CARTAGENA, COLÔMBIA.

O plasmocitoma pode apresentasse como uma lesão única ou múltipla de acordo com a sua associação com múltiplo mieloma; neste caso, a neoplasia de células plasmáticas solitário é definida como a proliferação monoclonal desta linha celular com nenhuma evidência de infiltração de medula óssea. O plasmocitoma solitário do osso é uma doença e pouco comum, que ocorre em menos de 5% dos tumores ósseos e sua localização no esterno é incomum. O tratamento é controverso, pode ser realizado com sucesso radioterapia ou ressecção cirúrgica com algumas indicações de tamanho do tumor ou a extensão da destruição óssea, também pode ser administrado com dois tratamentos que complementam-se mutuamente. **Objetivo:** Avaliar os resultados do tratamento cirúrgico de uma paciente com plasmocitoma solitário do osso esterno. **Material e Método:** Relato de caso de uma paciente com plasmocitoma solitário do osso esterno, que foi tratado cirurgicamente com ressecção do esterno mais reconstrução com hastes de titânio, prótese biológica e peitoral maior retalhos musculares. Foram avaliadas as indicações para resultados do tratamento cirúrgico de ressecção cirúrgica e reconstrução do esterno, necessidade de radioterapia adicional e processo de recuperação do paciente. **Resultados:** Acompanhamento mensal do paciente é realizada com radiografia de tórax, espirometria e avaliação clínica, com bons resultados, com arcos de movimentos preservados em membros superiores, a continuidade da vida sem complicações. **Conclusão:** O plasmocitoma solitário do osso esterno é uma entidade rara, no presente e não há casuismo que permite a marcação diretrizes diagnósticas, prognósticas ou terapêuticas. A abordagem cirúrgica é indicada quando a destruição óssea ocorre sintomática grave, como no caso acima Esternotomia mais de reconstrução e fixação da caixa torácica com hastes de titânio e malha biológica, é uma técnica segura, e com resultados funcionais satisfatórios; Por conseguinte, pode-se dizer que a ressecção cirúrgica com amplas margens juntamente com a terapia de radiação é uma boa alternativa nestes pacientes.

#### **PO093** TUBERCULOSE DE PAREDE TORÁCICA EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE NEOPLASIA RENAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

LÚCIO SORDI MACEDO<sup>2</sup>; ANDERSON HENRIQUE DA SILVA STAHELIN<sup>1</sup>; ÁLISON HOLSTEIN<sup>1</sup>; FÁBIO MAY DA SILVA<sup>2</sup>; THIAGO LEANDRO MARCOS<sup>2</sup>; MAURICIO PIMENTEL<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Objetivo:** Descrever caso raro de tuberculose de parede torácica em paciente portador de massa volumosa em parede anterior à esquerda submetido previamente à nefrectomia por neoplasia renal, tendo como hipótese diagnóstica principal

metástase de adenocarcinoma renal. O pulmão é o principal sítio de metástase do câncer renal, podendo acometer também a pleura. Uma manifestação incomum da tuberculose é o acometimento de parede torácica, constituindo cerca de 1-5% dos casos de tuberculose músculo-esquelética. São comumente massas de aparecimento insidioso e assintomáticas sendo necessário diferenciá-las de carcinomas metastáticos, linfomas, tuberculose ou outros processos infecciosos. **Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** S. V. M. S, 61 anos, masculino, casado, pedreiro aposentado com história de nefrectomia à direita há 10 anos por adenocarcinoma renal de células claras, desde então em acompanhamento com oncologista clínico sem necessidade de tratamento adjuvante. Ao exame físico, paciente encontrava-se assintomático, em bom estado geral e ausculta cardiopulmonar sem alterações. À ecotopia, apresentava volumosa lesão expansiva de evolução há 3 meses em quadrante infero-lateral da região mamária esquerda de aproximadamente 10cm de diâmetro aderida a plano profundos e consistência fibroelástica. A tomografia computadorizada de tórax para investigação evidenciou volumosa lesão expansiva heterogênea em parede anterior à esquerda, medindo 8,5 x 3,2cm com extensão à pleura, além de lesão pleural calcificada à esquerda, nódulos em ápice pulmonar ipsilateral medindo 1,5 x 1,1cm e granulomas calcificados em parênquima pulmonar. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) demonstrou processo inflamatório supurativo com presença de polimorfonucleares, cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis* e pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) com resultado negativo. Na bacterioscopia pelo Gram não houve visualização de bactérias e não houve crescimento bacteriano para germes comuns. Para confirmação diagnóstica, foi realizada biópsia incisional da lesão evidenciando processo inflamatório crônico granulomatoso e pesquisa de BAAR positiva. Após diagnóstico de tuberculose de parede torácica foi iniciado antibioticoterapia com esquema RIPE. Em controle tomográfico realizado 4 meses após início da farmacoterapia, houve regressão da lesão expansiva em parede torácica anterior esquerda. Atualmente, paciente encontra-se em acompanhamento no ambulatório de cirurgia torácica. **Conclusões:** A parede torácica é acometida por ampla variedade de lesões benignas e malignas, sendo mais da metade provenientes de metástases. A tomografia computadorizada de tórax foi necessária para avaliar a extensão da lesão, demonstrando tratar-se de lesão solitária sem envolvimento osteoarticular ou do parênquima pulmonar, apesar da destruição do osso adjacente ao foco infeccioso ser um achado comum na tuberculose de parede torácica. A confirmação diagnóstica deu-se a partir de biópsia incisional sendo instaurado esquema RIPE para tratamento com melhora do quadro.

#### **PO094 TUMOR CÉLULAS GIGANTES DO ARCO COSTAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

CARLOS LEANDRO LOVATO; KELLY ZAMBARDA; ARIEL DUTRA LOPES; ANDERSON KAHL BECH; MARCIA FERNANDES GARCIA; JULIANA MARTINI  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

**Introdução:** Tumor de Células Gigantes é neoplasia rara, descrita inicialmente por Sir Astley Cooper, em 1818, predominando levemente no sexo feminino, entre 20-40 anos, em 29 % dos casos o diagnóstico é feito com pacientes com idade inferior aos 20 anos. Representam 4-5 % de todos tumores ósseos primários e 18 % dos tumores ósseos benignos [1]. Representam 0. 5-0. 6% dos tumores ósseos do arco costal, sendo que 5-10 % são malignos. Dor, volume local e

fraturas patológicas são manifestações clínicas [2]. **Objetivo:** Documentar e estudar sobre Tumor de Células Gigantes do arco costal, tratado em nosso hospital. **Método:** Revisão da literatura de um caso de Tumor de Células Gigantes de arco costal. **Resultados:** Sexo masculino, 41 anos, branco, pedreiro, com história de abaulamento e dor em parede inferior do hemitórax esquerdo, sem história de trauma no local, tabagismo, dispnéia ou emagrecimento. Raios de tórax sem evidência de lesão parenquimatosa, arcos costais abaulados em hemitórax esquerdo. Tomografia de tórax com massa tumoral em arco costal inferior à esquerda que se projeta sobre diafragma e comprime polo superior do baço, sugestivo de neoplasia benigna do arco costal. Submetido à ressecção em bloco da massa, com cobertura do defeito da parede torácica com músculo grande dorsal. Laudo imuno-histoquímico com diagnóstico de Tumor de Células Gigantes de arco costal. **Discussão:** Normalmente se apresentam com dor torácica, abaulamento e fraturas patológicas[1]. Tumor de Células Gigantes, é incomum formado por células multinucleadas, ocorre com maior frequência em ossos como fêmur, tibia e corpo vertebral, tem natureza mesenquimal, comportamento benigno, e apresenta caráter de invasão local [2]. O diagnóstico diferencial se faz com doença óssea relacionada ao hiperparatireoidismo, fibroma condromixóide, osteossarcoma de células gigantes, cistos ósseos [2]. A tomografia de tórax é utilizada no planejamento cirúrgico, entretanto a Ressonância Magnética Imagem tem melhor acurácia no diagnóstico[2]. Os achados radiológicos são de lesões ósseas líticas, sem reação periosteal com tamanho médio de 5-7 cm. Tratamento é ressecção completa da lesão. Recorrência local acontece em 50 % dos pacientes, metástases pulmonares em 2% [1]. Radioterapia pode levar à degeneração maligna, portanto não recomendada [1]. **Conclusão:** Tumor de células gigantes do arco costal é doença rara, predominando levemente no sexo feminino, pico de incidência entre 20-40 anos[1]. O diagnóstico é feito pela biópsia da massa[1]. Tratamento é a ressecção completa da lesão, índice de recidiva local alto.

#### **PO095 TUMORES DE PAREDE TORÁCICA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES**

ISRAEL LOPES DE MEDEIROS; KÉZIA DE OLIVEIRA SOMBRA; ANTERO GOMES GOMES NETO; HERBERT FÉLIX COSTA; FABIANA ROCHA DE OLIVEIRA; RODOLFO LUCIO ALVES TITO  
HOSPITAL DR. CALOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL

**Introdução:** Os tumores de parede torácica representam 1 a 2% das neoplasias em geral e aproximadamente 5% das neoplasias torácicas. A etiologia desses tumores é heterogênea, visto que eles podem ser primários do tipo benigno ou maligno, originando-se diretamente da parede do tórax; secundários, como metástases, extensão local de tumores adjacentes do pulmão, mediastino, pleura ou de mama. Além de causas não-neoplásica, tais como doenças infecciosas ou inflamatórias e manifestações locais de doença sistêmica. O diagnóstico dessa neoplasia é feito inicialmente pela análise do histórico de dor e exame físico. Exames de imagem como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética do tórax ajudam a identificar a doença e a determinar seu grau de invasão. Contudo, a biópsia é o exame que de fato irá confirmar o diagnóstico. O tratamento do tumor da parede torácica varia de acordo com o diagnóstico, podendo ser cirúrgico, radioterapia ou quimioterapia. **Objetivo:** analisar uma série de casos sobre tumores de parede torácica em um hospital de referência de Fortaleza-CE. **Métodos:** Estudo

retrospectivo de revisão dos prontuários de 16 pacientes, admitidos no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, submetidos a um procedimento cirúrgico para retirada de tumor de parede torácica no período de fevereiro de 2013 a julho de 2014. Foram analisados dados demográficos, comorbidades, tipo de cirurgia realizada, histopatológico dos tumores e morbi-mortalidade durante o internamento. **Resultados:** Havia 16 pacientes, sendo 4 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com média de idade de 49,68 anos (intervalo 17-75 anos). A comorbidade mais comum foi tabagismo. A principal etiologia foi tumores primários de parede, acometendo 8 pacientes, seguido de lesão expansiva de tumor de pulmão em 6 pacientes e metástase em 2 pacientes. O diagnóstico histopatológico foi heterogêneo, contudo o mais frequente foi o adenocarcinoma, presente em 3 pacientes. Foram realizadas 10 toracectomias e 6 toracotomias com lobectomia. Para o fechamento cirúrgico foi usado em 3 pacientes a reconstrução com tela de marlex, 1 teve o uso de metilmetacrilato, 1 com retalhos musculares ou miocutâneos e em 11 foi realizado fechamento primário da parede torácica. Não houve complicações nem óbitos durante a internação. **Conclusão:** Os tumores de parede torácica são incomuns, principalmente os de origem primária, visto em nossa série de casos apenas 8 pacientes foram operados em dois anos. A maioria dos pacientes podem ser operados com fechamento primário, sem a necessidade do uso de prótese. Em nossa série a cirurgia teve baixa taxa de morbi-mortalidade, sendo segura para a retirada do tumor.

## PLEURA

### **PO096** A RELAÇÃO ENTRE ELASTÂNCIA PLEURAL E O SUCESSO DA PLEURODESE À BEIRA LEITO PARA DERRAMES PLEURIS MALIGNOS RECIDIVANTES.

RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; PEDRO XAVIER ARAÚJO<sup>3</sup>; RODRIGO CARUSO CHATE<sup>3</sup>; LETICIA LEONE LAURICELLA<sup>2</sup>; ALBERTO JORGE DELA VEGA<sup>2</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>4</sup>

1. *FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL;* 2. *ICESP, SAO PAULO, SP, BRASIL;* 3. *HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL;* 4. *INCOR - FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** O derrame pleural é uma complicação frequente e que causa importantes sintomas em pacientes com neoplasias em estágios avançados. A pleurodese é o tratamento mais empregado para os derrames recidivantes. **Objetivo:** Investigar a relação entre a elastância pleural e efetividade da pleurodese, avaliada através do grau de acúmulo de derrame pleural, da qualidade de vida, do grau de dispnéia, da dor e de complicações em pacientes com derrame pleural neoplásico recidivantes (DPNR) tratados com pleurodese à beira leito. **Métodos:** Estudo prospectivo incluindo pacientes com DPNR candidatas a tratamento por pleurodese a beira leito recrutados entre junho de 2009 e setembro de 2013. A elastância pleural foi medida após inserção de cateter pleural (Pigtail 14 Fr), sendo analisada após evacuação de 800ml de líquido pleural (E800) e ao final da drenagem (ET). O volume pleural foi medido com tomografia computadorizada de tórax (TC) após a drenagem do derrame e após um mês da pleurodese. A diferença entre essas medidas foi estabelecida como o grau de acúmulo de derrame (efetividade radiológica, ER). A pleurodese foi considerada bem sucedida quando nenhum procedimento adicional foi necessário. A qualidade de vida, a dispnéia e a dor foram avaliadas antes e 30 dias após a

pleurodese. Complicações foram registradas e graduadas de acordo com o CTCAE3. **Resultados:** 119 pacientes foram incluídos, 39 foram excluídos (16 por óbito antes de 30 dias, 12 demonstraram expansão incompleta do pulmão, 5 tiveram derrame pleural menor que 800 ml e 6 não retornaram para seguimento). 80 casos foram analisados, sexo: 61 feminino, Idade média: 60,5 anos. O KPS médio foi 60. A neoplasia primária foi mama em 40 pacientes, pulmão em 20, ovário em 9, cólon, próstata, rim e indeterminado em 2, tireoide, estômago e pâncreas em 1. Não foi encontrada correlação significativa entre E800 e ER (coeficiente de correlação -0,168,  $p=0,148$ ), todavia, existe uma correlação fraca entre ET e ER (coeficiente de correlação -0,224,  $p=0,047$ ). Não foram encontradas correlações entre a elastância e a melhora em qualidade de vida, na melhora da dispnéia, na melhora da dor, tanto para E800 quanto para ET. A pleurodese foi considerada efetiva em 71 pacientes (88,8%), mas sem correlações com E800 ou ET. 5 pacientes tiveram complicações maiores e 8 tiveram complicações menores, não houve correlação entre complicações e os valores de E800 ou ET. **Conclusão:** Não encontramos correlações significativas entre E800 ou ET com efetividade clínica ou radiológica da pleurodese, bem como entre E800 ou ET e qualidade de vida, grau de dispnéia, dor e complicações. A elastância pleural não conseguiu prever desfechos clínicos ou radiológicos em pacientes com DPNR submetidos a pleurodese a beira leito.

### **PO097** ABORDAGEM CIRÚRGICA DE PACIENTES COM TUMORES DA PLEURA. O EXAME DE IMAGEM COMO FORMA DE DEFINICAO DE CONDUTA.

DANIEL BONOMI; ANDREY BARBOSA PIMENTA; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; ERLON DE AVILA CARVALHO; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES *INSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

**Objetivo:** Apresentar condutas diagnosticas e terapeuticas em 04 pacientes com diagnostico clinico tomografico de tumores pleurais. Definir aspectos de tatica cirurgica e apresentar evolucao pos operatoria de tais pacientes. **Método:** Quatro casos de pacientes com tumores de pleura foram abordados por nossa equipe. Em todos os casos a conduta cirurgica foi tomada como base no diagnostico radiologico apenas. **Caso 01:** Paciente do sexo masculino com quadro de dor em HTX esquerdo e volumosa massa em transicao toracodiafragmatica esquerda, submetido a toracotomia posterolateral e ressecao da lesao e de segmento de pulmao do LIE aderido a ele. **Caso 02:** Sexo feminino, admitida em insuficiencia respiratoria por massa volumosa do HTX direito que desviava o mediastino para o lado contralateral e empurrava o difragma para baixo. Submetida a toracotomia posterolateral direita e ressecao da lesao que tinha minimo contato com o lobo inferior do pulmao direito. **Caso 03:** Sexo feminino com dor toracica atipica foi submetida a ressecao por VATS e toracotomia para extracao da peca. Essa paciente apresentou recidiva da doenca apos 02 anos e novamente submetida a operacao, dessa vez por toracotomia e ressecao. **Caso 04:** Sexo feminino, diagnostico clinico de massa pulmonar em lobo superior esquerdo, toracosopia mostrava lesao englobada pelo parenquima pulmonar e portanto foi submetida a lobectomia pulmonar por videotoracosopia. **Resultados:** Todos os pacientes apresentaram diagnostico anatomo patologicos e imunohistoquimicos de tumores fibroso solitario da pleura. Nenhum foi submetido a biopsia antes do procedimento cirurgico. Apenas os exames de imagem foram o suficiente para indicacao cirurgica. Apenas uma paciente apresentou recidiva de lesao e foi necessaria nova ressecao atraves de toracotomia. **Conclusões:** O tumor solitario da pleura tem como

quadro diagnóstico a história clínica e a avaliação cautelosa do exame de imagem. Quando avaliados por especialistas o diagnóstico é certo e o tratamento se impõe sem necessidade de punção biópsia antes da intervenção cirúrgica.

**PO098 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE SUBMETIDOS À PLEURODESE**

RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; PRISCILA BERENICE COSTA<sup>1</sup>; PEDRO XAVIER ARAÚJO<sup>2</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>3</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>3</sup>

1. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. INCOR - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivos:** Avaliar a variação da qualidade de vida mensurada pelo instrumento WHOQOL-bref (OMS) antes e após 30 dias da pleurodese com diferentes agentes esclerosantes em pacientes com derrame pleural maligno recidivante e identificar os fatores preditores relacionados ao líquido pleural e às características dos pacientes que estejam relacionadas à maior ganho de qualidade de vida. **Método:** Estudo retrospectivo com análise de qualidade de vida em pacientes com derrame pleural maligno recidivante. Os instrumentos utilizados foram WHOQOL-bref, escala analógica de dor (EVA) e escala de dispnéia British Medical Research Council (MRC) e aplicados antes e após 30 dias da pleurodese. Foram coletados dados demográficos, exames do líquido pleural e análises fisiológicas do paciente com segmento ambulatorial entre junho de 2009 e setembro de 2013. Utilizamos Teste-t pareado e Wilcoxon rank-sum para comparações entre os valores de qualidade de vida e modelos de regressão para identificar preditores de melhora da qualidade de vida.

**Resultados:** Foram incluídos 183 pacientes, sendo 145 do sexo feminino e 38 masculino, com idade média de 58,32 anos. O índice de Karnofsky Performance Status foi 70 e a neoplasia de base predominante foi mama (111), seguido de pulmão (40), linfoma (13) e outros (19). Os agentes esclerosantes utilizados no estudo foram Talco (67), Nitrato (66) e Iodo (50). As médias e desvios-padrões dos domínios da qualidade de vida pré-pleurodese foram: Domínio Físico 38,07 ± 17,88, Psicológico 61,14 ± 17,16, Relações Sociais 64,47 ± 17,81, Meio Ambiente 53,66 ± 14,14 e para escala EVA, 3,98 ± 2,83. A mediana e intervalo interquartil (25-75) da questão Qualidade de vida foi 3, 3-4, Saúde Geral foi 2, 2-2 e para Escala de Dispneia MRC foi 4, 3-5. Após 30 dias do procedimento, 55,74% dos pacientes apresentaram melhora no domínio Físico, 42,62% Psicológico, 42,08% Relações Sociais e 48,09% Meio Ambiente. O domínio Físico e escalas EVA e MRC foram estatisticamente significativos (p = 0,000). Os fatores preditores para melhora da qualidade de vida foram o uso do agente esclerosante Nitrato (p = 0,009), Desidrogenase Láctica no líquido pleural (p = 0,042) e sexo feminino (p = 0,001). Tais variáveis foram coerentes tanto no modelo de regressão linear múltipla quanto no modelo de regressão logística. **Conclusões:** Concluímos que a pleurodese interfere intensamente na qualidade de vida do paciente com derrame pleural maligno recidivante, sendo que o procedimento favorece principalmente o domínio físico da qualidade de vida, melhora da dispnéia e dor, particularmente em pacientes do sexo feminino e que são submetidos a pleurodese com o agente esclerosante Nitrato.

**PO099 DIAFRAGMOPLASTIA COM PLEURODESES POR VIDEOTORACOSCOPIA NO TRATAMENTO DO HIDROTÓRAX HEPÁTICO**

CARLOS REMOLINA; JOSE ANTONIO RODRIGUEZ; JULIETH ACEVEDO; YESSICA ANDRES TRUJILLO; KARLA GUTIERREZ CLÍNICAS GESTION SALUD, CARTAGENA, COLÔMBIA.

**Introdução:** O paciente com cirroses hepática avançada pode ter uma alteração na regulação do volume no líquido extracelular, apresentando-se em muitos casos acumulação do líquido na cavidade abdominal e na cavidade pleural, este último é chamado como hidrotórax hepático, que pode apresentar-se num 5% até 10% dos casos com cirroses hepática. **Objetivo:** Valorar os resultados da mistura da diafragmoplastia com pleurodeses química por videotoracosopia, como tratamento nos pacientes com hidrotórax hepático refratário com contraindicação de transplante hepático ou derivação porto-sistêmica. **Material y Método:** Reporte de caso de um paciente com cirroses e hidrotórax hepático refratário ao tratamento médico, tratado com diafragmoplastia associada com pleurodeses química com talco por videotoracosopia. Foram avaliadas as características bioquímicas e radiológicas do derrame pleural, a dificuldade para ser controlado com tratamento médico, contraindicações para transplante hepático ou derivação porto-sistêmica, a sobrevida e seguimento da recorrência postoperatória. **Resultados:** A mistura da diafragmoplastia com pleurodeses química por videotoracosopia conseguiu excluir a recorrência em nosso paciente com hidrotórax hepático durante mais de 6 meses. **Conclusão:** O hidrotórax hepático tem uma sobrevida limitada com taxa de recorrência elevada, só modificável com o transplante hepático; mas a mistura da diafragmoplastia e pleurodeses química por videotoracosopia pode ser uma boa alternativa como tratamento dos pacientes com hidrotórax hepático, melhorando a sua qualidade de vida.

**PO100 EDEMA PULMONAR DE REEXPANSÃO GRAVE**

CARLOS HENRIQUE RIBEIRO BOASQUEVISQUE; GILBERTO SORIANO

HUCFF-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

**Introdução:** O edema pulmonar de reexpansão (EPR) é uma entidade rara, mas de notável morbi-mortalidade, sendo as medidas de prevenção a melhor estratégia no manuseio dos pacientes com derrames pleurais volumosos (> 1500ml) e pneumotórax crônicos (>72hs) que podem levar ao edema pulmonar de reexpansão. **Relato de Caso:** Paciente de 32 anos, sexo masculino, refere há 2 meses tosse seca e dispnéia que evoluiu para os pequenos esforços e perda de peso de 5Kg. Encontrava-se em bom estado geral, lúcido, orientado e eupneico em repouso. Os sinais vitais eram: PA 120 x80 mmHg, FC: 128 bpm, SpO<sub>2</sub>: 98% em ar ambiente, FR: 25 irpm. Não havia linfonodomegalias palpáveis. TC de tórax mostrou grande massa mediastinal anterior e volumoso derrame pleural esquerdo. Foi submetido à biópsia da massa sob anestesia local e drenagem pleural esquerda com dreno tubular 32F, dando saída a 2700 ml de líquido seroso com piora do padrão respiratório e dessaturação, 15 minutos após. Rx de tórax mostrou infiltrado alveolar difuso unilateral esquerdo e expectoração rósea espumosa, sendo diagnosticado edema agudo de reexpansão, não-cardiogênico. Este foi refratário às medidas farmacológicas (diurético, corticosteróides), e ventilação não invasiva, sendo necessária ventilação mecânica (PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> = 117) e aminas em altas doses. Foi extubado com sucesso 6 dias após. O diagnóstico foi linfoma B difuso de grandes células. **Discussão:** A fisiopatologia do EPR ainda não é bem esclarecida, porém envolve fatores como a diminuição do surfactante pulmonar e mediadores inflamatórios (IL-8, MCP-1, óxido nítrico, polimorfonucleares e radicais livres), que alteram a permeabilidade capilar, que junto com o aumento da pressão hidrostática que ocorre

após a reperfusão pulmonar produzem quadros de variável intensidade de EPR. As bases do diagnóstico do EPR são a história, a apresentação clínica e o quadro radiológico. Os sintomas do EPR podem surgir já nas primeiras duas horas após a reexpansão pulmonar, desaparecendo depois de cinco a sete dias. O tratamento consiste em medidas de suporte como suplementação de O<sub>2</sub>, suporte ventilatório, seja de forma invasiva ou não-invasiva, associado ao suporte hemodinâmico, com o uso, por exemplo, de monitorização através de cateter de Swan-Ganz, guiando assim a reposição de volume, uso de agentes inotrópicos e diuréticos.

#### **PO101** EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DO DUCTO TORÁCICO EM PACIENTE COM QUILOTÓRAX PERSISTENTE: RELATO DE CASO

RICARDO SALES DOS SANTOS<sup>1</sup>; JULIANA PEREIRA FRANCESCHINI<sup>1</sup>; RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA<sup>2</sup>; RODRIGO GOBBO GARCIA<sup>1</sup>; LEONARDO ROLIM FERRAZ<sup>1</sup>; MARIO CLAUDIO GHEFTER<sup>1</sup>

1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL;  
2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Objetivo:** O quilotórax caracteriza-se pelo acúmulo de líquido linfático no tórax. O principal mecanismo responsável por seu desenvolvimento é a lesão do ducto torácico, sendo, nesses casos, complicação de procedimentos cirúrgicos realizados na cavidade torácica. A ocorrência do quilotórax persistente não responsivo ao tratamento convencional (clínico/cirúrgico) é incomum, sendo as consequências metabólicas e imunológicas potencialmente fatais. O objetivo deste estudo é relatar um caso de paciente com quilotórax persistente secundário a toracotomia para remoção de linfangioma mediastinal.

**Método:** Relato de caso com revisão bibliográfica narrativa.

**Resultados:** Paciente do sexo feminino, brasileira, 34 anos, com quilotórax persistente secundário a toracotomia para retirada de tumor linfático mediastinal. Cirurgia realizada em cidade de origem, Hong Kong, onde também foi submetida a diversos procedimentos cirúrgicos para tratamento do quilotórax, ao longo de sete meses, incluindo duas toracotomias para ligadura do ducto torácico, laparotomia para abordagem da cisterna do quilo, radioterapia ablativa com a mesma intenção e mais de 12 drenagens do tórax por acúmulo de líquido septado, após sucessivas pleurodeses químicas. Em janeiro de 2014, no Brasil, foi feita nova avaliação por equipe multidisciplinar e exames de imagem de ressonância nuclear, tomografia computadorizada (TC) e linfocintilografia de membros inferiores e superior. Optamos por realizar embolização percutânea do ducto torácico, incluindo trajeto fistuloso acima do diafragma, de forma guiada pela TC, com agentes químicos a base de polidocanol e cianoacrilato. Paciente foi mantida em jejum e sob uso de octreotida em altas doses para aumentar as chances de sucesso da embolização. O débito diminuiu progressivamente; após alcançar níveis abaixo de 200 ml/dia foi feita nova pleurodesse (nitrate de prata). Em duas semanas, houve remissão completa e retirada dos drenos de tórax. A nutrição parenteral também foi suspensa, introduzida dieta via oral com pouca gordura, sem recidiva do quilotórax. Em dezembro de 2014 a paciente enviou novos exames da China, demonstrando expansão pulmonar excelente, e sem queixas significativas. **Conclusões:** O manejo tradicional do quilotórax consiste em: modificação da dieta, drenagem do derrame e administração de octreotida. A toracotomia ou videotoracoscopia é indicada para controlar o quilotórax causado por fistulas linfáticas, realizando-se plicaturas do ducto torácico, pleurodesse mecânica e aplicação de cola de fibrina localmente. Este foi o manejo inicial escolhido, porém sem sucesso. Após discussão multidisciplinar e revisão da

literatura optamos por utilizar método ainda não reportado no Brasil na abordagem do quilotórax iatrogênico persistente. A embolização percutânea tem baixas taxas de morbi-mortalidade com elevada taxa de sucesso, constituindo boa opção em casos de quilotórax persistente. Em pacientes com quilotórax pós-traumático, a embolização percutânea pode ser uma alternativa a ser acrescentada ao arsenal terapêutico, naqueles casos de falência da terapia inicial ou em pacientes de alto risco cirúrgico devido a possíveis complicações metabólicas.

#### **PO102** EMPIEMA COMPLICADO APÓS DRENAGEM DE TÓRAX DECORRENTE DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO

OLIVIA DUARTE DUARTE DE CASTRO ALVES<sup>1</sup>; BIANCA LOPES CUNHA<sup>1</sup>; TAÍS CASTELO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; THIAGO LOPES DE LIMA<sup>2</sup>; MARCOS ANDRÉ ARAÚJO ACCIOLY FILHO<sup>2</sup>; FRANCISCO ROMEL LIMA DE ARAÚJO<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL;  
2. INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar o caso de paciente com ferimentos por arma de fogo que evoluiu com derrame pleural e com insuficiente drenagem de tórax e complicação com empiema pleural. **Métodos:** Coleta de dados através de anamnese para obter informações sobre mecanismo do trauma, seguida de revisão de prontuário para análise da investigação médica que possibilitou o diagnóstico e a conduta terapêutica do quadro. Posteriormente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo e Lilacs. Os dados foram coletados durante a primeira quinzena de janeiro de 2015 no Instituto Dr. José Frota. O programa utilizado para escrita do relato foi o Microsoft Office Word 2013. Não houve critérios de exclusão e o relato de caso não feriu aspectos éticos

**Resultados:** Paciente, masculino, 36 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em Fortaleza- CE. Paciente deu entrada no serviço de urgência do Instituto José Frota (IJF) com estado geral regular, consciente, orientado, taquidispneico, febril e secretivo, referindo dor em membro superior esquerdo. Presença de PAF no hemitorax esquerdo com diminuição da expansibilidade e do murmúrio vesicular na base e maciez a percussão. O exame do aparelho circulatório evidenciou ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopro. Abdomen flácido, com ruídos hidroaéreos presentes. Membro superior esquerdo edemaciado, presença de sopro na raiz do braço esquerdo, monoplegia em MSE e paraplegia. Os exames de imagem evidenciaram traumatismo raquimedular a nível de T5 e foi descartado trauma esofágico ao Raio X de tórax, ao esofagograma e ao teste do azul de metileno. Paciente foi submetido a drenagem tubular fechada para corrigir o hemotórax, não fazia uso de antibióticos (leucócitos: 11.900). No entanto, seu PO cursou com febre e produção de secreção purulenta pelo dreno. A TC de tórax confirmou o empiema e iniciou-se terapia com antibióticos. **Conclusão:** O trauma torácico perfurante é responsável por cerca de 10% dos casos de empiema pleural<sup>1</sup>, o qual se relaciona com lesões estruturais, como de parênquima pulmonar ou de órgão ocos, como o esôfago. Além de lesões estruturais, 15% dos hemotórax maciços pós drenagem resultam em hemotórax residual, o qual é um meio de cultura e pode levar a uma infecção secundária originando um empiema quando não diagnosticado. O Hemotórax maciço é uma lesão frequente no trauma torácico e suscita risco a vida. Deve, portanto, ser prontamente tratado. O empiema pode desenvolver-se por inoculação direta através de uma ferida penetrante e pela persistência de corpos estranhos contaminados no interior da cavidade pleural. Com o presente relato, pode-se observar a importância da intervenção imediata e da evacuação completa e asséptica do conteúdo hemático da cavidade. É fundamental

observar a evolução do paciente vítima de trauma torácico, tendo em vista que representa a terceira causa mais comum de empiema que está diretamente associado à presença de hemotórax, como meio de cultura, no qual um dos fatores que predis põe a infecção é o dreno torácico. Teofilo L, Lee-Chiong, Matthey RA. Current Diagnostic Methods and Medical Management of Thoracic Empyemas. Chest Sug Clin Nor Am 1996(3):419-37.

**P0103 FIBROSSARCOMA EPITELIOIDE ESCLEROSANTE DA PLEURA: RELATO DE CASO**

DANIEL BONOMI; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; ANDREY BARBOSA PIMENTA; ERLON DE AVILA CARVALHO; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES

INSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar abordagem de raro tumor pleural submetido a tratamento multimodal. **Metodo:** Paciente SGR, 33 anos, feminino. Procedente de Lavras MGS. R. G 33 anos. Apresenta quadro de dispneia aos moderados esforços com cerca de 14 meses de evolução. Inicialmente submetida a biopsia pleural por agulha, que mostrou: "Sarcoma Pleural". Submetida a tratamento com Radioterapia, sem resposta objetiva. Encaminhada para hospital de referencia, onde foi reavaliada com Ressonância Magnética Torácica que demonstrava neoplasia pleural sem acometimento extratoracico. Submetida a tratamento cirúrgico radical com pleuropneumectomia esquerda e toracectomia parcial com obtenção de margens macroscopicamente livres de doença. Anatomopatologia da peca mostrou: "neoplasia mesenquimal fusocelular infiltrativa, G2, linfonodos mediastinais acometidos (5/12). Margens cirúrgicas livres de neoplasia. O estudo imunohistoquímico confirmou tratar-se de Fibrossarcoma Epiteliode Esclerosante. Paciente teve, na primeira semana de pos-operada, AVE isquemico associado a trombo no átrio esquerdo, tratado com anticoagulacao sistêmica. **Resultado:** Apresentou boa recuperação clinica e neurológica, recebeu alta após duas semanas de pós-operatório. Esta em seguimento regular pos-tratamento, permanece assintomatica com completa recuperação após 14 meses da cirurgia. **Conclusão:** O Fibrossarcoma Epiteliode Esclerosante da Pleura e uma rara neoplasia de difícil diagnostico, não ha esquema de tratamento padronizado, mas a ressecao cirúrgica pode resultar em sobrevivencia prolongada livre de doença.

**P0104 HEMOTÓRAX COAGULADO COM RESPOSTA DRAMÁTICA AO TRATAMENTO COM TROMBÓLISE INTRA PLEURAL EXCLUSIVA COM ALTEPLASE (RT-PA) – RELATO DE UM CASO**

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO<sup>2</sup>; HENRIQUE MILLER BALIEIRO<sup>3</sup>; EDUARDO HARUO SAITO<sup>3</sup>; MARCELA THEVENET DE OLIVEIRA<sup>2</sup>; RICARDO GOMES GRACIOSA FILHO<sup>3</sup>; SOCRATES DA SILVA VARGINHA NETO<sup>3</sup>

1. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. SAMER HOSPITAL, RESENDE, RJ, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar o caso de um paciente de 49 anos, submetido a uma toracocentese por derrame pleural, evoluindo com hemotórax coagulado, tratado exclusivamente com trombólise intra pleural, com Alteplase (rt-PA). Método – Analisamos o caso do paciente A. R. M. , do sexo masculino, com 49 anos de idade, que esteve internado na Unidade De Tratamento Intensivo do Hospital SAMER em Resende, que recebeu como tratamento, terapia trombolitica intra pleural exclusiva, quanto a indicação do método, dias de tratamento, sangramento e resultado final do tratamento. **Resultados:** O paciente foi internado no dia 20/12/2014 para resolução cirúrgica de

apendicite complicada, tendo sido necessária relaparotomia no dia 23 com confecção de ileostomia e fechamento do coto do transverso, permanecendo intubado até o dia 29. No dia 29/12/2014, foi submetido a toracocentese por derrame pleural a direita pela equipe da cirurgia geral. Evoluiu com hemotórax volumoso a direita. Foi drenado com dreno tubular de tórax N. 34 pela equipe da cirurgia geral, recebeu transfusão de 6 unidades de concentrado de hemácias. Realizou nova Tomografia computadorizada do Tórax no dia 31/12/2014, onde foi constatada a presença de moderada quantidade de coágulos intrapleurais, ocupando toda a base e face lateral do hemitórax direito. A despeito dos coágulos, o paciente manteve-se estável e com melhora progressiva do quadro respiratório. Por essa razão optou-se por tratamento conservador. A cirurgia torácica foi acionada no dia 04/01/2014. As radiografias não mostravam progressão do coágulo, não havia instabilidade clínica, o hemotórax já tinha 6 dias de evolução e por essas razões optamos pelo tratamento com a trombólise intra pleural com Alteplase (rt-PA). A drenagem inicial era negra (*petróleo like*). Foram instilados 10 mg de Alteplase, diluídos em 100 ml de solução salina a 0,9%, pelo dreno, o qual foi mantido fechado por 4 horas. Foram anotados os valores da drenagem inicial e o aspecto da mesma. No dia 1 foram 400 ml, com drenagem petróleo. No dia 2 foram 800 ml com drenagem petróleo. No dia 3 foram 1000 ml com drenagem já sero hemorrágica. Houve queda de 3 pontos no hematócrito, mas não houve qualquer alteração da frequência cardíaca, pressão arterial e diurese e tal queda foi atribuída a alterações dilucionais e coletas sanguíneas progressivas. Nenhum desconforto foi relatado pelo paciente. Tomografia de tórax no quarto dia de tratamento não mais evidenciava o coágulo pleural, restando apenas espessamento pleural. O dreno torácico foi retirado 5 dias após o início do tratamento e o paciente recebeu alta hospitalar em 14/01/2014, quando completou o curso de antibiótico que estava fazendo. **Conclusões:** O uso do agente trombolítico neste caso, além de ter sido resolutivo, evitou uma anestesia geral e risco de intubação prolongada com suas eventuais consequências. Não houve sangramento, nem infecção pleural. A trombólise intra pleural, apesar de não ser o tratamento de escolha para os hemotórax coagulados, deve estar no armamentário de todo cirurgião torácico, principalmente nos casos de pacientes estáveis, com evolução sub aguda, ou que tenham comorbidades graves associadas.

**P0105 PREDITORES DE ALTA HOSPITALAR EM PACIENTES COM CÂNCER E DERRAME PERICÁRDICO SUBMETIDOS À DRENAGEM CIRÚRGICA**

THAMARA KAZANTZIS; BENOIT JACQUES BIBAS; ALBERTO JORGE DELA VEGA; LETICIA LEONE LAURICELLA; PEDRO XAVIER ARAÚJO; RICARDO MINGARINI TERRA

ICESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O derrame pericárdico é uma complicação da doença neoplásica em estadio avançado e a drenagem pericárdica é o tratamento padrão. No entanto, em muitos pacientes o derrame pericárdico é o evento terminal, e uma parte destes pacientes não tem alta hospitalar, apesar da drenagem. Além disso, alguns indivíduos podem apresentar instabilidade hemodinâmica paradoxal (IHP) após a drenagem. A IHP é uma condição rara, porém extremamente grave, em que o paciente, apesar do procedimento cirúrgico, evolui para instabilidade hemodinâmica e choque irresponsível.

**Objetivo:** Identificar preditores de alta hospitalar em pacientes com câncer que cursaram com derrame pericárdico e foram submetidos a drenagem pericárdica cirúrgica. Como objetivo secundário analisamos preditores de alta da UTI e sobrevida

global, bem como fatores que podem estar associados com IHP. **Métodos e Materiais:** Estudo retrospectivo realizado em um centro terciário para o tratamento do câncer. Foram incluídos todos os pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna que desenvolveram derrame pericárdico e foram submetidos a drenagem pericárdica cirúrgica, de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2014. Os pacientes que já haviam sido submetidos a drenagem pericárdica anterior ou aqueles que foram tratados apenas com pericardiocentese foram excluídos do estudo. **Resultados:** Dos 90 pacientes incluídos no estudo, cinquenta e um receberam alta hospitalar (56%). Insuficiência renal e embolia pulmonar influenciaram negativamente as chances de alta (OR 0247;  $p = 0,039$  e OR 0293;  $p = 0,089$ , respectivamente). Por outro lado, os pacientes que haviam recebido quimioterapia recentemente eram mais propensos a deixar o hospital (OR 3,9;  $p = 0,009$ ). Cinquenta e cinco pacientes (61%) receberam alta da UTI. Insuficiência renal foi o principal determinante disto [OR 0284 ( $p = 0,047$ )]. A sobrevida média foi de 138,2 dias (IC 95% 84,48-189,90), influenciada apenas pelo status ECOG (OR 1,258;  $p = 0,047$ ). Instabilidade hemodinâmica paradoxal ocorreu em 6 pacientes e todos foram a óbito em até 30 dias de pós operatório. Em nossa série, não foi possível identificar preditores para esta síndrome. **Conclusão:** Aproximadamente metade dos pacientes com câncer admitidos ao hospital com derrame pericárdico e necessidade de drenagem não recebem alta. Insuficiência renal e embolia pulmonar são fortes preditores de óbito intra-hospitalar. Instabilidade hemodinâmica paradoxal constitui uma condição muito grave e suas causas permanecem desconhecidas.

#### **PO106** TRATAMENTO DE HIDROTÓRAX EM PACIENTES CIRRÓTICOS: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

WILLIAM CRISTIAN; IVELISE BRASIL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE), FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** O hidrotórax hepático é definido como um derrame pleural acima de 500 ml em um paciente cirrótico sem doença cardíaca ou pulmonar primária. É uma complicação relativamente incomum, mas encontrada em até 10% dos pacientes com cirrose descompensada. As manifestações clínicas mais relatadas são: tosse, dispnéia, desconforto torácico e hipoxemia; podendo a ascite está ou não presente. Apesar disso, as opções terapêuticas atualmente disponíveis são limitadas. **Objetivos:** Buscar e sintetizar as evidências disponíveis na literatura científica sobre o tratamento de hidrotórax em pacientes cirróticos. **Metodologia:** Para desenvolver esta revisão integrativa utilizou-se as bases de dados: LILACS, MEDLINE e PUBMED. O período de busca dos artigos compreendeu a primeira quinzena de janeiro de 2015. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos cinco anos (de dezembro de 2009 a dezembro de 2014); disponíveis na íntegra; sobre o formato de ensaios clínicos, relatos de casos e revisão; publicados no idioma inglês, português e espanhol e estudos realizados com seres humanos adultos ( $\geq 19$ anos). Como descritores foram usados: *treatment of hydrothorax*; *cirrhotic patients*. A busca em cada base de dados foi realizada pelo agrupamento controlado dos descritores. Os artigos foram pré-selecionados segundo a proposta deste estudo, averiguando-se quanto à pertinência do título e do resumo para posteriormente avaliar na íntegra. Nesta revisão, foram analisados 10 artigos na íntegra, dos quais foram selecionados 2 do LILACS, 2 do MEDLINE e 6 do PUBMED. Entretanto os artigos mais relevantes ao tema deste trabalho somaram nove. **Resultados:** O tratamento inicial pode ser feito por punções seriadas do derrame

pleural, restrição salina e/ou uso de diuréticos. O tratamento definitivo é alcançado somente através da realização de transplante hepático. Procedimentos mais invasivos; como toracocentese de repetição, continua pressão positiva das vias aéreas (CPAP), autodrenagem com cateter intrapleural (IPC), shunt portossistêmico transjugular intra-hepático (TIPS), toracotomia, pleurodese por eletrocautério, pleurodese química, pleurodese por toracoscopia vídeo-assistida (VATS), pleurodese por OK-432 e reparação diafragmática por VATS; podem ser consideradas alternativas ao tratamento conservador. O TIPS, a reparação diafragmática e a pleurodese por VATS podem ser opções terapêuticas provisórias para casos de hidrotórax que não tenham apresentado resposta adequada a medidas farmacológicas e mobilização de líquido por toracocenteses de repetição, funcionando como ponte até o tratamento definitivo. **Conclusão:** De acordo com estudo, percebeu-se que as opções de tratamento de hidrotórax em pacientes cirróticos estão bem limitadas à cirurgia. Por isso, tais pacientes são mais suscetíveis a complicações; como pneumotórax e empiema bacteriano subagudo; e mais dependentes do transplante de fígado. Assim, para melhor resultado, é essencial a realização desses procedimentos em centros de ampla experiência com o tratamento de hidrotórax e transplante hepático.

#### **PO107** TUMOR FIBROSO DE PLEURA MALIGNO METASTATIZANTE – RELATO DE CASO

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO<sup>2</sup>; EDUARDO HARUO SAITO<sup>2</sup>; GUSTAVO PERISSE MOREIRA VERAS<sup>1</sup>; IVAN MATHIAS FILHO<sup>2</sup>; NILSON COUTO JUNIOR<sup>1</sup>; DANIEL SAMMARTINO BRANDAO<sup>3</sup>

1. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UNB, BRASILIA, DF, BRASIL.

**Objetivos:** Relatar o caso de um paciente do sexo masculino, submetido a ressecção de tumor fibroso de pleura grande, confirmado por imunohistoquímica, que evoluiu com lesão metastática contralateral totalmente intrapulmonar e recidiva no hemitórax operado primariamente, tanto na parede torácica como intrapulmonar e revisar a literatura quanto a casos semelhantes. **MétodoS** – Analisamos o caso do paciente P. C. S. de 63 anos, submetido a toracotomia direita em 2006, a uma videotoracoscopia esquerda em 2011 e a uma nova toracotomia direita em 2013. No último procedimento foi necessária ressecção de parênquima pulmonar e 3 segmentos de arcos costais pois a massa estava firmemente aderida a parede torácica. Após a última ressecção foi encaminhado a um serviço de oncologia clínica para tratamento e recebeu 6 ciclos de Doxorrubicina e Ifosfamida. **Resultados**– Os tumores fibrosos de pleura são lesões caracteristicamente benignas, entretanto, transformação maligna pode ocorrer, assim como o aparecimento de metástases e a agressividade local da doença pode ser grande. Por essa razão e necessário o acompanhamento desses pacientes por longos períodos. No paciente estudado neste trabalho todas as lesões ressecadas foram compatíveis com tumor fibroso de pleura. A esquerda como a lesão era intra pulmonar e apareceu 5 anos após o primeiro procedimento cirúrgico foi interpretado como uma segunda lesão primária e nenhum tratamento adjuvante foi realizado. Entretanto, a recidiva torácica a direita com cerca de três lesões intra pulmonares confirma a característica maligna da lesão. **CONCLUSOES** – Os tumores fibrosos de pleura são os tumores benignos mais comuns da pleura, entretanto, podem sofrer transformação maligna e metastatizar, logo, a ressecção com margens amplas e o acompanhamento de perto desses pacientes é essencial.

**PO108 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE PLEURA – ESCORE DE RECORRÊNCIA**

OLAVO RIBEIRO RODRIGUES<sup>1</sup>; SABRINA SAYURI SUZUKI<sup>1</sup>; ANA CLAUDIA VETRI MARTINHO<sup>2</sup>; MILTON LUIZ YAEKASHI<sup>1</sup>; PAULO EDUARDO DE OLIVEIRA CARVALHO<sup>3</sup>; DANIELE CRISTINA CATANEO<sup>4</sup>

1. UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES-SP, MOJI DAS CRUZES, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3. FACULDADE DE MEDICINA UNESP BOTUCATU, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O tumor fibroso solitário de pleura (TFSP) é neoplasia pouco freqüente, na maioria das vezes indolente, de comportamento benigno e com alta probabilidade de cura com ressecção cirúrgica exclusiva. Entretanto, pode apresentar recorrência em 10 a 15% dos casos como neoplasia maligna. Recentemente um estudo europeu e norteamericano propôs e validou um escore de recorrência com base em achados clínicos, intraoperatórios e histológicos desse tumor. **Objetivo:** Aplicar esse escore de recorrência em uma amostra de doentes operados de TFSP em 3 hospitais universitários e, verificar se os parâmetros estudados e o escore de recorrência validado, relacionaram-se com a recorrência tumoral. **Método:** Estudo retrospectivo de 19 pacientes operados de TFSP no Hospital Universitário da Fac. Medicina de Botucatu (UNESP); Hospital das Clínicas da Fac. de Medicina de Marília e Hospital das Clínicas da Universidade de Mogi das Cruzes. Os doentes foram operados com ressecção completa e com intenção curativa no período de 2000 a 2014. Resgatou-se as lâminas e blocos de parafina de 13 pacientes, cujo tempo médio de seguimento pós-operatório foi de 6,4 anos (1,2 a 13,4 anos). A revisão histológica foi feita por um único patologista que aplicou os seis parâmetros intraoperatórios e histológicos de recorrência validados. Utilizou-se o “cut off” de 3 pontos para separar os pacientes de baixo risco e os de alto risco de recorrência. A análise multivariada foi usada para determinar o poder preditivo de cada uma das seis variáveis do escore. A chance de sobrevida global da amostra e a chance de sobrevida dos pacientes estratificados pelo escore de recorrência (< 3 pontos vs ≥ 3 pontos) foi representada por curvas de Kaplan-Meier. **Resultados:** Dos 13 pacientes acompanhados, dois (15,3%) apresentaram recorrência tumoral locoregional com tempo médio de seguimento de 6,4 anos. Ambos foram reoperados e permanecem vivos. Estes, também foram submetidos a novo exame histopatológico e aplicou-se o escore de recorrência. A origem pleural e a forma sésil, não se associaram significativamente com a recorrência, mas o diâmetro superior a 10 cm, a hiperplasticidade e a presença de mitoses ≥ 4/10 campos, foram fatores de risco para recorrência. **Conclusões:** Apesar do escore de recorrência ter sido proposto e validado em cima de séries retrospectivas de casos, ele mostrou-se reprodutível, de fácil aplicação e significativamente relacionado à recorrência tumoral na amostra analisada. Poderá tornar-se uma ferramenta útil para o seguimento dos doentes operados e orientar tratamentos adjuvantes no TFSP.

**PO109 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE PLEURA: ANÁLISE DE 6 CASOS.**

THIAGO GANGI BACHICHI; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO; LUIZ EDUARDO LEAO; PEDRO ANTUNES HONDA; CAIO SANTOS HOLANDA UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** O Tumor fibroso solitário de pleura é uma neoplasia rara de curso geralmente benigno. Na maioria dos casos é assintomática, mas pode cursar com diversos sintomas tais como dor torácica, hipoglicemia e dispnéia. A

grande maioria é curada com a excisão cirúrgica, contudo em alguns casos pode ocorrer recidiva. **Objetivo:** A análise visa um maior conhecimento dessa patologia que, dada sua baixa incidência, apresenta poucos estudos publicados na literatura mundial. **Método:** Nesse estudo foram revisados os casos de seis pacientes submetidos à ressecções cirúrgicas de tumores fibrosos solitários de pleura no Serviço de Cirurgia Torácica da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo no período de junho de 2008 a junho de 2014. **Resultados:** Dentre os seis pacientes relatados todos possuíam mais de 40 anos e vieram encaminhados ao serviço devido a alterações tomográficas. Quatro pacientes cursaram com dispnéia, destes um referia tosse e outro apresentou episódios de hipoglicemia. Uma paciente não apresentava sintomas e veio encaminhada por alteração de exame de imagem realizado de forma rotineira. Outro paciente apresentava abaulamento em hemitórax direito, sem qualquer sintoma associado. Três pacientes realizaram biópsia antes do procedimento cirúrgico, e todos foram submetidos à ressecção completa do tumor. Em um dos casos o paciente apresentou parada cardiorrespiratória no pós-operatório imediato de ressecção de um TFS gigante, logo após a mudança de decúbito na sala de cirurgia, evoluindo a óbito. Os demais pacientes estão em acompanhamento ambulatorial, sendo que nenhum deles apresentou sintomas ou alterações radiológicas até o momento. **Conclusão:** A grande maioria dos pacientes se beneficia do tratamento cirúrgico do TFS. Contudo, apesar de sua ressecção ser usualmente simples, devemos nos atentar a presença de riscos mais elevados quando ressecamos tumores volumosos, bem como valorizar os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios em pacientes que apresentem doenças de base que tornem sua recuperação mais lenta e difícil após a cirurgia. Na maioria dos casos a confirmação diagnóstica do TFS solitário se dá no pós-operatório com o anatomopatológico e o perfil imunohistoquímico da peça cirúrgica. Todavia, alguns pacientes apresentam doenças de base como DPOC, por exemplo, que limitam grandes ressecções pulmonares durante o ato cirúrgico. Nesses doentes, caso a avaliação pré-operatória os avalie como de alto risco para a maior cirurgia proposta, seria compreensível a realização de uma biópsia pré-operatória guiada por tomografia computadorizada. Ela representaria uma tentativa de diferenciação do TFS com outras patologias que requerem cirurgias mais invasivas e com maior probabilidade de ressecções pulmonares às quais o paciente poderia não suportar.

**PO110 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO PLEURAL - RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

MARCOS THEOPHILO GALASSO; TIAGO ERNESTO FABRIS CEZAR; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO; RICARDO KALAF-MUSSI; JOSE CLAUDIO TEIXEIRA SEABRA UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Tumor fibroso solitário pleural é um raro tumor oriundo de células mesenquimais do tecido areolar adjacente pleural, sendo que origina-se tanto da pleura visceral quanto da parietal, sendo na maioria dos casos assintomáticos no início do quadro. Relatamos caso de tumor intratorácico gigante, associado a síndrome paraneoplásica, submetido a tratamento cirúrgico com ressecção completa e boa evolução pós-operatória, bem como revisão de literatura.

**PNEUMOTÓRAX E ENFISEMA PULMONAR****PO111 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS BOLHAS**

**PULMONARES GIGANTES**

**ANDRE MIOTTO;** PEDRO ANTUNES HONDA; THIAGO GANGI BACHICHI; CAIO SANTOS HOLANDA; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; LUIZ EDUARDO LEAO ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Bolhas pulmonares representam uma condição rara, e são ainda mais incomuns em sua forma gigante. Muitos tratamentos são descritos, entre eles a bulectomia, por via convencional ou toracoscópica, e a drenagem da bolha. A literatura mostra que todos eles tem resultados semelhantes. Utilizamos uma técnica semelhante à descrita por Saad et al. , já utilizada para o tratamento de bolhas gigantes por Botter et al. Apresentamos aqui uma série de cinco pacientes que foram submetidos à técnica de drenagem da bolha minimamente invasiva. **Materiais e Métodos:** Os cinco pacientes tinham entre 35 e 59 anos, quatro homens e uma mulher. Todos eles apresentavam dispnéia clinicamente relevante e bolhas gigantes de pulmão unilateral diagnosticadas por tomografia computadorizada. Eles foram submetidos a drenagem da bolha minimamente invasiva, através da inserção de uma sonda de Foley interior da bolha, e um dreno de tórax no espaço pleural, conectado em selo d'água. O tempo médio desses procedimentos foi de 1 hora . O dreno de tórax normal foi removido antes da alta hospitalar e uma válvula de Heimlich foi adaptada à sonda de Foley para que o paciente pudesse ir para casa. Esta sonda foi removida após 2 ou 3 semanas, ambulatorialmente. **Resultados:** Todos os pacientes apresentaram melhora clínica imediata, com redução significativa na dispnéia. A média de tempo de internação após o procedimento foi de 5 dias. Um paciente teve infecção e precisou de reabordagem. **Conclusão:** Este procedimento minimamente invasivo pode ser feito por anestesia local, com benefícios clínicos imediatos, logo após a cirurgia. É um procedimento de baixo risco, seguro e viável, apesar do pequeno número de pacientes avaliado. Consideramos esta técnica um esforço válido para tornar a vida desses pacientes de alto risco mais confortável, sem a necessidade uma cirurgia de grande porte.

## PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA TORÁCICA

### **PO112** ESTUDO DE CUSTO COMPARAÇÃO ENTRE O SISTEMA DIGITAL E SELO D'ÁGUA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA TORÁCICA.

**ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR;** THIAGO GANGI BACHICHI; LUIZ EDUARDO LEAO; ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; CAIO SANTOS HOLANDA UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Os sistemas digitais são capazes de monitorar e gravar continuamente a quantidade de escape aéreo, débito e o pressão intrapleural. O impacto do custo das novas tecnologias sempre foi uma preocupação dos médicos para o sistema de saúde ou para o hospital. Ha dados mensuráveis e outros não, como o tempo gasto pelo funcionário para cuidar do dreno, a biossegurança do sistema, e os alarmes para eventuais problemas com o sistema de drenagem (obstruções, mangueira dobrada, desconexões acidentais, dreno fechado para transporte, entre outras). Apesar do sistema digital ser mais caro que o sistema tradicional, principalmente pelo custo-Brasil (impostos, taxas e distribuidores), no exterior este sistema é amplamente utilizado e vendido pelo mesmo preço do sistema tradicional (US\$100,00). **Objetivo:** O objetivo

deste estudo foi avaliar o custo do sistema digital em relação ao sistema tradicional de selo d'água. **Método:** Realizamos um estudo prospectivo randomizado e computamos os dados referentes ao custo dos dois tratamentos. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo Intervenção: Sistema digital; grupo Controle: Sistema tradicional em selo d'água. O comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de São Paulo aprovou este estudo em 2012, o número CAAE:03514312. 1. 0000. 5505. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 30 pacientes em cada grupo. Não houve diferença entre os grupos entre os dados pré-intervenção, como idade, VEF1%, tipo de procedimento realizado e carga tabágica. Um paciente do grupo digital foi trocado para o sistema de selo d'água por alto fluxo no sistema digital , maior que 2. 000 ml/min no 4º PO. O tempo de drenagem foi menor no grupo digital (3,9 x 4,6), assim como o tempo de internação (5,7 x 7,4), com uma diferença de 1,7 dias. No grupo digital houve uma economia de 51 dias de internação em relação ao grupo com selo d'água. Não houve mortalidade. Foram calculados a média de custos para diária de terapia intensiva, enfermaria e os custos dos sistemas (tabela 1). O sistema digital custou R\$460,00 (R\$400 - canister e R\$60,00 a extensão). O sistema em selo d'água custou R\$25,10.

Custo	DIGITAL	SELO D'ÁGUA	Diferença Digital - selo	p
Diária UTI (R\$)	R\$1. 102,27	R\$1. 102,27		
valor total	R\$23. 147,67	R\$20. 943,13	R\$2. 204,54	
Media por internação	R\$771,59	R\$698,10	R\$73,48	0,59136
Diária enfermaria (R\$)	R\$421,24	R\$421,24		
valor total	R\$72. 874,52	R\$93. 515,28	R\$-20. 640,76	
Media por internação	R\$2. 429,15	R\$3. 117,18	R\$-688,03	0,15183
Total (Enfermaria + UTI)	R\$1. 523,51	R\$1. 523,51		
valor total	R\$96. 022,19	R\$114. 458,41	R\$-18. 436,22	
Media por internação	R\$3. 200,74	R\$3. 815,28	R\$-614,54	0,00000004
Sistema Custo médio do sistema por paciente	R\$686,67	R\$28,45	R\$658,22	
Media de uso do canister por paciente	1,57	1,13		
Custo médio Total por paciente (enfermaria + UTI + sistema)	R\$3. 887,41	R\$3. 843,73	R\$43,68	0,93685

valor total	R\$116. 622,19	R\$115. 311,81	R\$1. 310,38
-------------	-------------------	-------------------	--------------

**Conclusão:** O custos do sistema digital é muito superior ao selo d'água, cerca de 24 vezes maior. Porém, a economia com custo da internação com o sistema digital foi de 16%. Assim, o valor total gasto neste estudo foi equivalente nos dois grupos, com o sistema digital 0,1% mais caro.

#### **P0113 FAST TRACK**

**AIRTON SCHNEIDER**

*HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SSMD. ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

**Objetivo:** reportar os resultados de protocolo específico de cuidado no tratamento da dor em cirurgia torácica aberta. **Métodos:** durante 12 meses, de forma prospectiva, foram estudados pacientes submetidos à ressecção pulmonar, exceto pneumonectomia e descorticação abertas. Estes pacientes foram operados pela mesma equipe. O paciente internou no dia da cirurgia, foi colocado cateter peridural no 5 espaço intervertebral torácico, que foi retirado ao término da cirurgia, não foram utilizados sonda vesical e acesso central, a toracotomia foi lateral com secção do músculo grande dorsal, foi utilizado 1 dreno em selo d'água, sem aspiração, foram utilizadas 3 suturas pericostais absorvíveis e um bloqueio intercostal interno foi realizado em 5 espaços com anestésico local com vasoconstrictor. Não foi utilizada UTI e o paciente foi extubado no PO imediato. Qualquer critério diferente destes serviu para excluir o paciente do trabalho. Foram utilizados morfina e antiinflamatório não esteroide no pósoperatório. Na sala de recuperação, a dor foi manejada de acordo com uma tabela colorida, onde o paciente foi questionado por meio de um painel colorido sobre a dor no pósoperatório (anexo 1). Este painel numérico variava de 1 (pouca dor) até 10 (dor insuportável). As perguntas foram realizadas na 6a, 12a, 24a e 48a h, 7o dia e 30o dia de pósoperatório. Esta medida foi realizada por um membro treinado da equipe. **Resultados:** quarenta pacientes foram incluídos no protocolo. O tempo médio de internação hospitalar foi de 3,5 dias. Nenhum paciente sentiu dor insuportável durante a internação. Trinta pacientes referiram dor leve em 6,12 e 24 h. Dez referiram dor moderada em 12 e 24 h. A retirada do dreno alterou de forma estatística a dor ( $p < 0,05$ ). Durante a internação 12 pacientes utilizaram sondagem de alívio, todos masculinos ( $p < 0,05$ ), até o 1 DPO ( $p < 0,001$ ). Houve um grau mínimo de dor após retirada de dreno. Nenhum paciente referiu dor moderada em 48 h. Aos 30 dias, a dor foi mínima em 38 pacientes e moderada em 2. Não houve mortalidade nesta série. **Conclusão:** este estudo revela que, em ressecção não pneumonectomia e descorticação aberta, a dor pode ser tratada de forma adequada sem cateter peridural contínuo. A UTI pode ser dispensada da maioria das cirurgias de tórax se há equipe treinada para o manejo da dor. Cuidados invasivos como acesso arterial e venoso profundo não foram necessários nesta série.

#### **P0114 FATORES PROGNOSTICADORES DE NECESSIDADE DE UTI NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO PULMONAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**LIANA PINHEIRO SANTOS; ILKA LOPES SANTORO; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO; SONIA MARIA FARESin UNIFESP/EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.**

**Introdução:** Não há recomendações claras sobre a alocação em UTI de doentes submetidos à ressecção pulmonar.

**Objetivo:** Avaliar a presença de fatores pré-operatórios

prognosticadores da necessidade de UTI no pós-operatório de ressecção pulmonar. **Método:** estudo de coorte observacional, prospectivo, de julho/2009 a abril/2012, incluindo 120 doentes submetidos à ressecção pulmonar eletiva, com idade acima de 18 anos. A alocação em UTI foi considerada justificada se houvesse necessidade de manutenção de ventilação mecânica invasiva ao término da cirurgia ou reintubação; insuficiência respiratória aguda ou necessidade de ventilação não invasiva com pressão positiva; instabilidade hemodinâmica ou sinais de choque; presença de intercorrências intraoperatórias ou na recuperação pós-anestésica, cirúrgicas ou clínicas, não solucionadas ou quando anestesista ou cirurgião indicasse manutenção de tratamento na UTI. **Resultados:** Trinta doentes foram alocados no grupo da UTI justificada e ao compará-los com 90 doentes que não necessitaram de UTI observou-se maior mediana das comorbidades ( $p=0,04$ ), maior porcentagem de doentes com sintomas respiratórios ( $p=0,004$ ), com doenças benignas ( $p=0,025$ ) e com ASA  $> 3$  ( $<0,0001$ ), maior tempo de anestesia ( $p=0,008$ ) e maior número de pneumonectomias ( $p=0,03$ ) no grupo que necessitou de UTI no pós-operatório. Tratamento operatório de bronquiectasia, previsão de pneumonectomia e idade  $> 57$  anos foram marcadores independentes para a alocação de doentes na UTI, acarretando, respectivamente, 6,7, 5,8 e 5,2 vezes mais chances do doente necessitar de UTI quando comparado com o grupo referência. No grupo UTI justificada a taxa de morbidade foi de 100% e de mortalidade de 6,6% (2/30), e no grupo UTI não justificada essas taxas foram respectivamente 10% (9/90) e 1,1% (1/90). **Conclusões:** Cirurgia para tratamento de bronquiectasia, previsão de pneumonectomia e idade igual ou acima de 57 anos são fatores de risco independentes para a alocação em UTI de doentes submetidos à ressecção de parênquima pulmonar.

#### **P0115 IMPLANTAÇÃO DE LINHA DE CUIDADO PARA DOENTES COM CÂNCER DE PULMÃO PELO GRUPO DE ONCOLOGIA TORÁCICA DA EPM- UNIFESP**

**ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; THIAGO GANGI BACHICHI; CAIO SANTOS HOLANDA; JOSE ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO LEAO**

*ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.*

**Introdução:** O câncer de pulmão continua sendo o tipo de câncer com maior taxa de mortalidade no mundo. Isto se deve especialmente porque os doentes chegam ao primeiro atendimento com a doença avançada e poucas chances de cura. O diagnóstico precoce seguido de um tratamento rápido e eficaz são os grandes objetivos para a mudança na história natural do câncer de pulmão. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo apresentar o modelo de implantação da linha de cuidado para o tratamento de câncer de pulmão, visando diagnóstico e planejamento terapêutico precoce. **Métodos:** A linha de cuidado tem como base três pilares: equipe multidisciplinar especializada, coordenador de hospitalidade e recursos adequados. Com reuniões semanais, a equipe multidisciplinar discute os casos novos e pendentes, além de buscar atualização constante com apresentação de artigos importantes e aulas periódicas. O coordenador de hospitalidade busca redução do tempo de realização dos exames diagnósticos e agendamento das terapias. Contamos ainda com o apoio institucional para o acesso a equipamentos adequados e financiamento para o programa. Os doentes com suspeita de câncer de pulmão são oriundos da rede básica de saúde (SUS), via sistema CROSS. Tem-se por objetivo o diagnóstico definitivo, com exames de imagem e biópsia em até 15 dias da primeira consulta, portanto o doente

estará em condições de ter o seu tratamento planejado. **Resultados:** Este é um levantamento inicial de cinco meses de programa, onde foram realizados 127 atendimentos para 75 pacientes. Destes, foram realizados 43 diagnósticos de neoplasia, sendo 30 casos de neoplasia maligna de pulmão (predomínio de adenocarcinoma e escamoso). Em 26 doentes a neoplasia era avançada e foi planejado tratamento paliativo. Foram realizadas oito cirurgias sendo cinco com proposta curativa e três para neoplasias não malignas. Os 28 doentes restantes estavam em processo de diagnóstico no momento da elaboração deste estudo. **Conclusão:** Acreditamos que a estratégia de racionalizar os recursos diagnósticos e otimizar os recursos terapêuticos não é apenas a melhor forma de praticar medicina como também possivelmente é essencial para a sobrevivência dos serviços de saúde

#### **PO116** INDICAÇÃO DE UTI NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO PULMONAR

LIANA PINHEIRO SANTOS; ILKA LOPES SANTORO; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO; SONIA MARIA FARESIN UNIFESP/EPM, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Racional:** Não há recomendações claras sobre a alocação em UTI de doentes submetidos à ressecção pulmonar. **Objetivo:** Avaliar quais doentes candidatos à ressecção pulmonar serão beneficiados com a internação, no período pós-operatório, em unidade de terapia intensiva. **Método:** estudo de coorte observacional, prospectivo, de julho/2009 a abril/2012, incluindo 120 doentes submetidos à ressecção pulmonar eletiva, com idade acima de 18 anos. UTI indicada foi o termo utilizado para indicar presença de uma ou mais das seguintes condições pré-operatórias: previsão de pneumonectomia, DPOC grave/muito grave (relação VEF1/CVF <0,7 e VEF1 < 50% do previsto) doença restritiva grave (CVF < 50% do previsto), VEF1pp ou DCOppo menor que 40% do previsto, oximetria de pulso em repouso e ar ambiente abaixo de 90%, monitorização cardíaca profilática e ASA > 3. UTI justificada foi o termo utilizado para indicar uma ou mais das seguintes condições pós-operatórias: necessidade de manutenção de ventilação mecânica invasiva ao término da cirurgia ou reintubação; insuficiência respiratória aguda ou necessidade de ventilação não invasiva com pressão positiva; instabilidade hemodinâmica ou sinais de choque; presença de intercorrências intraoperatórias ou na recuperação pós-anestésica, cirúrgicas ou clínicas, não solucionadas ou quando o anestesiológico ou cirurgião indicasse manutenção de tratamento na UTI. **Resultados:** O grupo UTI indicação incluiu 24 doentes (20%) e em 16 deles (16/24; 66,6%) a alocação foi justificada ao passo que a alocação não foi indicada em 96 (80%) doentes, e 14 necessitaram dela (14/96; 14,5%). A utilização dos critérios referidos acima evidenciou boa acurácia (81,6%) além de sensibilidade de 53,3%, especificidade de 91%, valor preditivo positivo de 66,6% e valor preditivo negativo de 85,4%. **Conclusões:** A utilização de critérios preestabelecidos para indicação de UTI no pós-operatório de ressecção pulmonar eletiva é capaz de diminuir o número de doentes que aí permanecem apenas para vigilância. Indiretamente diminui o atraso no agendamento de cirurgias a espera de um leito disponível na UTI, o risco de infecção nosocomial e custos hospitalares.

#### **PO117** OXIGENAÇÃO EXTRACORPÓREA POR MEMBRANA EM PACIENTES ADULTOS COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA OU CARDÍACA

MAURÍCIO GUIDI SAUERESSIG<sup>1</sup>; WILLIAM LORENZI<sup>2</sup>; MICHELE PIOLI<sup>1</sup>; ÉRIKA VIEIRA PANIZ<sup>1</sup>; GUILHERME AUGUSTO OLIVEIRA<sup>2</sup>; PATRÍCIA SCHWARZ<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** oxigenação extracorpórea por membrana (ECMO) é uma opção de resgate na insuficiência respiratória ou choque cardiogênico irresponsivo ao tratamento convencional. **Objetivos:** avaliar as características clínicas, desfechos e custos da utilização do ECMO em adultos com insuficiência respiratória ou cardíaca refratários à terapia convencional e admitidos na unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 13 pacientes (7 mulheres) que receberam tratamento com ECMO em nossa UTI de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. **Resultados:** A média de idade foi de 43 anos. Oito pacientes receberam ECMO venovenosa: 6 apresentavam Síndrome do Angústia Respiratória do Adulto (SARA), e 2 mostraram disfunção primária do enxerto após transplante pulmonar. Cinco receberam ECMO venoarterial: 1 apresentava hipertensão pulmonar persistente após tromboendarterectomia, 2 foram submetidos a suporte com ECMO após parada cardíaca, 1 desenvolveu disfunção primária do transplante cardíaco, e outro desenvolveu SARA com choque hemodinâmico grave. Cinco (4 com SARA e ECMO venovenosa) dos 13 pacientes sobreviveram até a alta hospitalar. A duração média da ECMO foi de 4 dias. A média de custo direto do tratamento por paciente foi de R\$ 30. 419,00 dos quais R\$ 25. 420 para a instalação e manutenção da ECMO, R\$ 1. 916,00 para testes e procedimentos diagnósticos e R\$ 3. 083 para diárias da UTI. **Conclusão:** o resultado do ECMO nos pacientes com SARA foi mais favorável que as outras indicações de suporte. O ECMO é uma opção terapêutica importante na falência cardiorrespiratória terminal que necessita de recursos financeiros alternativos até o momento, não fazendo parte da realidade dos hospitais terciários brasileiros e do SUS.

#### **PO118** RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO PÚBLICO DE CIRURGIA TORÁCICA NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

TALES RUBENS DE NADAI<sup>1</sup>; CAIO CESAR CIRINO<sup>2</sup>; JOSÉ CARLOS DE PAIVA LOPES<sup>1</sup>; SANDRO SCARPELINI<sup>2</sup>

1. HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A cirurgia torácica é uma especialidade pouco difundida em diversas regiões do nosso país, a formação do cirurgião torácico é longa e com procedimentos tecnicamente complexos que necessitam de cirurgiões dedicados para seu aprendizado. O município de Américo Brasiliense no interior de São Paulo abrange uma região de saúde de um milhão de habitantes distribuídos em 24 municípios. Em 2008 foi inaugurado o Hospital Estadual Américo Brasiliense com 110 leitos associado a um Ambulatório de Especialidades Médicas que realiza cerca de 80 mil atendimentos por ano. Nesse espaço foi introduzida a especialidade de Cirurgia Torácica para apoio em consultas no ambulatório, exames de Broncoscopia, interconsultas hospitalares e cirurgias da especialidade. **Objetivos:** Relatar a experiência de seis anos da implantação de um serviço público de cirurgia torácica numa cidade do interior de São Paulo, Brasil. **Metodologia:** Estudo descritivo, informações coletadas no banco de dados do sistema de informação do Hospital Estadual Américo Brasiliense, banco de dados do Ministério da Saúde sobre o lançamento de procedimentos para o DATASUS e análise de prontuários de pacientes atendidos no serviço. **Resultados:** Nesses seis anos foram realizados cerca

de três mil atendimentos ambulatoriais e 1041 cirurgias da especialidade. Das cirurgias realizadas, a de maior incidência foi a traqueostomia com 236 procedimentos, seguida de 140 simpatectomias, 130 videotoracoscopia para diagnóstico de lesões pleuro pulmonares, 104 biópsias pulmonares, 67 procedimentos traqueais para tratamento de estenoses adquiridas e 43 ressecções pulmonares maiores sendo 36 lobectomias e 07 pneumonectomias. Em 2014, procedimentos como timectomia e lobectomia pulmonar também já são realizados por videotoracoscopia. **Conclusão:** O serviço de cirurgia torácica implantado, numa cidade de menos de 40 mil habitantes, assumiu gradativamente a demanda de mais de um milhão de habitantes de 24 municípios, demonstrando que há espaço para introdução de serviços de cirurgia torácica em locais onde a demanda se apresenta reprimida. Para isso é necessária a formação de uma equipe e estruturação de um serviço com equipamentos mínimos para que a especialidade se desenvolva.

#### **PO119** TÉCNICAS PARA OTIMIZAR A TORACOTOMIA – ANÁLISE DE 106 PACIENTES.

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; THIAGO GANGI BACHICHI; LUIZ EDUARDO LEAO; ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; CAIO SANTOS HOLANDA  
UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

Embora a cirurgia torácica vídeo-assistida (CTVA) e robótica ganham popularidade como uma técnica minimamente invasiva, porém menos de 30% dos pacientes são submetidos à estas técnicas. Uma década atrás, poucos cirurgiões torácicos, consideravam alta hospitalar precoce em menos de cinco dias, a utilização de um dreno com calibre menor, extubação precoce e pós-operatório imediato na enfermaria, sem terapia intensiva. Alterar esses conceitos só foi possível pela segurança criada pelos avanços tecnológicos que temos disponíveis em nossa rotina. Os estudos que comparam as toracotomias com as videocirurgias foram realizados numa época que eram feitas as toracotomias póstero-laterais ou somete poupadoras. Atualmente podemos utilizar outras técnicas, como preservação de nervo intercostal, fechamento subperiosteal, dreno único de pequeno calibre e analgesia adequada. **Objetivo:** Avaliar a aplicação dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva na toracotomia e seu impacto na Cirurgia Torácica. **Objetivo secundário,** redução do tempo de internação para menos de sete dias. **Método:** Um estudo de coorte prospectivo clínico foi realizado para avaliar a implementação dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva nas toracotomias. Técnica implementada: Toracotomia poupadora muscular com preservação de nervo intercostal na abertura e no fechamento e dreno 28 Fr. Analisamos o tempo de internação, tempo de drenagem, intensidade da dor, a quantidade de analgésico utilizado e complicações. **Critérios de exclusão:** pacientes com dor crônica, Re- operação, urgência, invasão pleural. O comitê de ética da UNIFESP aprovou este estudo, o número 1112/09. **Resultados:** Durante o período de março de 2009 a novembro 2012 foram incluídos 106 pacientes no estudo. A idade média foi de 47,15 ± 18,26 anos, genero feminino prevaleceu em 52,8%, o IMC de 24,09 ± 5 kg/m<sup>2</sup>, história de tabagismo em 28,3% dos pacientes com uma média de 42,6 maços. ano. Procedimentos: 38 lobectomias, 8 bilobectomias, 28 segmentectomias, 8 ressecções mediastinais, 8 ressecções de metástases, 10 decorticacões e 8 bulectomias. Dados perioperatório: VEF1% 82,3 ± 19,5, VEF1%oppo 64,8 ± 18,5 e VEF1% 1°ppo 46,12 ± 8,6. A analgesia epidural realizada em 65,1% e 29,2% com bloqueio intercostal. Extubado em sala 77,4% e transfusão em 2,8% (tabela 1).

**Tabela 1** – dados peri-operatórios.

	Média	Desvio padrão
Tempo de cirurgia (min)	197	± 91,1
Hemorragia (ml)	151,4	± 196,1
Uso de aspiração	59,4%	
Média do volume de drenagem (ml)	1072,1	± 1288,6
Drenagem de tempo (dias)	4,7	± 3,1
Tempo de internação (dias)	6,7	± 5,2
Escala de Dor (0-10)	4. 4	± 2,3
Maior valor		
1° Po	3,8	± 2,4
3° Po	2,6	± 1,8
Na alta	1,3	± 1,4
Complicação	25,5%	
Óbito	4,7%	

A ultima revisão do STS database 2012 com 2907 toracotomias mostrou uma media de internação de 7,83 ± 2 dias e as 1054 cirurgias por vídeo, 6,15 ± 1,6 dias. Nosso estudo tivemos uma media de 6,7 dias. **Conclusão:** A aplicação dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva em toracotomias é perfeitamente viável, com adequada analgesia, extubação precoce, o uso mínimo de drenos e alta precoce.

#### **PO120** VARIABILIDADE ESPERADA DA PROTEÍNA C-REATIVA APÓS RESSECÇÕES PULMONARES: QUAIS FATORES ESTÃO ASSOCIADOS À SUA VARIABILIDADE NORMAL?

DIOGO GOMES AUGUSTO<sup>2</sup>; HUGO VEIGA SAMPAIO DA FONSECA<sup>1</sup>; LEANDRO RYUCHI IUAMOTO<sup>3</sup>; ALESSANDRO WASUM MARIANI<sup>1</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>1</sup>; RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** As complicações infecciosas em pacientes submetidos a ressecção pulmonar são diagnosticadas quando são observadas evidências clínicas e radiológicas. Portanto, a detecção precoce de complicações gera menos custos para o sistema de saúde e pode beneficiar o prognóstico dos pacientes. Sabe-se que níveis de proteína C-reativa (PCR) persistentemente elevados podem indicar complicações de órgãos após ressecções cirúrgicas. O objetivo do presente trabalho é definir a variabilidade esperada de PCR após ressecções pulmonares que não evoluíram para complicações inflamatórias/infecciosas, clínicas ou cirúrgicas. **Métodos:** Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo de pacientes com doença neoplásica de pulmão que foram submetidos a ressecções pulmonares sem o desenvolvimento de complicações pós-operatórias entre Janeiro-2010 e junho de 2014. Foi traçada uma curva com níveis médios de PCR até o quinto dia de pós-operatório (PO). Foram recolhidos dados da cirurgia e clínica para procurar preditores dos valores de PCR. Realizamos o teste T de Student e regressão logística para analisar médias e os intervalos de confiança. **Resultados:** Foram analisados 220 prontuários médicos, dos quais 100 pacientes foram excluídos devido a falta de dados, e 50 devido a complicações infecciosas e não-infecciosas. Setenta pacientes foram incluídos no estudo. A média das idade foi de 65 anos (variando de 14 a 89 anos). Quarenta e

um (58%) pacientes são do sexo masculino. Dez pacientes (14,8%) possuíam diabetes mellitus, 1 (1,42%) hepatopatia e 1 (1,42%) insuficiência renal. Sessenta e um pacientes (87,14%) foram submetidos a lobectomia, 8 (11,42%) a pneumonectomias e 1(1,42%) a segmentectomia. Foram realizados 48 (68,57%) toracotomias abertas e 22 (31,42%) videotoracotomias. Em relação ao tipo histológico dos tumores operados, 33 (47,14%) eram adenocarcinomas, 14 (20%) carcinomas espinocelulares, 3 (4,28%) doenças benignas e 20 (28,57%) outras neoplasias. A PCR média no período pré-operatório foi de 12,85 mg/dl (CI-5,44); 76,82 mg/dl (IC-8,49) no 1o PO, 156,36 mg/dl (IC-17,91) 2o PO, 132,35 mg/dl (CI-17,62) 3o PO, 103,24 mg/dl (IC-16,29) 4o PO e 94,11 mg/dl (IC-14,32) 5o PO. Regressão logística aplicada apontou que pacientes operados por videotoracoscopia (VATS) estão associados com menor aumento dos níveis de PCR ( $p=0,002$ ). Outras variáveis como idade, sexo, tamanho da ressecção, comorbidades e tipo histológico não predizem níveis pós-operatórios de PCR. **Conclusão:** Observou-se que o pico de PCR ocorre no 2o PO. A partir do 3o ao 5o PO, houve uma queda dos níveis de PCR, no entanto, eles nunca retornaram aos níveis pré-operatórios basais. A via toracoscópica provoca menor aumento da PCR.

#### **PO121 É POSSÍVEL REALIZAR A DRENAGEM PLEURAL PELA TORACOTOMIA ?**

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; THIAGO GANGI BACHICHI; LUIZ EDUARDO LEAO; ANDRÉ MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; CAIO SANTOS HOLANDA  
UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Na Toracotomia, tanto a abertura do intercosto como o fechamento são etapas importantíssimas que interferem na dor pós-operatória. Quanto mais dor o paciente sentir, mais propenso a complicações ele estará no durante sua internação. Acredita-se que a maior parte da dor ocorra por trauma do nervo intercostal. Existe atualmente uma preocupação constante com a dor e com uma melhor recuperação do paciente no pós-operatório, para que possa retornar o mais breve possível as suas atividades habituais. Diversos estudos foram realizados com enfoque no tipo de toracotomia e sua interferência na dor, na função pulmonar e na mobilidade dos músculos da parede torácica. Sem consenso ainda de qual seria a toracotomia ideal. Atualmente a cirurgia por videotoracoscopia por incisão única, relata a colocação do dreno de tórax pela mesma incisão. Um estudo publicado com 200 pacientes não mostrou diferença na evolução clínica Tudo indica que a combinação destas técnicas pode beneficiar os pacientes com um dano a menos. **Objetivo:** Avaliar a evolução dos paciente com colocação do dreno de tórax pela toracotomia, associado a preservação de nervo intercostal. **Método:** Foram avaliados 20 pacientes candidatos a toracotomia eletiva. Todas as toracotomias foram poupadoras de músculo com preservação do nervo intercostal, na abertura e no fechamento. O dreno foi colocado por contra-abertura na pele mas pela mesma intercostomia da toracotomia. Avaliamos o tempo de cirurgia, tempo de internação, tempo de drenagem, escala de dor, quantidade de analgésico utilizada e complicações. **Critérios de exclusão:** - os pacientes que apresentaram história de dor crônica; - uso crônico de analgésicos ou sedativos / ansiolíticos; - doenças psiquiátricas; - Quimioterapia ou radioterapia prévia; - Re-operação; - Operações de urgência/emergência; - Doenças com invasão pleural ou de parede torácica; - Toracectomia ou pleurectomia. **Resultado:** Foram incluídos no estudo 20 pacientes com idade média de 46,9 anos ( $\pm 28,0$ ), prevaleceu gênero masculino com 76,9%, IMC de

25,4 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 4,3$ ), 36,2% de tabagismo ativo, com média de 36,7 maços. ano. VEF1% pré-operatório 85,2% ( $\pm 19,2$ ). Foram realizadas 14 lobectomias e 6 segmentectomias. Abaixo os dados na tabela.

**Tabela 1 – Dados peri-operatórios**

	Grupo dreno incisão
	Média (Desvio-padrão)
Tempo de Cirurgia (min)	182,3 ( $\pm 86,1$ )
Tempo de drenagem (dias)	4,3 ( $\pm 2,5$ )
Débito do dreno (mL)	918,57 ( $\pm 7391$ )
Hemorragia intra-operatória (mL)	95,4 ( $\pm 101,1$ )
Escala de Dor (0-10)	
Maior valor	5,8 ( $\pm 2,3$ )
1º PO	5,3 ( $\pm 3,1$ )
3º PO	4,4 ( $\pm 2,5$ )
5º PO	3,6 ( $\pm 2,4$ )
Uso de Peridural com cateter	92,3%
Quantidade da solução peridural usada (mL)	74,0 ( $\pm 39,1$ )
Quantidade de Analgésico	
Tramadol (mg)	650,6 ( $\pm 229,0$ )
Dipirona (g)	19,5 ( $\pm 11,4$ )
Tempo de internação (dias)	9,5 ( $\pm 6,4$ )
Complicações	15,0%

Não tivemos óbitos e as complicações mais frequentes foram Pneumonia (1) e perda aérea prolongada (2) **Conclusão:** Nesta avaliação inicial, concluímos que a técnica de preservação intercostal associada a colocação do dreno pela toracotomia mostrou-se uma técnica de fácil execução, sem prolongar o tempo operatório ou aumento de morbidade.

#### **PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO (BRONCSCOPIA, MEDIASTINOSCOPIA, PLEUROSCOPIA, EBUS, EUS-FAN E RADIOLOGIA TORÁCICA)**

**PO122 ACHADO DE PSEUDOCISTO DE TOXOPLASMA GONDII NA BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA: RELATO DE CASO.**  
CAIO CESAR CIRINO; PATRICIA CRISTINA URBANO; RITA DE CÁSSIA QUAGLIO; TALES RUBENS DE NADAI  
HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A toxoplasmose é uma doença de distribuição mundial que afeta mamíferos e aves. No ser humano ela pode se apresentar de diversas formas com sintomas variando desde oligosintomáticos até quadros graves acometendo principalmente coração, fígado, pulmões, olhos e cérebro. Os casos mais graves são diagnosticados em pacientes com imunidade comprometida, neste estudo de caso a raridade é encontrar na biópsia pulmonar transbrônquica um cisto de toxoplasma num paciente imunocompetente e sem sorologias positivas para o parasita **Objetivos:** Descrever um caso raro de achado na biópsia transbrônquica de pseudocisto contendo Toxoplasma Gondii. **Metodologia:** Revisão de prontuário médico, exames radiológicos e pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e MD Consult. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, apresentou quadro de dispneia e febre em fevereiro de

2014, quando foi diagnosticado com pneumonia lobar inferior direita, iniciou tratamento intra hospitalar com antibioticoterapia endovenosa e suporte de unidade semi intensiva pelo quadro de sepse associada. Após 04 dias de tratamento, paciente evoluiu com distensão abdominal e dor localizada em fossa ilíaca direita, tendo diagnóstico de apendicite aguda confirmado por exame de ultrassonografia, sendo submetido a cirurgia videolaparoscópica no mesmo dia e encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva pela piora da sepse. No 04º dia de pós operatório mantinha quadro febril associado a derrame pleural direito, onde foi puncionado líquido citrino com resultado de exudato linfocítico, ADA de 17,99 e cultura negativa. Desta forma, foi solicitado broncoscopia com lavado bronquicoalveolar e biópsia transbrônquica. O lavado transbrônquico apresentou culturas e baciloscopia negativas, celularidade de 40 leucócitos e 255 hemácias. O exame anátomo patológico da biópsia transbrônquica mostrou: pequeno fragmento de parênquima pulmonar com discreto espessamento septal e apenas uma estrutura arredondada sugestiva de pseudocisto contendo Bradizoitos de *Toxoplasma Gondii*. Paciente apresentou melhora progressiva do quadro após substituição do antibiótico associado, recebeu alta hospitalar no 14º dia pós-operatório e permanece em acompanhamento ambulatorial. Foram solicitadas sorologias para Toxoplasmose com resultado negativo para IGG e IGM. **Conclusão:** O exame de broncoscopia é um método diagnóstico e terapêutico já muito difundido na sua eficácia com vantagens muito claras por ser pouco invasivo. Neste caso, apesar do achado de cisto de toxoplasma não ter elucidado as causas de suas comorbidades, a broncoscopia com biópsia transbrônquica mostrou-se capaz de fornecer materiais complexos para diagnósticos com pouca invasibilidade.

**PO123 ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA MIMETIZANDO UM TUMOR ENDOBRÔNQUICO: RELATO DE CASO**

GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; VITOR VIANA COSTA; JESSICA FIORESE DE ÁVILA; DANILO FÉLIX DAUD; CARLOS AUGUSTO FARIA BICALHO VALENZUELA; MARIANA DOURADO DA COSTA  
ITPAC, ARAGUAINA, TO, BRASIL

**Objetivo:** Relatar o caso, enfatizando procedimento de broncoscopia. Evidenciar a importância deste meio diagnóstico, e sua relação com patologia relatada. Metodologia: Estudo descritivo e retrospectivo, baseado na coleta de dados do prontuário de paciente atendido no Hospital Geral de Palmas. Relato de caso: Paciente feminino, 62 anos, reside em zona rural, aposentada, casada. Foi atendida no ambulatório no dia 13 de junho de 2013 pelo pneumologista, queixando-se de dor em pontadas em hemitórax direito, ventilatório-dependente, e tosse. Refere polaciúria com nictúria. Paciente clinicamente em bom estado geral. Sob suspeita inicial de um tumor endobrônquico pulmonar, foi solicitado encaminhamento ao setor de cirurgia torácica, solicitando uma tomografia de tórax (TC). O resultado da TC evidenciou atelectasia e lesão em lobo superior esquerdo à esclarecer. Prosseguiu a investigação através de broncoscopia, que evidenciou lesão vegetante escura (azul escuro) em brônquio lateral superior esquerdo do pulmão esquerdo e áreas pigmentadas em brônquio lateral inferior esquerdo. Sendo assim, foi descartado a hipótese de tumor e foi coletado um lavado brônquio alveolar e biópsia do local, que confirmaram o quadro de aspergilose. Iniciado tratamento com Anfotericina, sendo esta substituída por Itraconazol devido a quadro de insuficiência renal aguda. Evoluiu com melhora clínica recebendo alta com 20 dias de

tratamento. **Discussão:** O quadro inicial pulmonar simulava uma massa endobrônquica, sendo esta uma das importantes causas de hemoptise. Acredita-se que a mesma desencadeou a forma centrolobular com micrônódulos opacos e árvore em brotamento. O diagnóstico é difícil, devido o quadro clínico e os sinais radiológicos serem inespecíficos, dependendo assim da broncoscopia com biópsia e análise histopatológica para um diagnóstico definitivo. O tratamento foi estabelecido com o uso de Anfotericina B, mas pela nefrotoxicidade, optou-se pelo Itraconazol, com boa resposta clínica. Portanto, apesar de rara, esta forma manifesta-se como importantes patologias, podendo inclusive estar associada as mesmas, principalmente se estas levam a imunodepressão e se o paciente estiver em zona de maior risco.

**PO124 BIÓPSIA PULMONAR DE INFILTRADO EM "VIDRO FOSCO" APÓS MARCAÇÃO GUIADA POR TOMOGRAFIA COM INJEÇÃO DE IODO E AZUL DE METILENO**

FABIO AKIRA HIGA; EDUARDO HARUO SAITO; RODRIGO DE SOUZA; CARLOS EDUARDO TEIXEIRA LIMA; CAROLINE SILVA DE ANDRADE; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO

HUPE - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

**Objetivo:** relato de caso no qual foi empregado marcação por agulha fina de lesão não-nodular do tipo "vidro fosco" em parênquima pulmonar guiada por tomografia, utilizando uma mistura de azul de metileno e contraste iodado, e posteriormente submetida à biópsia pulmonar por toracotomia.

**Método:** utilizando a experiência que este Serviço já possui na abordagem de lesões pulmonares por punção por agulha fina (PAF) guiada por tomografia, foi empregado a marcação de lesão em "vidro fosco" sem parte "sólida" de <1,0cm localizado na periferia do segmento posterior do lobo inferior esquerdo utilizando uma combinação de azul de metileno estéril e contraste iodado na proporção 1:2 e volume total injetado de 3ml. Foi optado pela combinação das técnicas pelo risco eventual de extravazamento do azul de metileno para o espaço pleural e possibilidade de utilização de radioscopia em sala para a localização. A marcação foi feita sob anestesia local em tomógrafo de 64 canais, tendo a paciente sido encaminhada ao Centro Cirúrgico imediatamente após o procedimento. Submetida à segmentectomia atípica por toracotomia clássica sob ventilação seletiva, durante o procedimento foi possível identificar claramente a área tingida pelo azul de metileno, podendo ser feita a ressecção com ampla margem de segurança. O diagnóstico histopatológico final caracterizou um adenocarcinoma de padrão lepidico com pleura visceral livre e sem invasão linfática. **Resultados:** uma lesão que dificilmente seria palpável no intraoperatório pôde ser facilmente identificada pela coloração do parênquima pulmonar pelo azul de metileno, levando à correta ressecção da área a ser estudada com boa margem de segurança. **Conclusões:** lesões pulmonares pequenas periféricas com potencial de difícil identificação no intraoperatório por qualquer técnica cirúrgica, seja devido ao tamanho, seja pelas características tomográficas, podem se beneficiar da marcação com azul de metileno e/ou contraste iodado através de punção guiada por tomografia, procedimento pouco invasivo e com poucas complicações, além de disponível e de relativo baixo custo.

**PO125 BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL NO SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAINA: INDICAÇÕES E CONSIDERAÇÕES GERAIS**

ANDRESSA MIRANDA MAGALHÃES; LARA GABRIELA FONSECA MARTINS; GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA;

CAMILA DE ALMEIDA BRAGA; LARISSA PAIVA FRANCO; HUGO WEYSFIELD MENDES  
ITPAC, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL.

**Objetivos:** Descrever a experiência do serviço de cirurgia torácica frente as broncoscopias flexíveis realizadas no Hospital Regional de Araguaína (HRA), destacando-se os dados diagnósticos relacionados às neoplasias malignas de pulmão. **Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo, baseado na coleta de dados de broncoscopia e anatomopatológico dos pacientes do HRA, no período de outubro de 2012 a março de 2014. Registrou-se: idade e sexo do paciente, realização ou não de biópsia e indicação. **Resultados:** Em 17 meses foram realizadas 416 broncoscopias de 314 pacientes, sendo 248 (59,6%) do sexo masculino e 168 (40,4%) do sexo feminino. A idade variou entre 13 e 100 anos, com média de idade de 54 anos. Em 125 (30%) das broncoscopias realizadas, os dados encontrados foram dentro da normalidade. A análise das indicações apresentou os seguintes **Resultados:** Broncoscopias diagnósticas - 144 (34,6%) neoplasia de pulmão; 41 (9,9%) infecção respiratória; 13 (3,1%) trauma cervical e/ou torácico; 12 (2,9%) tosse crônica; 8 (1,9%) fistula traqueoesofágica; 5 (1,2%) fistula traqueopleural; 1 (0,24%) fistula broncopleurá; Broncoscopias terapêuticas - 51 (12,3%) limpeza da árvore traqueobrônquica; 31 (7,45%) dilatação de estenoses; 27 (6,5%) seguimento de traqueostomia; 14 (3,4%) hemoptise; 4 (1%) corpo estranho; 4 (0,96%) braquiterapia. Outras indicações constituíram-se 61 (14,6%) casos. Através da confirmação anatomopatológica e imunohistoquímica, foram diagnosticados 33 casos de neoplasia maligna de pulmão. Entre os pacientes com neoplasia pulmonar, 39,4% eram do sexo feminino e 60,6% do sexo masculino, com variação entre 18 e 90 anos de idade. Após resultado anatomopatológico, 27,3% dos pacientes foram confirmados com adenocarcinoma pulmonar (AP), 24,2% com carcinoma de pequenas células (CPC), 15,2% com carcinoma espinocelular (CEC), 18,2% neoplasia maligna inespecífica (NMI), 12,1% tumores metastáticos e 3% tumor carcinóide. **Conclusões:** A broncoscopia é um procedimento de fundamental importância, tanto para fins de diagnóstico como terapêutico, em serviços de referência em trauma, clínica médica e oncologia, como o HRA. A neoplasia pulmonar teve maior incidência nos homens, em relação às mulheres, acometendo principalmente a sétima década de vida. Dentre as neoplasias, as mais incidentes foram o AP e o CPC, seguido das NMI e do CEC. A incidência do adenocarcinoma aumentou significativamente nas últimas décadas, tornando-se, na atualidade, o tipo histológico mais frequente<sup>1,2</sup>. A maior contribuição diagnóstica foi para neoplasia pulmonar, principalmente aqueles pacientes com lesões endobrônquicas visíveis. Futuros estudos incluindo casuísticas maiores por categoria de indicação, associados a uma padronização de dados radiológicos, clínicos e achados endoscópicos, seriam necessários para uma análise ainda mais próxima da realidade do rendimento diagnóstico da broncoscopia flexível. 1. Strausz, J. Pulmonary Endoscopy and Biopsy Techniques – European Respiratory Monograph – Vol. 3, Monograph 9, November 1998. European Respiratory Society. 2. Feinsilver SH, Fein AM. Textbook of bronchoscopy. Blatimore: Willians e Wilkins, 1995, pp 169-83.

**PO126 CORPOS ESTRANHOS COMPLEXOS EM VIA AÉREA. ABORDAGEM BRONCOSCÓPICA OU TORACOTOMIA?**

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA; EURIVALDO SILVA PEREIRA; ARLAN DE AZEVEDO FERREIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

**Introdução:** O tratamento do corpo estranho nas vias aéreas desenvolveu-se consideravelmente a partir do advento da broncoscopia rígida e da flexível. Em 1854, Manuel Garcia foi o primeiro a ver a laringe in vivo, através de adaptação de um espelho odontológico. Em 1897, Gustav Killian realizou a primeira broncoscopia para remoção de corpo estranho brônquico, usando o esofagoscópio de Mikulicz-Rosenheim de 25 centímetros. Em 1907 Chevalier Jackson escreveu um livro divulgando instrumentos e técnicas para a remoção de corpos estranhos das vias aéreas e digestivas. **Discussão:** O índice de mortalidade por aspiração de corpos estranhos hoje varia entre 0,9 e 1,8%. A aspiração é evento sério, podendo causar a morte. A aspiração de corpos estranhos é mais freqüente em crianças na faixa etária dos seis meses aos cinco anos de idade. Nos indivíduos adultos prevalece a aspiração nos edentados, nos indivíduos com alterações psicomotoras graves (psiquiátricos, pós AVC, neuropatas crônicos ou com deficiências mentais severas), nos alcoólatras e em indivíduos hígidos que não tomam precauções com objetos pequenos levados à cavidade oral. Os achados clínicos variam conforme a localização final do corpo estranho dentro da árvore traqueobrônquica. O primeiro sinal geralmente é o do “engasgo”, podendo ou não ser acompanhado de dispnéia intensa súbita (e às vezes passageira), seguida de sibilos, roncos, tosse persistente, falta de ar, dor torácica, estridor, cornagem, esforço inspiratório e tiragem intercostal. As manifestações pulmonares variam de acordo com o grau de obstrução brônquica que o corpo estranho promove. Três tipos básicos de obstrução: parcial com mecanismo valvular, permitindo somente a entrada de ar e aumento do volume do segmento acometido; parcial com mecanismo valvular completo, permitindo a entrada e saída de ar (associado a sibilos unilaterais); e com obstrução completa causando atelectasia do segmento acometido. Corpos estranhos radiopacos são facilmente diagnosticados através da radiografia de tórax. Os corpos estranhos orgânicos freqüentemente não são visíveis a radiografia e nestes casos identificam-se sinais indiretos de sua presença: hiperinsuflação pulmonar segmentar, atelectasia, infecções e supurações pulmonares. A remoção dos corpos estranhos se faz preferencialmente pela utilização da broncoscopia rígida, podendo esta ser associada a radioscopia e a videobroncoscopia. Raramente há necessidade de intervenções cirúrgicas, como traqueostomias ou toracotomias, porém o broncoscopista deve poder contar com a participação do cirurgião torácico, quando há necessidade de remoção de corpos estranhos complexos das vias aéreas. **Objetivo:** Relatar casos de aspiração de corpos estranhos para as vias aéreas, em pacientes adultos e pediátricos. Os autores relatam ainda casos clínicos de adultos e crianças que aspiraram corpos estranhos e descrevem as manobras e maneiras seguras de retirar estes objetos. **Conclusão:** A broncoscopia rígida, associada a broncoscopia flexível e a radioscopia evita, na grande maioria das vezes a necessidade de intervenção cirúrgica para remoção de corpos estranhos das vias aéreas de indivíduos adultos e de crianças.

**PO127 EBUS-TBNA PARA ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO: EXPERIÊNCIA INICIAL**

RICARDO MINGARINI TERRA<sup>1</sup>; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO<sup>3</sup>; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO<sup>3</sup>; MARCIA JACOMELLI<sup>2</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>2</sup>; CARLOS RIBEIRO CARVALHO<sup>3</sup>

1. FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL;  
2. INCOR - FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** Punção aspirativa transbrônquica por agulha guiada por ultrassonografia endobrônquica (EBUS-TBNA)

é um método minimamente invasivo, seguro e preciso de coleta de amostras dos linfonodos mediastinais e hilares.

**Objetivo:** Avaliar os resultados iniciais do EBUS-TBNA no estadiamento linfonodal patológico de pacientes com neoplasia pulmonar em três hospitais escola brasileiros.

**Métodos:** Análise retrospectiva incluindo pacientes com diagnóstico de neoplasia pulmonar submetidos ao EBUS-TBNA para estadiamento linfonodal mediastinal. Todos os procedimentos foram realizados sob anestesia geral usando um ecobroncoscópio BF-UC180F e um processador EU-ME1 da Olympus (Olympus Medical Systems, Tóquio-Japão) ou um Prosound  $\alpha 5$  (Aloka, Tóquio-Japão) e agulhas de 22G descartáveis próprias para o aparelho de EBUS. **Resultados:** EBUS-TBNA foi utilizado no estadiamento de 149 pacientes entre janeiro de 2011 e janeiro de 2014. A idade média foi  $66 \pm 12$  anos e 58% eram homens. A maioria era composta por adenocarcinoma (67%) seguido por carcinoma escamoso (24%). Um total de 407 linfonodos foram amostrados. Em 69 pacientes o estadiamento se mostrou N0/N1 e em outros 80 N2/N3. Dos 27 pacientes N0/N1 submetidos à ressecção cirúrgica, 4 apresentaram N2 patológico (falso negativo) e 23 se mantiveram N0 ou N1. A sensibilidade do método foi de 96%, a especificidade de 100% e o valor preditivo negativo foi de 85%. Houve apenas uma complicação relacionada ao procedimento: um sangramento no local da punção controlado por endoscopia. **Conclusão:** Na nossa experiência inicial, EBUS-TBNA foi seguro e preciso quando usado para o estadiamento linfonodal mediastinal em pacientes com neoplasia pulmonar.

#### **PO128** EFICÁCIA DO LAVADO BRONCOALVEOLAR E CULTURA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA; PAULO HENRIQUE ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL; .

**Introdução:** O lavado broncoalveolar (LBA), uma técnica adaptada da lavagem de brônquios de quinta e de sexta ordem e que proporciona a obtenção de material de áreas distais pulmonares. Pelo lavado é possível fazer-se o diagnóstico de diversas doenças pulmonares, principalmente as infecciosas.

**Objetivo:** Identificar microorganismos infectantes pulmonares, através da cultura de lavado broncoalveolar, em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e submetidos à ventilação mecânica. Demonstrar os resultados do GRAM e da cultura do lavado broncoalveolar envolvendo sua terapêutica e seus benefícios. **Método:** Foram estudados de modo retrospectivo os pacientes internados no período de janeiro a dezembro de 2006, admitidos a UTI e submetidos ao LBA, em um total de 15 pacientes. Foram consultados os livros de registro, do laboratório de microbiologia, dos pacientes submetidos LBA com cultura para BK oriundos da UTI, em um total de 15 pacientes durante o período de janeiro a dezembro de 2006. **Resultados:** Nos 15 pacientes analisados, sete apresentaram cultura de LBA positivo. Deste grupo, quatro pacientes foram a óbito. Dos pacientes com LBA positivo com troca de antibiótico (total de três pacientes), apenas um foi a óbito. Todos apresentavam dois ou mais patologias associadas, sendo que destes, cinco pacientes apresentaram microorganismos resistentes. Já entre os oito com cultura LBA negativo cinco foram a óbito. **Conclusão:** Entre os pacientes que tiveram troca de medicamentos após LBA positivo 2/3 foram beneficiados pela nova terapêutica adotada. A maioria dos microorganismos infectantes era resistente às drogas que estavam sendo utilizadas. A mortalidade foi alta em ambos os grupos.

#### **PO129** IMPORTÂNCIA DO ULTRASSOM DE TÓRAX ASSOCIADO AO FAST NO DIAGNÓSTICO PRECOZE DE PNEUMOTÓRAX EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO

NEILTOR FRANCISCO LINHARES TORQUATO<sup>2</sup>; DENISON DE OLIVEIRA COUTO RIBEIRO<sup>2</sup>; NICOLY MARQUES DE CASTRO<sup>3</sup>; PEDRO JORGE JOFFILY PINTO<sup>3</sup>; MARÍLIA GOMES MARTINS<sup>2</sup>; MARCELO NUNES DE ABREU MORAES<sup>2</sup>

1. INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A utilização do “Focused Assessment for Sonography in Trauma” (FAST) revolucionou o exame primário ao paciente politraumatizado, sendo rápido e eficaz no diagnóstico. No atendimento a este paciente a utilização do “Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma”(EFAST)- protocolo estendido do FAST, ampliando sua avaliação à cavidade torácica- auxilia no diagnóstico de pneumotórax, hemotórax e ruptura diafragmática. Atualmente, o EFAST ainda é pouco aderido no atendimento inicial nos serviços de urgência e emergência, do Brasil, muitas vezes pela falta de conhecimento e experiência dos profissionais à sua realização. **Objetivo:** Demonstrar a importância da realização do ultrassom (US) torácico junto ao FAST para diagnóstico precoce de pneumotórax, em atendimento inicial à paciente politraumatizado, através de um relato de caso. **Metodologia:** Apresentamos o caso de um paciente politraumatizado, com pneumotórax confirmado tardiamente num achado ocasional de uma tomografia cervical e que foi facilmente visualizado pelo EFAST e não identificado pela radiografia de tórax, anteriormente realizada. **Resultado:** Paciente JBMF, masculino, 20 anos, vítima de trauma torácico e crânio-encefálico por acidente automobilístico, chega à unidade de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) intubado, estável hemodinamicamente, com colar cervical e sangramento em cavidade oral. À admissão, paciente encontra-se sedado e analgesiado, escala de Ramsay 5, pupilas isocóricas e fotorreagentes, PA de 140x90 mmHg, sob ventilação mecânica no modo assistido-controlado, FiO<sub>2</sub> 100%, volume corrente 480mL, StO<sub>2</sub> 98%, murmúrio vesicular rude sem ruídos adventícios. No primeiro dia de internamento, foram realizados TC de crânio, US abdominal, radiografia de tórax, cervical e bacia, sendo adotada conduta conservadora do trauma. No segundo dia, foi realizada TC cervical, por suspeita de lesão cervical na radiografia, sendo evidenciada ausência de lesão e presença de pneumotórax bilateral como achado ocasional. Foi realizado US de tórax, observando-se ausência de deslizamento pleural em região apical bilateralmente (sugerindo pneumotórax), presença de movimento pleural usual em bases, sem sinais de congestão pulmonar (linhas B), sem sinais de derrame, consolidação, atelectasia e presença de “lung point”-confirmando o pneumotórax. Foi optada conduta de drenagem torácica bilateral, devido achado de pneumotórax bilateral em paciente sob ventilação mecânica. **Discussão:** A utilização do protocolo EFAST se mostrou mais eficiente do que a radiografia de tórax na detecção do pneumotórax no paciente. A utilização dos métodos ultrassonográficos nos serviços de emergência e de terapia intensiva fornecem dados preciosos auxiliando na conduta inicial aos politraumatizados. **Conclusão:** O US torácico associado ao FAST na abordagem inicial ao paciente politraumatizado é um método eficiente no diagnóstico precoce de pneumotórax, com achados mais consistentes que a radiografia de tórax, conforme literatura. O treinamento e a capacitação dos profissionais que lidam com pacientes em estado crítico se mostra fator essencial, devendo haver um treinamento para melhor aperfeiçoamento dos mesmos.

**P0130** **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NEOPLASIAS DE PULMÃO DIAGNOSTICADAS POR BRONCOSCOPIA NO HRA**  
**LARA GABRIELA FONSECA MARTINS<sup>1</sup>; MAYARA BEZERRA NASCIMENTO<sup>2</sup>; ANDRESSA MIRANDA MAGALHAES<sup>1</sup>; GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA<sup>1</sup>; HUGO WEYSFIELD MENDES<sup>2</sup>; ANTONIO OLIVEIRA SANTOS JUNIOR<sup>2</sup>**

1. *INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL*; 2. *HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL*.

**Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico do Câncer de Pulmão no município de Araguaína, a partir da investigação broncoscópica, relacionando a idade e o sexo com a apresentação do tumor, localização e tipos histológicos. **Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo, baseado na coleta de dados dos laudos de broncoscopia e anatomopatológico dos pacientes diagnosticados com Câncer de Pulmão por broncoscopia no Hospital Regional de Araguaína, no período de outubro de 2012 a março de 2014. **Resultados:** No período, foram realizadas 418 broncoscopias de 314 pacientes por diversas indicações, dos quais 155 foram biopsiados. Destes, 33 foram positivos para neoplasia maligna de pulmão. A média de idade desses pacientes foi de 63,03 anos, com mediana de 64 anos e variação entre 18 e 90 anos, sendo 39,4% mulheres e 60,6% homens. Lesões endobrônquicas foram consideradas de localização central e estiveram presentes em 90,9% dos casos, e em 9,1% não apresentaram lesão aparente, sendo consideradas de localização periférica. Após resultado anatomopatológico, 27,3% dos pacientes foram confirmados com Adenocarcinoma Pulmonar (AP), 24,2% com Carcinoma de Pequenas Células (CPC), 15,2% Carcinoma Espinocelular (CEC), 18,2% Neoplasia Maligna Inespecífica (NMI), 12,1% Tumores Metastáticos e 3% Tumor Carcinóide. **Conclusões:** O Câncer de Pulmão teve maior incidência nos homens, em relação às mulheres, acometendo principalmente a sétima década de vida. O principal achado broncoscópico relacionado à malignidade foi o aparecimento de lesão endobrônquica, considerada sempre de localização central, presente em 90,9% dos casos. Dentre as neoplasias, as mais incidentes foram o AP e o CPC, seguido das NMI e do CEC. Não houve diferença significativa quanto à incidência do tipo histológico por sexo. A alta incidência relativa do CPC, contrariando a literatura, não foi justificada, devendo ser considerada como achado ocasional devido ao restrito número de casos.

**P0131** **PUNÇÃO ASPIRATIVA GUIADA POR ULTRASSOM ENDOBRÔNQUICO - ECOBRONCOSCOPIA: EXPERIÊNCIA INICIAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER.**

**AURELIANO MOTA CAVALCANTI DE SOUSA; EDSON TOSCANO; MAURO ZAMBONI**  
*INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

**Título:** Punção aspirativa guiada por ultrassom endobrônquico - Ecobroncoscopia: experiência inicial do Instituto Nacional de Câncer. **Objetivo:** Avaliar os resultados das primeiras punções ecoguiadas por broncoscopia no Instituto Nacional de Câncer. **Método:** No período de 2 (dois) anos realizamos 53 ecobroncoscopias utilizando o ecobroncoscópio Olympus e a processadora de ultrassom Aloka. Todos os exames foram realizados com anestesia geral e utilizamos tanto a máscara laríngea como o tubo orotraqueal. A principal indicação para a realização do exame foi o estadiamento do tumor de pulmão: 32 casos (60,4%). Outras indicações foram: adenomegalia mediastinal (7 casos), melanoma com metástase pulmonar e linfonodos mediastinais aumentados (3 casos), tumor renal com metástase pulmonar e linfonodos mediastinais aumentados (2 casos), tumor primário do mediastino (2

casos), e outro tumores com doença mediastinal - amígdala (2 casos), endométrio (1 caso), mama (1 caso), reto (1 caso), cervical (1 caso) e estômago (1 caso). **Resultados:** Dos 53 exames realizados, 26 (49%) tiveram diagnóstico positivo para neoplasia maligna. O restante, 27 casos (51%), não tiveram diagnóstico firmado com o exame, considerados negativos. Nenhum exame foi diagnóstico para doença benigna. Dos 27 casos que não foram diagnósticos, 20 casos realmente se confirmaram como negativos através de mediastinoscopia (4), toracotomia (6), e controle clínico e radiológico (10). Os outros 8 casos "negativos" tiveram diagnóstico confirmado através de mediastinoscopia (1 caso - carcinoma metastático), por toracotomia (2 casos - 1 caso com carcinoma metastático e outro com diagnóstico de neurofibroma), nova EBUS (1 caso com carcinoma metastático), biópsia transbrônquica (1 caso com sarcoidose) e 3 outros casos foram considerados N2 por progressão de doença clínica e radiológica. Entre os casos de estadiamento de câncer de pulmão, 32 casos, obtivemos uma positividade em 21 pacientes, 65%. Dos 11 casos restantes negativos, 5 casos foram diagnosticados com neoplasia através de outros procedimento (foram os falsos negativos) e 6 casos realmente eram negativos (os verdadeiros negativos). Então podemos considerar que a EBUS acertou o diagnóstico em 27 dos 32 pacientes com câncer de pulmão (84,4%). Não tivemos nenhuma complicação. **Conclusões:** A punção aspirativa por ecobroncoscopia é um procedimento seguro e de grande importância no diagnóstico da linfonodomegalia mediastinal. Os resultados em estudos internacionais mostram uma sensibilidade entre 88 a 93% e uma especificidade de 100%. O primeiro estudo nacional sobre EBUS, publicado por Miguel Lia Tedde e col. (J Bras Pneumol. 2012;38(1):33-40), mostrou a experiência inicial no Brasil com 50 pacientes, sendo 37 (74%) considerados com material colhido adequado e com positividade em 21 (57%) dos 37 pacientes. Nosso resultado global foi de 49% de positividade para neoplasia maligna. Considerando só os casos de câncer de pulmão foi de 65%. O resultado em nossa instituição abaixo da literatura internacional é decorrente de terem sido os primeiros exames realizados e estarmos em curva de aprendizado.

**P0132** **RESSECÇÃO DE HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO POR BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL: RELATO DE CASO.**

**CAIO CESAR CIRINO; PATRICIA CRISTINA URBANO; RITA DE CÁSSIA QUAGLIO; TALES RUBENS DE NADAI**  
*HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE, AMÉRICO BRASILIENSE, SP, BRASIL.*

**Introdução:** Os hamartomas são lesões benignas, predominantemente pulmonares e na maioria dos casos se apresentam se forma assintomática. Apesar de tipicamente serem diagnosticados como achados acidentais através de exame de radiografia ou tomografia computadorizada do tórax, alguns casos, cerca de 20%, abrem o quadro clínico com sintomas de obstrução de vias aéreas devido a sua localização endobrônquica. A ressecção cirúrgica é o tratamento padrão ouro do hamartoma endobrônquico, no entanto, tem-se observado uma experiência crescente no tratamento endoscópico sem registro de complicações. **Objetivos:** Descrever um caso raro de Hamartoma endobrônquico que foi ressecado com sucesso por broncoscopia flexível. **Metodologia:** Revisão de prontuário médico, exames radiológicos e pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e MD Consult. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 51 anos de idade, apresentou quadro de dispneia e febre em Abril de 2014, quando foi diagnosticado com pneumonia à esquerda, iniciou tratamento ambulatorial na cidade de origem com

antibioticoterapia sem melhora após 15 dias. Procurou médico pneumologista que solicitou radiografia de tórax em que mostrava velamento de todo o hemitórax direito, solicitado broncoscopia onde, segundo relato do próprio paciente foi visualizado um tumor e realizado biópsia. Paciente referia que a biópsia foi inconclusiva, sendo encaminhado para nosso serviço de cirurgia torácica. Após exame clínico inicial em que o paciente se apresentava dispneico, saturando 90% em ar ambiente e com ausculta pulmonar abolida a direita. Antecedentes de tabagismo 40 anos/maço. Solicitado exame de tomografia torácica que evidenciou lesão endobrônquica em brônquio principal direito, sem outras lesões. Realizado broncoscopia flexível que evidenciou lesão pediculada de 3,5 cm, optado por ressecção total da lesão com alça de polipectomia e controle do sangramento com vasoconstrictor localmente. Após ressecção da lesão paciente evoluiu com melhora de todos os sintomas, tendo alta hospitalar no 1º dia após procedimento. O exame de anátomo patologia evidenciou que a lesão possuía 3,5 por 2,5 cm e era constituída por hamartoma maduro com componentes de conjuntivo fibroso, adiposo, ósseo e cartilaginoso. Margem livre de lesão. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial sem queixas. **Conclusão:** A broncoscopia flexível tem uma interface muito boa para tratar lesões endobrônquicas benignas, nos casos selecionados, a ressecção endoscópica tem eficácia terapêutica comparável à ressecção cirúrgica, poupando o paciente do ônus de uma cirurgia torácica.

### PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO (BRONCOSCOPIA, MEDIASTINOSCOPIA, PLEUROSCOPIA, EBUS, EUS-FAN E RADIOLOGIA TORÁCICA)

**PO133** VIDEOMEDIASTINOSCOPIA CERVICAL: EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE - RJ

PABLO NOGUEIRA LINHARES MARQUES MAGALHÃES; ALEXANDRE FINOQUIO VIRLA; JULIVAL MENDES ALVES JUNIOR; ROSSANO KEPLER ALVIM FIORELLI; MARIA RIBEIRO SANTOS MORARD  
UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** A mediastinoscopia cervical é um método que possibilita o diagnóstico de doenças torácicas com comprometimento mediastinal e permanece como o padrão ouro para o estadiamento mediastinal (N2) do câncer de pulmão. A videomediastinoscopia (VM) é a versão contemporânea aprimorada da mediastinoscopia convencional (MC) e que apresenta vantagens técnicas claras, porém ainda faltam dados objetivos quanto à sua superioridade em termos de sensibilidade e segurança. **Objetivo:** Realizar um estudo transversal e observacional para avaliar a sensibilidade diagnóstica, número de estações linfonodais mediastinais biopsiadas e taxa de complicações das VM em comparação às MC previamente realizadas no Setor de Cirurgia Torácica do HUGG. **Métodos:** Entre os anos de 2012-2014, foram realizadas 35 VM com a finalidade de diagnosticar e/ou estadiar o câncer de pulmão com evidência de linfonodomegalia mediastinal na TC de tórax ou massa pulmonar  $\geq 3$  cm, ou outras doenças com suspeita de envolvimento mediastinal. O instrumento utilizado foi o mediastinoscópio Karl Storz de Lerut. Os pacientes foram agrupados e analisados segundo as variáveis: sexo, idade, história clínica, evidência na TC de tórax de linfonodos mediastinais e/ou de massa pulmonar, realização prévia de broncoscopia, estações linfonodais

biopsiadas e cirurgia complementar. Quarenta e três MC realizadas entre os anos 1994-2012 também foram analisadas, sendo utilizado o mediastinoscópio Karl Storz convencional. Os dados foram catalogados e analisados através de planilhas do software Microsoft® Excel 2013 (15. 0. 4659. 1000 Copyright® Microsoft Corporation 2013). **Resultados:** Na VM, a média de idade dos pacientes foi 50,5 anos; 19 do sexo feminino (54,3%) e 16 do sexo masculino (45,7%); 19 (54,3%) com histórico de tabagismo. Houve um total de 78 biópsias em linfonodos mediastinais distribuídos nas estações 2R, 2L, 4R, 4L e 7, média de 2,22 biópsias por paciente. Foram diagnosticados 09 casos (25%) de câncer de pulmão com acometimento linfonodal – sensibilidade (64,2%) e especificidade (100%); Seis casos (17,1%) de outras doenças (01 sarcoideose, 01 histoplasmose, 01 hiperplasia folicular da tireoide, 01 linfoma e 02 histiocitoses) – sensibilidade (75%) e especificidade (100%). Os demais 20 pacientes (57,1%) foram linfadenites inespecíficas sem malignidade. Destes 20 pacientes, 04 tiveram confirmação diagnóstica de câncer de pulmão sem envolvimento mediastinal e 02 de outras doenças benignas igualmente sem envolvimento mediastinal. A sensibilidade geral do método foi de 71,4%. Não houve complicações trans ou pós-operatórias. Na MC, obteve-se um total de 58 biópsias, média de 1,35 por paciente e foram diagnosticados 07 casos (16,27%) de câncer de pulmão, 14 casos (32,5%) de outras doenças e 22 casos (51,23%) de linfadenites inespecíficas sem malignidade. **Conclusão:** A VM mostrou-se importante ferramenta para o diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão e de outras patologias com acometimento mediastinal. Demonstrou ser um método seguro, eficaz, com mortalidade zero e com especificidade diagnóstica de 100%. Possibilitou maior número de biópsias e amplo estudo cirúrgico do mediastino em relação à MC.

### TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

**PO134** ANEURISMA DE VEIA AZIGOS: ABORDAGEM CIRÚRGICA POR VATS

HENRIQUE NIETMANN; JOAO MARCOS WOLF MACIEL; CELSO MURILO MATIAS FARIA; ISAAC DE FARIA RODRIGUES; RENATO MEINBERG CHEADE; FRANCISCO DE ASSIS CURY; THAIS DELLA ROVERI CANOVAS  
HOSPITAL DE BASE, SAO JOSE DO RIO PRETO, SAO JOSE DO RIO PRETO, SP, BRASIL; ; .

**Objetivos:** relatar um caso de aneurisma venoso intratorácico identificado após exame radiológico de rotina, encaminhado e tratado cirurgicamente pelo Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de Base de Sao José do Rio Preto SP em Maio de 2014. Aneurismas de veia ázigos são um assunto escasso na literatura mundial e a conduta terapêutica mais eficaz ainda não está definida, podendo a equipe médica optar por abordagem clínica ou cirúrgica. Como principal indicação à abordagem cirúrgica, está o risco aumentado de tromboembolismo pulmonar e suas consequências. Descrevemos o caso de uma paciente do sexo feminino, 57 anos, portadora de doença mixta do tecido conjuntivo, diagnosticada com uma massa mediastinal posterior à direita em exame radiológico pré operatorio de cirurgia para tratamento de doença do refluxo gastro-esofágico. Após avaliação minuciosa do caso com TC TORAX e RESSONANCIA MAGNETICA do TORAX, foi feita a opção pelo tratamento cirúrgico por método minimamente invasivo (VATS). O intra-operatorio transcorreu sem intercorrências e a paciente teve boa evolução, recebendo alta hospitalar no quinto dia

de internação hospitalar. **Conclusão:** a abordagem cirúrgica minimamente invasiva vem se firmando como uma alternativa cada vez mais popular em nosso meio. Por ser doença rara, a casuística da literatura não nos fornece dados suficientes para que a estratégia de tratamento seja bem definida. Neste caso, a abordagem cirúrgica por VATS mostrou-se adequada para o tratamento deste tipo de patologia, sugerindo boa segurança intra-operatória e reforçando a indicação do uso desta técnica em casos semelhantes. **Abstract:** Thoracic Venous Aneurysms are known as rare thoracic vascular diseases and the world literatura on this subject is very scarce. The aim of this study was to describe a case where a 57 year old patient diagnosed with a posterior mediastinal mass was found to have a Azigos Vein Aneurysm. After careful preoperative evaluation, she was then submitted to a minimally invasive approach with a good outcome, being discharged home at post operative day 5.

**PO135 CIRURGIA TORÁCICA MINIMAMENTE INVASIVA INVASIVA EM PACIENTES NÃO ENTUBADOS: EXPERIÊNCIA INICIAL**

HERBERT FÉLIX COSTA; FRANCISCO MARTINS NETO; ALEXANDRE MARCELO RODRIGUES LIMA; RAFAEL PONTES DE SIQUEIRA; DANIEL PIRES PESSOA; JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A cirurgia videotoroscópica com anestesia geral e entubação com ventilação monopolmonar tem se tornado o procedimento de escolha para as diversas patologias torácicas. Contudo, visando minimizar as complicações e os efeitos adversos da anestesia geral e da entubação, como trauma traqueal e bloqueio neuromuscular residual, tem-se realizado cada vez mais cirurgias videotoroscópicas sem entubação. Esse estudo visa analisar uma série de casos de pacientes submetidos a cirurgia videotoroscópica sem entubação. **Métodos:** Os dados de pacientes submetidos a cirurgia videotoroscópicas sem entubação foram analisados retrospectivamente no período de janeiro de 2014 a novembro de 2014. As seguintes variáveis foram coletadas: sexo, idade, diagnóstico, tempo de internação, tipo de cirurgia, complicações pós-operatórias, tempo de drenagem torácica e mortalidade hospitalar (número de óbitos durante o internamento ou nos primeiros 30 dias após a operação). A técnica consiste na sedo-analgésia do paciente com midazolam e fentanil endovenosos e bloqueio intercostal utilizando ropivacaína a 0,5% e xilocaína a 2% para anestesia local das incisões. **Resultados:** No período do estudo, 16 pacientes foram submetidos a cirurgia videotoroscópica sem entubação, sendo 10 (62,5%) homens e 6 (37,5%) mulheres. A distribuição dos tipos de cirurgia foi: 3 (18,75%) pacientes se submeteram decorticção pulmonar, 10 (62,5%) se submeteram a pleurodese e 3 (18,75%) se submeteram a segmentectomia não-anatômica. Houve um óbito por AVC no 7º P. O. de segmentectomia não-anatômica. O tempo de internação variou de 2 a 7 dias e o tempo de drenagem torácica variou de 1 a 5 dias. Um paciente foi excluído do estudo devido a obesidade e outro por entubação difícil. **Conclusão:** A cirurgia videotoroscópica sem entubação é um procedimento viável e que, ao se retirar os efeitos adversos de uma anestesia geral, pode vir a ser o de escolha para se realizar em pacientes com baixo performance status.

**PO136 CIRURGIA TORÁCICA UNIORTAL: EXPERIÊNCIA INICIAL**

HERBERT FÉLIX COSTA; FRANCISCO MARTINS NETO; ALEXANDRE MARCELO RODRIGUES LIMA; RAFAEL PONTES

DE SIQUEIRA; JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO; RODOLFO LUCIO ALVES TITO

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A cirurgia videotoroscópica apresenta sabidamente algumas vantagens em relação a cirurgia aberta, como menos dor, menor tempo de drenagem torácica e de internação. Em busca de uma menor resposta inflamatória e de pós-operatórios menos dolorosos e mórbitos, a cirurgia torácica uniportal vem ganhando cada vez mais espaço. Esse estudo visa analisar uma série de casos de pacientes submetidos a cirurgia torácica uniportal. **Métodos:** Os dados de pacientes submetidos a cirurgia torácica uniportal foram analisados retrospectivamente no período de agosto de 2014 a novembro de 2014. As seguintes variáveis foram coletadas: sexo, idade, diagnóstico, tempo de internação, tipo de cirurgia, complicações pós-operatórias, tempo de drenagem torácica e mortalidade hospitalar (número de óbitos durante o internamento ou nos primeiros 30 dias após a operação). A técnica consiste em uma incisão anterior no 5º espaço intercostal, com utilização de uma ótica de 10mm e 30º, grameador articulado e pinças biarticuladas. **Resultados:** No período do estudo, 15 pacientes foram submetidos a cirurgia torácica uniportal, sendo 9 (60%) homens e 6 (40%) mulheres. A distribuição dos tipos de cirurgia foi: 1 (6%) paciente se submeteu a lobectomia inferior esquerda, 1 (6%) se submeteu a lobectomia inferior direita, 1 (6%) se submeteu a piramidotomia, 1 (6%) se submeteu a linfadenectomia, 1 (6%) se submeteu a plicatura diafragmática, 2 (13%) se submeteram a pleurodese e 8 (53,3%) se submeteram a segmentectomia não-anatômica. Não houve óbitos. O tempo de internação variou de 2 a 6 dias e o tempo de drenagem torácica variou de 2 a 5 dias. Um paciente foi excluído do estudo pois a cirurgia teve que ser acrescida de mais uma incisão de 1cm por dificuldades técnicas para colocação de um grameador para realização de uma segmentectomia não-anatômica posterior do lobo superior direito. **Conclusão:** A cirurgia torácica uniportal é um procedimento possível de ser aplicado a diversas realidades, podendo ser realizado inicialmente em pequenos procedimentos, para se buscar um aperfeiçoamento e uma maior vivência com a técnica.

**PO137 CIRURGIA TORÁCICA VÍDEO-ASSISTIDA SEM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: ANÁLISE DE UMA SÉRIE DE CASOS**

PETRUCIO ABRANTES SARMENTO<sup>2</sup>; FRANCISCO ANTÔNIO BARBOSA DE QUEIROGA<sup>1</sup>; JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO<sup>3</sup>

1. GRUTÓRAX - GRUPO PARAIBANO DE TÓRAX, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; 2. HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** Cirurgias torácicas vídeo-assistidas são habitualmente realizadas sob anestesia geral. Contudo, o uso de técnicas que dispensam a intubação orotraqueal tem sido cada vez mais utilizado, principalmente em pacientes de risco e em procedimentos de curta duração. **Objetivo:** Demonstrar a segurança da abordagem sem o uso da intubação orotraqueal. **Metodologia:** Relato de uma análise retrospectiva de uma série composta pelos 20 primeiros pacientes submetidos a procedimentos em nosso serviço de Cirurgia Torácica, sob sedação e bloqueio locoregional, sem intubação orotraqueal. Analisamos a técnica anestésica, tipo de cirurgia realizada e comorbidades associadas. **Resultados:** Houve flagrante redução das complicações pós-operatórias utilizando a abordagem supracitada. **Discussão:** O uso do bloqueio regional como técnica isolada, com subsequente opção pela não-entubação orotraqueal, tem se mostrado seguro para as cirurgias torácicas vídeo-assistidas, sendo cada

vez mais utilizado em nosso meio. **Conclusão:** Em casos de pacientes selecionados, esta abordagem se configura como de vanguarda, podendo, em pouco tempo, se tornar rotina nos principais serviços de Cirurgia Torácica.

**PO138 CORREÇÃO DE DEFEITO DO SEPTO INTERATRIAL DO TIPO OSTIO SECUNDUM POR CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA POR VIDEOTORACOSCOPIA.**

ALLANA CLARICE FIGUEIROA CORTEZ<sup>1</sup>; ARTHUR ROBSON DA COSTA FREIRE<sup>1</sup>; SIMONE CRISTINA DA SILVA<sup>1</sup>; CATHIA REGINA SPERANDIO<sup>2</sup>; TÁRSILA DA COSTA VIANA<sup>1</sup>; HERNANI DE PAIVA GADELHA JÚNIOR<sup>2</sup>

1. UERN, MOSSORÓ, RN, BRASIL; 2. UFRN, NATAL, RN, BRASIL

**Introdução:** A comunicação interatrial (CIA) é uma descontinuidade do septo interatrial, que gera um shunt esquerda/direita, classificada como uma cardiopatia congênita acianogênica. O tipo ostio secundum é o mais comum. Raramente diagnosticada na infância, por ser muitas vezes assintomática. Todavia, o paciente pode se apresentar com dispnéia, palpitações, infecções respiratórias, déficit ponderal e insuficiência cardíaca. Pode haver abaulamento precordial, com B2 hiperfonética e desdobrada. Sopro sistólico é audível no foco pulmonar, devido ao hiperfluxo pulmonar. O ecocardiograma dá o diagnóstico. A cirurgia torácica vídeo-assistida (VATS) com colocação de prótese de pericárdio bovino é uma abordagem cirúrgica minimamente invasiva eficaz e que diminui morbidades pós-operatórias-PO se comparada com a técnica por esternotomia mediana. **Objetivo:** Relatar a efetividade da VATS em um caso de CIA do tipo ostio secundum. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, refere dispnéia aos pequenos esforços agravada com o decúbito dorsal. Encaminhada ao cardiologista para realização de ecocardiograma transtorácico, o qual demonstrou CIA tipo ostio secundum medindo 10mm, com presença de shunt esquerda/direita, hipertensão pulmonar e refluxo em valva pulmonar leves. Realizou também eletrocardiograma que revelou bloqueio de ramo direito e sobrecarga de átrio e ventrículo direitos. Ao exame, apresentou-se em bom estado geral, taquípneica (31 irpm), e normocárdica (66 bpm). Ausculta pulmonar e exame abdominal normal. A ausculta cardíaca revelou desdobramento fixo de B2 e presença de sopro sistólico, mais audível em foco pulmonar. A paciente foi encaminhada para tratamento cirúrgico minimamente invasivo por minitoracotomia ântero-lateral direita infra-mamilar com uso de VATS, intubação seletiva, pericardiotomia longitudinal anterior ao nervo frênico direito, instalação de circulação extracorpórea(CEC), atriotomia direita após parada cardioplégica com custodiol, evidenciado CIA ampla medindo aproximadamente 3cm de diâmetro. Realizado atriosseptoplastia com pericárdio bovino, fechamento atrial direito com retirada de ar cavitário e saída de CEC, descanulação e reversão da heparinização. Paciente evoluiu bem no PO, sem queixas significativas de dor, permanecendo em Unidade de Terapia Intensiva por cerca de 40 horas, com débito no dreno de tórax de 400 ml nas primeiras 12 horas, extubada precocemente cerca de 2 horas após admissão em UTI, recebendo alta hospitalar no 4º DPO. **Discussão:** Estudos mostram que VATS é tão eficaz e segura no tratamento desta patologia quanto a correção convencional via esternotomia mediana, ressaltando que naquela abordagem os pacientes são submetidos a um menor tempo de ventilação invasiva no PO, sendo extubadas precocemente, permanecendo em UTI e hospital por menos tempo do que nesta outra abordagem. **Conclusão:** A CIA tratada por VATS apresenta menor morbidade pós-operatória (tempo de intubação, dor, sangramento e tempo de internação menores) quando comparada à técnica

convencional. Portanto, viabiliza uma recuperação PO e retorno às atividades mais precocemente, sendo preferível para jovens que necessitem da abordagem cirúrgica.

**PO139 DENERVAÇÃO CARDÍACA SIMPÁTICA ESQUERDA EM REFRAATÁRIA TAQUICARDIA VENTRICULAR E DOENÇA DE CHAGAS – RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO DESERT**

HUMBERTO ALVES DE OLIVEIRA; MARCUS VINÍCIUS NASCIMENTO DOS SANTOS; PEDRO ROCHA PANIAGUA; LUCY ANNE LOPES MELO; JOAQUIM EUCLIDES MELO ARAÚJO; RAFAEL VILELA SILVA

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

**Introdução:** Terapias apropriadas (CDI-Choque) é um preditor de mau prognóstico independente em paciente com Cardiopatia Chagásica Crônica (CCC) e CDI. O desequilíbrio do Sistema Nervoso Autônomo devido a destruição neural no miocárdio tem ligação ao gatilho de TV em pacientes com CCC. O bloqueio simpático cardíaco através da denervação cirúrgica da cadeia torácica esquerda (DCE) tem demonstrado ser útil em pacientes com Síndrome do QT longo e outras patologias, mas não foi testado em pacientes com TV e CCC. **Objetivo:** DESERT é um estudo prospectivo, randomizado, em pacientes que apresentam CDI-choque devido a TV/FV refratárias a tratamento medicamentoso com o objetivo de avaliar a efetividade da DCE. **Métodos:** Pacientes com CCC; pelo menos dois choques apropriados de CDI durante o último mês; em uso de amiodarona (pelo menos 400 mg / dia), beta-bloqueadores e IECA foram alocados para submeter-se a DCE. Os pacientes foram submetidos ao ecocardiograma, Holter, ECG. DCE foi realizada por intervenção no primeiro gânglio torácico (estrelado) além do segundo, terceiro e quarto gânglios torácicos. Os pacientes foram acompanhados em intervalos programados e, por protocolo, nenhuma mudança na programação do CDI era permitido. O protocolo foi aprovado pelo comitê de ética local. **Resultados:** Nos dados preliminares, apresentamos os resultados dos primeiros 13 pacientes com pelo menos 6 meses de follow-up (57 anos, quatro homens, NYHA = 2,2, FEVE = 0,31). A média de terapia apropriada antes DCE média foi de 28,6 (6,6 choques e 23 ATP). Após a DCE, a média de terapia apropriada foi de 1,8 (p<0,001) em 2 pacientes. seis pacientes não demonstraram nenhuma terapia com CDI. Um paciente teve dois ATPs somente no primeiro mês após o procedimento. Importante, apenas um choque de CDI foi observado durante o follow-up em três paciente. Não houve complicações cirúrgicas. Além disso, houve uma redução significativa nas arritmias ventriculares totais (TV – FV – PVC / h) antes versus após a DCE (p <0,001). **Conclusão:** Neste estudo preliminar, a DCE vídeo-assistida mostrou ser uma terapia promissora para arritmias ventriculares refratárias à drogas na Doença de Chagas.

**PO140 HASTE LONGA PARA ELETROCAUTÉRIO DEDICADA À SIMPATECTOMIA TORÁCICA**

ROBERTO DE MENEZES LYRA

HSPE SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivo:** Desenvolver uma haste metálica longa que pudesse ser acoplada na caneta manual do cabo de bisturi elétrico. Deste modo, a simpatectomia torácica vídeo assistida pode ser realizada por acionamento manual do electrocautério, promovendo maior conforto ergonômico ao cirurgião, em relação ao acionamento no pedal. **Metodo:** Uma haste cilíndrica metálica de aço carbono inoxidável de 265 mm, com diâmetro de 2,5 mm, foi devidamente torneada de modo a se obter, na extremidade distal, uma ponta de 10 mm. Esta ponta de 10 mm foi dobrada em formato de

gancho, dedicado para a melhor instrumentação e secção da cadeia simpática com o uso do eletrocautério. A extremidade proximal foi chanfrada a 45 graus de modo a permitir suave acoplamento na empunhadura manual do cabo de bisturi elétrico. A haste foi então recoberta com material plástico isolante e esterilizada em óxido de etileno. **Resultados:** A cirurgia torácica vídeo assistida requer a adoção de uma postura ergonômica para o cirurgião de modo a não forçar as articulações sacroilíacas. O uso do pedal de acionamento para o eletrocautério impõe um sobrepeso desnecessário em uma única articulação, desfazendo a postura ergonômica do cirurgião. O uso da haste para longa com acionamento manual do eletrocautério mostrou-se ergonomicamente superior em relação ao acionamento pelo pedal. Pois mantém a postura ereta apoiada em ambas as articulações sacroilíacas.

**Conclusões:** O desenvolvimento da haste para longa para o acionamento manual pela caneta do eletrocautério possibilitou melhor conforto ergonômico ao cirurgião. **Bibliografia:** 1. Roberto de Menezes Lyra, José Ribas Milanez de Campos, Davi Wen Wei Kang, Marcelo de Paula Loureiro, Marcos Bessa Furian, Mário Gesteira Costa, Marlos de Souza Coelho. Diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento da hiperidrose compensatória. Guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of compensatory hyperhidrosis. J Bras Pneumol. 2008;34(11):967-977. 2. Roberto de Menezes Lyra. Escala visual para a quantificação da hiper-hidrose. Visual scale for the quantification of hyperhidrosis. J Bras Pneumol. 2013;39(4): **E-mail:** robertolyra@hotmail.com

**PO141 LOBECTOMIA PULMONAR VÍDEO-ASSISTIDA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA: EXPERIÊNCIA INICIAL**

JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO; PETRUCIO ABRANTES SARMENTO; ALFREDO SÁVIO MONTEIRO NOGUEIRA HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** A cirurgia vídeo-assistida tem se consolidado como rotina na maioria das ressecções pulmonares. Nas lobectomias por doença maligna, tal abordagem influencia positivamente na morbidade pós-operatória. Porém, pouco se fala na indicação da vídeo-cirurgia em ressecções lobares nas doenças benignas inflamatórias. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar experiência com lobectomias por afecções inflamatórias. **Metodologia:** Foram incluídos na série, pacientes com pneumopatias inflamatórias cirúrgicas, sendo analisadas variáveis como tempo de internação, número de incisões, comorbidades associadas, tamanho da incisão acessória. **Resultado:** Do total de 29 cirurgias, 10 foram devido a bronquiectasias, 1 por bola fúngica, 2 por abscesso pulmonar e 1 por sequestro pulmonar. Houve flagrante impacto positivo da abordagem sobre o tempo de internação e morbidade pós-operatória. **Discussão:** É sabido a maior dificuldade técnica nas ressecções pulmonares vídeo-assistidas por motivos inflamatórios, sendo um dos principais motivos que limitam tal abordagem. Porém, publicações paulatinamente vem corroborando com o uso da vídeo-cirurgia no tratamento de lesões benignas, evidenciando uma redução no tempo de internamento e na morbidade pós-operatória. **Conclusão:** Apesar de uma maior dificuldade técnica, a ressecção pulmonar vídeo-assistida tem mostrado fortes evidências que justifiquem sua aplicação no tratamento de pneumopatias inflamatórias.

**PO142 LOBECTOMIA MÉDIA ESQUERDA POR POR PORTAL ÚNICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KARTAGENER: ASPECTOS TÉCNICOS DE UMA ABORDAGEM MINIMAMENTE INVASIVA!**

CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO; LUCIANA MEDEIROS BEZERRA MELO; LUCILA SAMARA DANTAS OLIVEIRA; JORGE LUCIO COSTA DE MEDEIROS DANTAS; ANDRESSA VELLASCO BRITO COSTA; MACUS VINICIUS MAIA PASSOS

UFRN, NATAL, RN, BRASIL.

Situs inversus total (SIT) resulta em uma imagem espelhada de todas as estruturas assimétricas do corpo, com uma estimativa de ocorrência entre 1/8000 a 1/25000 nascimentos. A maioria dos portadores leva uma vida normal, mas em 20 a 25% está associada a discinesia ciliar primária (DCP). Também rotulada como síndrome do cílio imóvel (SCI). Trata-se de um distúrbio genético que leva a um defeito na estrutura e função dos cílios. Por conseguinte, há uma anormalidade da função mucociliar, resultando em infecções repetidas nos seios da face e pulmão. A síndrome de Kartagener (SK), médico Suiço da universidade de Zurich, atualmente é classificada como um subgrupo da DCP caracterizando-se pela tríade: Bronquiectasia, sinusite e SIT. Apresenta rico quadro clínico, principalmente decorrente às complicações pulmonares. Não se tem um real registro do quadro de morbidade e mortalidade desses pacientes. Trata-se de um paciente masculino, 15 anos de idade, encaminhado pela pediatra com diagnóstico de SK para avaliação especializada decorrente a bronquiectasia do lobo médio, localizado no hemi-tórax esquerdo, com infecções recorrentes e de difícil controle clínico. Tinha histórico concomitante de infecções dos seios da face. Os autores apresentam um vídeo mostrando detalhes técnicos de uma lobectomia média esquerda realizada por portal único, SinglePort. Reforçam os benefícios de uma abordagem minimamente invasiva, como grande repercussão no pós-operatório imediato e tardio. Permanência de menos de 24 horas em UTI, recebendo alta hospitalar com 72 horas.

**PO143 PLEURECTOMIA TUMESCENTE POR VÍDEO-TORACOSCOPIA: PLEURECTOMIA ASSÚ**

CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO; JORGE LUCIO COSTA DE MEDEIROS DANTAS; RANA PESSOA SANTOS; LUANA LOPES MEDEIROS; LUCIANA ARRAIS; MARLON CÉSAR MELO SOUZA FILHO

UFRN, NATAL, RN, BRASIL.

Pleurectomia tumescente por vídeo-toracoscopia: pleurectomia Assú. A pleurodese, química ou cirúrgica, faz parte do armamentário cirúrgico no tratamento do pneumotórax espontâneo recidivante ou complicado. Seu objetivo é promover uma aderência da pleura visceral à parede torácica, com o intuito de diminuir as recidivas. A ressecção da pleura parietal, denominada pleurectomia cirúrgica, em que a pleura parietal é descolada da facia endotorácica, é uma alternativa muito eficaz na produção de sinfise pleural e consequentemente obliteração desse espaço. Condição ímpar na prevenção de futuros episódios de pneumotórax. A pleurectomia cirúrgica (PC) é considerada mais eficaz na promoção dessa desejada pleurodese. Promove uma aderência mais firme e consequentemente mais eficiente na prevenção da recorrência de novos episódios de pneumotórax após a ressecção das bolhas pulmonares. No entanto, desde o trabalho de Clagett OT, em 1968, tem sido evitada por muitos cirurgiões. O receio maior está ligado ao sangramento decorrente do descolamento da pleura parietal junto à fácia endo-torácica. Fato que poderia proporcionar situação de difícil controle trans-operatório, o que na era da videothoroscopia elevaria o índice de conversão cirúrgica. Ou também, no pós-operatório por sangramento ativo ou formação de coágulos intra-pleural, havendo necessidade de reintervenção cirúrgica. Com o intuito de tornar mais segura a PC, os autores apresentam uma nova técnica de descolar a

pleura. Trata-se da pleurectomia cirúrgica por tumescência (PCT). Constitui na utilização de quinhentos mililitros (500 ml) da solução de Jeffrey Klein modificada. A solução é constituída de 500 mililitros(500ml) de soro fisiológico a 0,9% acrescida de um mililitro (1ml) de epinefrina 1:1000, sendo injetada sobre pressão, por punções transtorácicas, sob visão pleuroscópica direta. A solução é injetada logo no início do procedimento, antes mesmo da ressecção das bolhas, para que se tenha uma maximização da ação da vasoconstrição da adrenalina, evitando-se ao máximo o sangramento. O procedimento foi utilizado em quatro pacientes, três do sexo masculino e um do sexo feminino, idade variou de 25 a 82 anos. O procedimento mostrou de fácil execução, seguro, sem efeitos colaterais imediatos ou tardios. Mostrou-se muito eficiente no descolamento da pleura parietal, que em sua grande extensão já estava descolada da fácia endo-torácica.

#### **PO144 PLEUROPNEUMECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA: ABORDAGEM POR PORTAL ÚNICO.**

**CARLOS ALBERTO ALMEIDA DE ARAÚJO; JORGE LUCIO COSTA DE MEDEIROS DANTAS; RANA PESSOA SANTOS; MARLON CÉSAR MELO SOUZA FILHO; LUCIANA ARRAIS; LUCIANA MEDEIROS BEZERRA MELO**  
*UFRN, NATAL, RN, BRASIL.*

A pleuropneumectomia (PPn) é, historicamente, uma cirurgia que possui a mais alta morbidade e mortalidade cirúrgica entre as ressecções pulmonares. Decorrentes, principalmente, a sangramento, complicações pulmonares e cardíacas. São reportados índices de complicações em cerca de 60% no geral. As respiratórias respondem por por 15% deste total. A mortalidade global é de 8,6%. Quando, no entanto, surgem as complicações pulmonares essa taxa atinge 30%. Essa taxa alta e exclusiva está relacionada a magnitude da perda funcional pulmonar e seu consequente impacto na função cardíaca, particularmente na ventricular direita. Como fator magnificador existe ainda o trauma cirúrgico, conferido, historicamente, pela toracotomia póstero-lateral. Hoje conceituada como uma doença, tamanha as consequências na fisiologia do paciente. A cirurgia torácica minimamente invasiva (CTMI) vem demonstrando um importante papel, de uma forma geral, na diminuição da morbida e mortalidade cirúrgicas. Virtualmente, todos as complicações têm seus índices atenuados com a CTMI. Esses benefícios são ainda maiores nos pacientes de alto risco, como os pneumectomizados. Os autores apresentam, pelos seus conhecimentos, o primeiro caso de uma pleuropneumectomia realizada no Brasil por CTMI por portal único. Paciente masculino, 68 anos de idade, passado de tuberculose pulmonar e tabagismo pesado. Quadro de escarros hemáticos recorrentes. Tomografia computadorizada do tórax (TCT) evidenciou sinais de seqüela da tuberculose em ambos os pulmões e duas lesões em pulmão esquerdo. A do lobo superior(LS) com características de hamartoma condromatoso. A do lobo inferior(LI) com limites bem definidos e com alta captação do contraste endovenoso. Uma broncosfibroscopia foi realizada e a lesão em LI foi biopsiada. Diagnóstico de tumor carcinóide típico. Uma pleuropneumectomia esquerda com linfadenectomia mediastinal foi realizada por CTMI por portal único. O paciente passou menos de 24h na UTI e recebeu alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório.

#### **PO145 SEGMENTECTOMIA ANATÔMICA VÍDEO-ASSISTIDA: RELATO DE CASO**

**JOSE MOREIRA DOS SANTOS NETTO; FRANCISCO MARTINS NETO; ALEXANDRE MARCELO RODRIGUES LIMA; HERBERT FÉLIX COSTA; DANIEL PIRES PESSOA**  
*HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Introdução:** Ressecção com grande aceitação no âmbito da Cirurgia Torácica, a lobectomia se consolida há tempo como técnica padrão para tratamento do câncer de pulmão. Na última década, a abordagem vídeo-assistida contribuiu com uma menor morbimortalidade pós-operatória. Por conseguinte, hoje, alguns autores já defendem a segmentectomia pulmonar anatômica vídeo-assistida como de escolha para pacientes selecionados. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 64 anos, submetida, em Janeiro de 2014, a lobectomia superior esquerda videotoracoscópica, com resultado compatível com adenocarcinoma de pulmão no histopatológico. Em maio daquele ano, foi diagnosticada com CA de mama e submetida mastectomia radical no mês seguinte. Subsequentemente, outro nódulo foi encontrado em segmento posterior do lobo superior direito, o que culminou na realização de segmentectomia anatômica. **Discussão.** Há uma inexorável tendência atual na indicações de ressecções anatômicas cada vez mais conservadoras, principalmente em casos selecionados de pacientes idosos e/ou com função pulmonar limítrofe, portadores de lesões em estágios iniciais (estadio I, por exemplo). No momento, ainda não há estudos que evidenciem a superioridade da ressecção segmentar sobre a lobectomia em tais situações.

#### **PO146 SEGMENTECTOMIA APICO-POSTERIOR VIDEOTORACOSCÓPICA**

**NUNO FEVEREIRO FERREIRA DE LIMA**  
*HUB, LAGO SUL, DF, BRASIL.*

**Objetivo:** Demonstrar em vídeo um caso de segmentectomia apico-posterior esquerda videotoracoscópica uniportal, com rara variante anatômica. **Material e métodos:** Paciente masculino, 61 anos de idade, fumante teve achado de nódulo de 12 mm em ápice do pulmão esquerdo. PET CT com SUV de 1,9. Biópsia de congelação - Adenocarcinoma. Prosseguido plano terapêutico com realização de segmentectomia apico-posterior esquerda (1+2): grameamento de um ramo venoso e dois ramos arteriais, dissecação e grameamento do brônquio segmentar *eparterial*, e grameamentoda fenda incompleta intersegmentar. **Resultados:** O paciente teve excelente evolução pós operatória sem intercorrências, obtendo alta no segundo dia de pós operatório. A ocorrência anatômica do brônquio segmentar esquerdo 1+2 em posição posterior à artéria pulmonar - *eparterial* - é de 1%. , e da fenda ou fissura em LSE é de 6%. **Conclusões:** Especial atenção deve ser dada às possíveis variantes ou anomalias anatômicas na cirurgia videotoracoscópica. Neste caso, em particular, a variante anatômica facilitou a ressecção videotoracoscópica.

### **TRANSPLANTE PULMONAR E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS PNEUMOPATIAS AVANÇADAS**

#### **PO147 A EXPERIÊNCIA DO USO DE ECMO (OXIGENAÇÃO POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA) EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE PULMÃO NO HOSPITAL DE MESSEJANA.**

**LUCYARA GOMES CATUNDA; ANTERO GOMES GOMES NETO; FERNANDO MOREIRA BATISTA AGUIAR; JOSÉ ENÉAS FILGUEIRA NETO; THIAGO DE OLIVEIRA MENDONÇA; ISRAEL LOPES DE MEDEIROS**  
*HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Objetivo:** Relatar a experiência em nosso serviço com o uso da oxigenação por membrana extracorpórea em pacientes adultos que evoluíram com insuficiência cardiorrespiratória grave no pós-operatório de transplante pulmonar. **Método:** Análise retrospectiva de prontuários médicos de pacientes

submetidos a implante do sistema de oxigenação por membrana extracorpórea para a assistência da falência respiratória aguda grave, de diferentes causas, potencialmente reversíveis mas que se mostram refratárias às medidas de suporte convencionais com ou sem associação com falência circulatória após transplante pulmonar. **Resultados:** Seis pacientes (média 42 anos; 67% homens) foram considerados para análise no período de junho de 2011 a janeiro de 2015, 4 (67%) foram transplantes bilaterais. As indicações para implante dos 6 casos foram: Disfunção primária do enxerto, Insuficiência Cardíaca de VD e VE pós-transplante, Insuficiência respiratória hipoxêmica e hipercápnica, Insuficiência cardíaca D + HAP no trans e pós-transplante, Rejeição aguda grave pós-transplante e SDRA. O tempo médio de suporte foi de 10 dias (5-17 dias). Quanto ao tipo de acesso vascular 50% corresponderam a ECMO veno-venoso e o restante veno-arterial. As complicações durante a assistência em ECMO foram: politransfusão (67%), coagulopatia de consumo (50%), hemólise (33%), hemorragia (33%); obstrução do sistema, isquemia de membro, hematoma em sítio de punção (17% cada um). Observamos que os pacientes com disfunção cardíaca grave submetidos a ECMO veno-arterial foram os que apresentaram maior número de complicações. 2 dos 3 pacientes em ECMO com disfunção cardíaca direita recuperaram a função que permitiu a retirada do sistema ECMO. A taxa total de desmame satisfatório foi de 67%. Dois pacientes (33%) receberam alta hospitalar. A mortalidade geral foi de 67%, sendo somente dois óbitos (33%) durante o período de assistência com ECMO cujas causas de morte foram falência multiorgânica e sangramento refratário. Os outros dois pacientes foram desmamados da ECMO mas evoluíram posteriormente à óbito por infecção e choque séptico refratário. **Conclusão:** O sistema ECMO pode ser usado com resultado satisfatório em complicações cardiorrespiratórias reversíveis pós-transplante como foi observado em 67% dessa série de pacientes. Os pacientes com insuficiência respiratória associada a disfunção cardíaca foram os que evoluíram com mais complicações e piores desfechos. A experiência da equipe multiprofissional envolvida na condução de pacientes submetidos a esse tipo de terapia é indispensável para obtenção de bons resultados.

#### **PO148** ADENOCARCINOMA PRIMÁRIO DE PULMÃO RAPIDAMENTE PROGRESSIVO PÓS-TRANSPLANTE PULMONAR.

FERNANDO MOREIRA BATISTA AGUIAR; LUCYARA GOMES CATUNDA; JOSÉ ENÉAS FILGUEIRA NETO; ANTERO GOMES GOMES NETO; RAQUEL CARVALHO DOS SANTOS; LIA RICARTE DE MENEZES

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar o caso de um paciente de 59 anos, transplantado há 06 meses devido à fibrose pulmonar idiopática, complicando com adenocarcinoma primário de pulmão. **Relato do Caso:** 59 anos, sexo masculino, natural de Fortaleza, ex-tabagista de 47 anos/maço, foi encaminhado ao serviço de Transplante Pulmonar do Hospital de Messejana após diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática realizado há 01 ano, por queixas de dispnéia progressiva e tosse seca, já em oxigenioterapia domiciliar. Após 15 dias de espera em lista, foi realizado transplante pulmonar unilateral direito. Nos primeiros 03 meses após o transplante, houve 02 episódios de rejeição aguda (A1Bx e A2B1). A pulsoterapia com metilprednisolona melhorou o quadro clínico. Após 04 meses do transplante, surgiu episódio novo de hipoxemia com dispnéia aos esforços. Diagnosticado tromboembolismo pulmonar na artéria pulmonar direita. No entanto, a anticoagulação resolveu apenas parcialmente os sintomas.

Na abordagem diagnóstica com seguimento tomográfico, evidenciou-se linfonodomegalia paratraqueal direita de aumento rápido, com massa mediastinal em região hilar direita, linfangite carcinomatosa no enxerto associada a múltiplos nódulos centrolobulares. Realizado mediastinoscopia para a biópsia do linfonodo. A imunohistoquímica foi compatível com um adenocarcinoma primário de pulmão. Em revisão tomográfica, não se encontrou alterações estruturais no pulmão nativo diferentes da fibrose pulmonar idiopática. Após o diagnóstico, o paciente evoluiu com importante piora clínica devido à insuficiência respiratória hipoxêmica. Instituído medidas paliativas exclusivas. Óbito ocorreu após 06 dias do diagnóstico. **Discussão:** Dentro do primeiro ano após o transplante, a incidência de neoplasias é 3,6%: Linfomas (37%) e pele (33%). As malignidades pulmonares ocupam um percentual bem menor: 0,28%. Tal risco aumenta com a sobrevida pós-transplante — após 10 anos: 27,8% para todas as neoplasias. <sup>1</sup> Os receptores de transplante pulmonar unilateral têm maior risco de desenvolver câncer de pulmão, tipicamente no pulmão nativo, pois as doenças que indicam o transplante têm maior risco de câncer (enfisema e fibrose pulmonar idiopática). <sup>2</sup> Comumente ocorre rápida progressão para doença localmente avançada ou metastática, às vezes confundindo-se o quadro como um processo infeccioso. Tal agressividade pode ter influência dos imunossuppressores utilizados. <sup>3</sup> Portanto, o câncer de pulmão deve ser um diagnóstico diferencial na abordagem de processos pleuroparenquimatosos em receptores de transplante pulmonar unilateral. **Referências:** 1. Yusen RD, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-first Adult Lung and Heart-Lung Transplant Report - 2014; Focus Theme: Retransplantation. J Heart Lung Transplant. 2014; Oct; 33(10): 1009-24. 2. Yserbyt J, et al. Bronchial carcinoma after lung transplantation: a single-center experience. J Heart Lung Transplant. 2012; 31(6): 585-90. 3. Arcasoy SM, et al. Bronchogenic carcinoma complicating lung transplantation. J Heart Lung Transplant. 2001; 20: 1044-53.

#### **PO149** CAUSAS DE MORTE DE DOADORES DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE E DOS BAIXOS ÍNDICES DE APROVEITAMENTO DE PULMÕES EM UM HOSPITAL DE TRAUMA DA REDE PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ

CLÁUDIO ABREU BARRETO JUNIOR; CAMILA SILVA CASTRO; ANNAYA LINDEMBERG SILVA PAIVA; RODRIGO FONSECA HALLEY; ANTERO GOMES GOMES NETO; FILIPE PEREIRA CAVALCANTE

INSTITUTO DR JOSÉ FROTA - IJF, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Objetivos:** Identificar as principais causas de morte dos doadores efetivos de múltiplos órgãos para transplante bem como os principais motivos de descarte de pulmões em um hospital de referência do Estado do Ceará. Metodologia: Estudo transversal, prospectivo, cuja amostra foi composta por potenciais doadores de múltiplos órgãos e/ou tecidos admitidos no Hospital de Trauma Instituto Dr. José Frota - IJF, no período de janeiro a dezembro de 2014. Após o consentimento familiar, foram revisados os registros de 51 prontuários para pesquisa das principais causas de descarte de pulmões provenientes de potenciais doadores de múltiplos órgãos notificados, durante o referido período, pela Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). As variáveis estudadas foram: idade, sexo, tipo sanguíneo, causas de morte, mecanismo de morte, tempo de intubação, comorbidades, tabagismo, índice de oxigenação (PaO<sub>3</sub>/FiO<sub>3</sub>), achados radiológicos e broncoscópicos. **Resultados:** No ano de 2014, a CIHDOTT

do Instituto Dr. José Frota notificou 193 potenciais doadores de múltiplos órgãos. Destes, apenas 104 foram efetivados como doadores. Entre os principais motivos para o descarte dos 89 (46,11%) potenciais doadores, destacaram-se a recusa familiar e a parada cardiorrespiratória. Dos 104 doadores efetivados, apenas 9 (8,65%) tiveram seus pulmões transplantados, sendo alguns preenchendo os critérios de doador expandido. Na amostra analisada de 51 pacientes, 41 (80,4%) eram homens e 10 (19,6) mulheres. As principais causas de morte foram 38 óbitos (74,5%) por traumatismo cranioencefálico, sendo 27 por acidentes de carro/moto (52,9%), 5 (9,8%) por perfuração por arma de fogo, 4 (7,8%) por arma branca, 2 (3,9%) por espancamento/agressão física e 1 (1,9%) por queda da própria altura; 5 (9,8%) por acidente vascular cerebral hemorrágico; e 7 (13,7%) por parada cardiorrespiratória, sendo 4 (7,8%) por choque elétrico e 3 (5,8%) por envenenamento por organofosforados. No que se refere aos principais motivos de descarte dos pulmões desses potenciais doadores, destacaram-se: a gasometria com índice de oxigenação (PaO<sub>3</sub>/FiO<sub>3</sub>) menor do que 300 mmHg, Raio-X incompatível (com indícios de infecção), incompatibilidade de tamanho do órgão ou de tipagem sanguínea, parada cardiorrespiratória, tempo de intubação orotraqueal elevado e broncoscopia com presença de secreção abundante ou de fuligem. **Conclusão:** A principal causa de morte dos doadores de múltiplos órgãos do estudo foi o traumatismo cranioencefálico por acidente automobilístico; e que a negativa familiar representou a maior causa da diminuição do número de doações de múltiplos órgãos, a despeito dos esforços das equipes da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) junto à família explicando a ocorrência da morte efetiva dos seus entes queridos e a importância da doação de órgãos para salvar vidas.

#### **PO150** INFEÇÃO FÚNGICA INVASIVA POR GEOTRICHUM CAPITATUM EM PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE PULMÃO.

LUCYARA GOMES CATUNDA; JOSÉ ENÉAS FILGUEIRA NETO; FERNANDO MOREIRA BATISTA AGUIAR; BRAULIO MATIAS DE CARVALHO; ANTERO GOMES GOMES NETO; RAQUEL CARVALHO DOS SANTOS

HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar caso de um paciente no décimo sétimo pós-operatório de transplante pulmonar que evoluiu com infecção fúngica invasiva por *Geotrichum Capitatum* com desfecho fatal. **Relato do Caso:** paciente, 62 anos, natural de Maceió, diabético e hipertenso, encaminhado ao serviço de transplante do hospital de Messejana de Fortaleza devido diagnóstico de Fibrose pulmonar com limitação funcional e uso contínuo de oxigênio. Durante investigação clínica foi diagnosticada doença coronariana múltipla sendo então programado cirurgia de revascularização miocárdica no mesmo tempo cirúrgico do transplante. Após realização do transplante unilateral direito e revascularização miocárdica com ponte de safena para DA, paciente apresentou infarto do miocárdio de parede inferior nas primeiras 6h do POI, seguido de parada cardíaca retornando a ritmo sinusal após 2 ciclos de RCP. Ainda no POI apresentou piora do padrão respiratório com persistência de acidose respiratória grave e instabilidade hemodinâmica com nova parada cardíaca, revertida rapidamente, quando então foi iniciada assistência com ECMO veno-arterial. Após diagnóstico de sangramento no coto brônquico por broncoscopia e retirada de rolas hemáticas bem como melhora da coagulopatia de consumo com reposição de hemoderivados e estabilidade hemodinâmica

com desmame de drogas vasoativas, a ECMO foi retirada no quinto dia. No nono dia de pós-operatório evoluiu com quadro de sepse grave e choque séptico, colhido culturas e LBA através de broncoscopia que evidenciou o fungo *Geotrichum capitatum*. Iniciado então cobertura com amplo esquema de antibióticos e antifúngicos duplo: voriconazol e anfotericina lipossomal devido agravamento do quadro, evoluindo a óbito após 13 dias de iniciado quadro séptico. As culturas de controles permaneceram persistentemente positivas para o mesmo fungo (hemocultura, lavado broncoalveolar e líquido pleural). **Discussão:** *Geotrichum capitatum* é um fungo amplamente encontrado no solo, ar e água, bem como na flora do trato digestivo, pele e trato respiratório. É considerado um germe oportunista, sua infecção disseminada é incomum e acomete exclusivamente pacientes imunocomprometidos. Acomete vários tipos de doentes imunocomprometidos, sendo a maior incidência em pacientes acometidos por doenças hematológica malignas e pós-transplante de medula. Não encontramos relato associado a transplante pulmonar. O diagnóstico se dá através do isolamento do fungo, podendo ser considerado através do nível sérico da galactomana, apesar deste último não ser marcador específico para o *Geotrichum capitatum*. A mortalidade da infecção disseminada pode variar de 50-75% a despeito do tratamento o qual pode ser realizado por antifúngico isolado ou combinado.

#### **PO151** STENTS EM ESTENOSES BRÔNQUICAS APÓS TRANSPLANTE DE PULMÃO: DEVEMOS REMOVÊ-LOS?

HUGO VEIGA SAMPAIO DA FONSECA<sup>1</sup>; LEANDRO RYUCHI IUAMOTO<sup>2</sup>; LUCAS MATOS FERNANDES<sup>1</sup>; HELIO MINAMOTO<sup>2</sup>; MARCOS NAOYUKI SAMANO<sup>2</sup>; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES<sup>1</sup>

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Contexto. Complicações de vias aéreas após transplante pulmonar é causa importante de morbidade, incidindo entre 1,6 a 33% dos casos. Estenose brônquica é a complicação mais comum, sendo em torno de 1,6 a 32%, e normalmente vem acompanhada de necrose, deiscência ou infecções. A utilização de stents tem se consolidado como a terapêutica mais efetiva nesses casos, porém é recomendada sua remoção após 3 a 6 meses de uso. Em nosso serviço, optamos por manter as próteses brônquicas, e somente retirá-las quando se fizer necessário. **Objetivos.** Avaliar a real necessidade de remover os stents no tratamento de estenoses brônquicas pós transplante pulmonar. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo para avaliar pacientes que apresentaram estenose brônquica entre agosto de 2003 e abril de 2014. Consideramos como estenose brônquica a impossibilidade da passagem do bronoscópio de 4.9 mm de diâmetro, bem como a perda de ao menos 10% no volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1). Serão levantados dados de prontuários e de planilha de prova de função pulmonar. **Resultados:** Foram realizados 200 transplantes pulmonares, sendo 156 bilaterais e 44 unilaterais, totalizando 356 anastomoses de risco. Foram observados 16 pacientes com complicações de via aérea, sendo 4 submetidos a transplantes bilaterais, com incidência de 5,6%. Destes, 10 pacientes apresentaram estenose brônquica, sendo 3 bilaterais (3,6%). Exceto por 1 paciente que apenas dilatou a estenose, todas as demais foram tratadas com prótese auto-expansível. O seguimento após colocação do stent variou de 8 meses a 7 anos. Todos obtiveram ganho de função pulmonar. Três pacientes necessitaram retirá-los por infecção até 1 ano após sua colocação e não houve

difficuldade técnica na retirada. Um faleceu por causa não relacionada e 5 permanecem em acompanhamento, estáveis e com ganho de função pulmonar. **Conclusão:** Apesar da recomendação ser a retirada da prótese após 6 meses, a sua manutenção é possível. Nossos pacientes que permaneceram com stent mantêm-se estáveis do ponto de vista clínico, endoscópico e com perda funcional progressiva, relacionada a progressão da rejeição do enxerto.

**P0152 SUCCESSFUL LUNG TRANSPLANTATION IN 22 YEAR OLD PATIENT WITH CYSTIC FIBROSIS AND MULTI ORGAN FAILURE**

MARC HARTERT<sup>1</sup>; MARI STREMPPEL<sup>1</sup>; RALF HUTH<sup>2</sup>; CHRISTIAN FRIEDRICH VAHL<sup>3</sup>

1. DEPARTMENT OF CARDIOTHORACIC AND VASCULAR SURGERY, MAINZ, ALEMANHA; 2. UNIVERSITY MEDICAL CENTER, MAINZ, ALEMANHA; 3. JOHANNES GUTENBERG UNIVERSITY MAINZ, MAINZ, ALEMANHA.

**Introduction:** Cystic fibrosis (CF) is the most common inherited lethal single gene defect in the western hemisphere. The only effective therapy that improves survival for selected patients with advanced CF lung disease is lung transplantation (LuTx). We present the case of a 22 year old CF-patient in a pre-transplant state of multi-organ failure with poorest survival profile and an encouraging post-transplant result. Case Report: A previously well 22 year old CF-patient presented with a short period of dry cough, fever, and worsening dyspnoea. Due to infection with panresistant *Pseudomonas aeruginosa* she was commenced on intravenous antibiotics and non-invasive ventilation for a presumed community-acquired pneumonia. In the setting of ongoing clinical deterioration she was transferred to ICU. Despite continued antibiotics and conventional ventilation there was no clinical improvement. A tracheostomy was inserted for an anticipated prolonged respiratory wean. Due to progressive respiratory failure the patient was commenced on veno-venous ECMO. Expressing the progression of septic shock the patient was under cardiac depression (need of inotropes) and became anuric (need of hemofiltration). We reflected the paucity of treatment options for this condition and the patient was rapidly assessed and wait-listed for consideration of LuTx. Within 1 week, a size-matched organ donor was identified, and a bilateral sequential lung transplant was performed. Over the following 24 h, the patient was slowly weaned from ECMO support. Following a longer period on ICU the patient could be weaned from ventilator and discharged from ICU on day 34 post-transplant with no further need of hemofiltration. She was discharged to rehabilitation on day 61 with normal lung function. **Summary:** There remain controversial data with conflicting results on outcomes of LuTx performed in CF-patients with panresistant bacteria and multi-organ failure due to septic shock. Our case demonstrates the effectiveness of LuTx even in these high-risk patients with poor survival perspectives.

**P0153 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TUBERCULOSE PULMONAR MULTIDROGA-RESISTENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

RODOLFO COUTINHO BRAGA<sup>1</sup>; LÚCIO SORDI MACEDO<sup>2</sup>; ANDERSON HENRIQUE DA SILVA STAHELIN<sup>1</sup>; PEDRO PROENÇA GUERRIERI<sup>2</sup>; NELSON PERELMAN ROSENBERG<sup>2</sup>; MAURICIO PIMENTEL<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, RS, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar caso de tratamento cirúrgico em paciente com hemoptise maciça e BAAR positivo por tuberculose multidroga-resistente (TB-MDR), formação de bola fúngica e suspeita de Aneurisma de Rasmussen (AR). **Métodos:** Análise crítica do prontuário médico e revisão da literatura. **Resultados:** DGM0, 32 anos, ex-drogadito, queixa principal de hemoptise. Diagnóstico prévio de tuberculose pulmonar (TP), tratada sem sucesso com o esquema RHZE. Alterou em 10/2011 para esquema alternativo para TB-MRD. Após um mês, é novamente internado com hemoptise maciça e instabilidade hemodinâmica solucionada com embolização. A TC de tórax mostrou lesões cavitadas com paredes espessadas em ambos os lobos superiores, com cerca de 4 cm cada. Opacidades interstício-alveolares, com imagens de "árvore em brotamento" e nódulos centrolobulares em ambos os campos pulmonares, além de consolidação parenquimatosa heterogênea, com áreas de cavitações e necrose envolvendo todo o LID, sugerindo processo granulomatoso complicado. No segmento superior deste lobo, observamos estrutura arredondada de 2,7 cm, com intenso realce ao contraste, sugerindo lesão vascular. Foi mantido o tratamento com esquema para TB-MDR. Re-interna em 03/2012 novamente com hemoptise volumosa sem instabilidade hemodinâmica. Foi tentada novamente a embolização, mas dessa vez sem sucesso, pois não foi possível cateterizar o ramo brônquico direito na aortografia descendente. Nova TC de tórax contrastada evidenciou melhora parcial, com nódulos e micronódulos esparsos por ambos os pulmões, consolidação em LID com escavação de paredes irregulares contendo nódulo denso em seu interior, com cerca de 2,7 x 1,8 x 1,6 cm, podendo corresponder a cavidade de TP ativa com bola fúngica em seu interior e derrame pleural à direita. BAAR positivo. Fibrobroncoscopia com biópsia do brônquio intermediário não mostrou alterações. Lavado broncoalveolar do LID com BAAR +. Foi realizada a intervenção cirúrgica, com ressecção dos lobos médio e inferior do pulmão D. No trans-operatório evidenciou-se a presença de AR, o qual foi ressecado. O AP da peça cirúrgica mostrou pulmão subtotalmente destruído, com granulomas tuberculoides com necrose caseosa e granulomas na parede brônquica e no parênquima. Houve negativação do BAAR do escarro já no POi. Evolução adequada e sem complicações. Recebeu alta no 8º PO. **Conclusão:** Muitas técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas no tratamento de pacientes com TP, mas o advento da terapia farmacológica fez com que essas técnicas acabassem perdendo espaço. Com o aumento dos casos de tuberculose multidroga-resistentes (TB-MDR), a ressecção pulmonar voltou a ganhar força. O tratamento cirúrgico da TP ainda é controverso e restrito a casos selecionados como em complicações e na TB-MDR, de preferência com BAAR negativo e hemoptise controlada. No caso relatado, o paciente se beneficiou com o tratamento cirúrgico adequado, evoluindo com melhora, cessamento do sangramento e negativação do BAAR. O tratamento cirúrgico é um adjuvante nos casos de TB-MDR, sendo que a continuidade do tratamento farmacológico individualizado é de fundamental importância.

**P0154 UTILIZAÇÃO DE CIRCUITO DE MINI-CEC VENO-VENOSO COMO PONTE PARA ECMO EM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA**

GUSTAVO ALMEIDA FORTUNATO; SERGIO TADEU LIMA PEREIRA; IURY MELO; ROMILTON MACHADO; MAIRA KALIL; RICARDO OLIVEIRA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL

**Objetivo:** O presente estudo tem o objetivo de descrever o relato de caso de um paciente com insuficiência respiratória

aguda que utilizou circulação extracorpórea veno-venosa sem reservatório (circuito de mini-CEC, membrana convencional Quadrox®) como ponte para instalação de circuito de ECMO (oxigenador de membrana com circulação extracorpórea, membrana Quadrox-D®). **Revisão / Justificativa:** ECMO é uma tecnologia de assistência ventilatória e/ou cardioventilatória que tem sido utilizada como alternativa ao tratamento da síndrome da angústia respiratória do adulto (SARA). Apesar de benefício comprovado na literatura, a tecnologia tem sido escassamente disponibilizada nos centros do país, em grande parte devido a ausência de estrutura médico-hospitalar do nosocômio de onde o enfermo se encontra. Como na maioria das vezes, o paciente não apresenta condições de transporte para um local onde seja disponibilizado o método, o paciente termina por não experimentar da possibilidade do benefício do método. O presente relato traz a utilização temporária e com sucesso de um circuito similar ao de ECMO, circuito de mini-CEC, por 28h. O circuito de mini-CEC, ao contrário do circuito de ECMO, é facilmente disponibilizado na maioria dos centros, porém apresenta a desvantagem de menor vida útil da membrana. A instalação deste circuito como ponte para ECMO pode trazer uma chance para que pacientes com SARA internados em locais distantes de centros estruturados para ECMO possam ser transportados com segurança para receber a terapia. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um paciente masculino, 49 anos, encontrado desacordado após uso de dose indevida de opióide. Deu entrada na emergência em insuficiência respiratória e logo na sua admissão foi dado o diagnóstico de pneumonite aspirativa e SARA. A relação PaO<sub>3</sub>/FiO<sub>3</sub> inicial era de 57, com FIO<sub>3</sub> 100%, PCO<sub>3</sub> 62, pH 7,29. Foi indicado ECMO neste momento, porém a instituição não dispunha do armamentário de prontidão. Foi então instalado circuito de mini-CEC com Biopump e membrana Quadrox convencional (Maquet®) através de canulação em veias jugular e femoral com cânulas Meditronic® 21/19F. Enquanto se aguardava a chegada do circuito de ECMO o paciente foi mantido neste circuito com monitorização do paciente da membrana e de possível coagulopatia. Os exames iniciais revelavam PaO<sub>3</sub> pós-membrana de 487mmHg e plaqueta de 220 mil. Ao final de 28h, quando o circuito foi então substituído por um de ECMO com membrana Quadrox-D®, a PaO<sub>3</sub> pós-membrana era de 367mmHg e as plaquetas de 92mil. Bilirrubina e fibrinogênio não foram alterados significativamente. O paciente foi mantido em ECMO por 27 dias, sendo decanulado e posteriormente recebendo alta hospitalar. **Resultados:** Apesar da membrana apresentar coágulos na face venosa sua função não se alterou a níveis críticos após 28h de uso a 37°C. No presente caso, o circuito de mini-CEC foi eficaz como ponte para instalação de ECMO na ausência imediata deste último. Estudos posteriores são necessários para determinar os riscos-benefícios da terapia.

## TRAUMA DE TÓRAX

### PO155 A VISÃO MÉDICA NAS OBRAS DE ARIANO SUASSUNA

ALANNA CARLA FARIAS COUTO; EDUARDO FRANÇA DO VALE CHAVES FILHO; ANIELLE MEMÓRIA DA SILVA; JOSÉ FRANCISCO NASCIMENTO II; CINTIA MARIA DE MELO MENDES; ANNA FERNANDA SANTOS DE SOUSA CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAP, TERESINA, PI, BRASIL. **Introdução:** Ariano Suassuna foi um dos maiores nomes da Literatura Brasileira, incluso no movimento modernista da geração de 45. Atuou como dramaturgo, advogado,

professor, poeta e escritor, além de um grande difusor da cultura nordestina. **Objetivo:** A proposta é ressaltar as passagens médicas encontradas nas obras A História de Amor de Fernando e Isaura, Uma Mulher Vestida de Sol, Farsa da Boa Preguiça, O Santo e a Porca, e Auto da Compadecida. **METODOLOGIA:** Foram reunidas as referidas obras e suas leituras no segundo semestre de 2013, onde se observaram pontos estratégicos que remontam à Medicina. **Resultados:** Em A História de Amor de Fernando e Isaura, na página 14 há a passagem “Terra rica e fecundada, bem servida pelas chuvas”. Nesse trecho, ao passo que as chuvas acontecem, as doenças do período são mais comuns, como pneumonias, bronquites e bronquiolites. Em Uma Mulher Vestida de Sol, “As balas vêm quentes e derretidas, entram nele como uma faca incandescente na manteiga! Mas é o jeito, o poder dele é maior que o meu!”, está na página 40. Remonta violência, tiro e, por conseguinte, traumas no tórax e necessidade de laparotomia. Em Farsa da Boa Preguiça, na página 68 há “Não, Senhora, eu sou um pouco asmático, autêntico não”. Asma é uma doença inflamatória crônica com impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, na página 242, há a passagem: “Tive um choque tão grande que me deu aquela dor no peito e eu caí no chão!”, o que remonta à infarto agudo do miocárdio, processo de necrose do músculo cardíaco por falta de nutrientes e oxigênio. Na página 72 da obra O Santo e a Porca, está “Desde que você apareceu meu coração começou a bater”. Remonta às palpitações, o que pode ser provocado por arritmias, hipertireoidismo, exercícios vigorosos, medicações, estresse, susto, dentre outros. Em Auto da Compadecida, na página 58 há “Fome não, mas era uma vontade de fumar danada”. O tabagismo está intimamente relacionado à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, comprometendo a vida de muitos doentes. **Conclusão:** As marcas de medicina são notórias nas obras de Suassuna, envolvendo pneumopatias, cardiopatias, cirurgias, além de outras áreas como psiquiatria, otorrinolaringologia, obstetria e ginecologia, traumas ortopédicos e doenças reumatológicas.

### PO156 ABORDAGEM CIRÚRGICA DE EMPIEMA COMPLICADO APÓS DRENAGEM TORÁCICA EM PACIENTE COM FERIMENTO POR ARMA BRANCA EM TORÁX

BIANCA LOPES CUNHA; DIEGO DE JESUS VIEIRA FERREIRA; REBECA TOMÉ DE SOUSA; FRANCISCO ROMEL LIMA DE ARAÚJO; DANIEL FERNANDES SILVA GALDEIRO; THIAGO LOPES DE LIMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Objetivos:** Relatar o tratamento cirúrgico de complicação pleural tardia após drenagem de tórax. **Métodos:** Os dados foram coletados de prontuários durante o período do dia 14/01/2015 a 14/01/2015 no Hospital Instituto Doutor José Frota. **Resultados:** Paciente masculino, 31 anos, sofreu ferimento por arma branca (facada) em região dorsal direita. Relatou sintomas de tontura sem perda de consciência e de dispnéia intensa, que o levaram a procurar a unidade de pronto-atendimento (UPA). Lá, foi colocado um dreno em tórax direito e feito um raio X de controle do dreno, que evidenciou tortuosidade no trajeto do mesmo, apesar de este estar funcionando. Paciente foi transferido para o IJF para avaliação e estabilização clínica. Permaneceu 6 dias com o dreno, quando recebeu alta hospitalar. Dois dias após a alta, evoluiu com febre, dispnéia e dor em hemitórax direito ventilatório dependente, procurando novamente a UPA. Lá foi solicitado um novo raio x, cuja análise sugeria hérnia diafragmática. Paciente foi novamente reencaminhado para o IJF. Na tentativa de confirmar o quadro clínico com o diagnóstico por imagem, realizou-se uma tomografia

computadorizada, sugestiva de empiema pleural a direita. A hipótese causal foi de que não houve drenagem total do hemotórax, logo o líquido se acumulou e infectou. Para corrigir o empiema pleural, paciente foi submetido a toracotomia exploradora com decorticação pulmonar. A incisão no tórax foi pósterior – lateral, aproximadamente a nível de 8º espaço intercostal direito. Procedeu-se com aspiração de grande volume hemorrágico e de coágulos fétidos. Realizado lavagem exaustiva do hemitórax direito com soro morno. Após a cirurgia, paciente que já vinha em uso de cefepime, iniciou também clindamicina e analgésicos. Evoluiu estável, sem queixas clínicas, afebril, acianótico e eupneico. Pulso: 70 bpm. Paciente ficou internado por 8 dias para observação e acompanhamento pós-operatório (PO). **Conclusão:** É suma importância o diagnóstico correto e precoce de um derrame pleural, bem como de sua drenagem por completo, pois caso isto não ocorra, o líquido remanescente torna-se um meio propício para infecções e desenvolvimento de empiema, como foi relatado. Para que isto não aconteça, as indicações de retirada de dreno torácico são radiografia de tórax com pulmão completamente expandido, volume da drenagem entre 50-100mL em 24 horas, aspecto claro do volume drenado e dreno não borbulhar por pelo menos 24 horas. O empiema, por sua vez, consiste na presença de pus na cavidade pleural ou derrame pleural infectado verificado por bacterioscopia ou cultura, não deve ser subestimado e necessita de intervenção cirúrgica torácica associada à antibioticoterapia. Ressalta-se também a importância do tratamento adequado para este tipo de infecção a fim de prevenir complicações ainda mais graves, como choque séptico. O PO de decorticação pulmonar é doloroso, necessitando de anestesia geral e local, facilitando, dessa forma, a expansão do tórax e aumentando a rapidez da drenagem.

**PO157 ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA – RELATO DE CASO**

**BIANCA LOPES CUNHA; KAREN LOPES CUNHA; DULCE ANDRADE TERCEIRO; FRANCISCO JOSÉ CÂNDIDO DA SILVA; THIAGO LOPES DE LIMA; FRANCISCO ROMEL LIMA DE ARAÚJO**

*UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.*

**Objetivo:** Relatar o caso de paciente com hérnia diafragmática decorrente de ferimento por arma branca (FAB) em região torácica **Metodologia:** Anamnese dirigida ao paciente e revisão de prontuário no hospital Instituto Dr. José Frota e pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo e Lilacs. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 28anos, vítima de ferimento por Arma Branca (FAB) em face e tórax, evoluiu com hemotórax à esquerda, sendo submetido à drenagem torácica. O procedimento foi realizado com o paciente em decúbito dorsal com incisão no 5º espaço intercostal esquerdo. Paciente referiu dor no local do dreno à movimentação. ; Ao exame físico, evoluiu com bom estado geral, orientado, cooperativo, anictérico, acianótico, afebril e hidratado; à ausculta pulmonar, murmúrio vesicular universal presente, expansibilidade pulmonar levemente reduzida em hemitórax esquerdo e dreno funcionante com conteúdo hemático; ausculta cardíaca apresentando ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Realizada tomografia computadorizada de tórax que evidenciou ruptura do diafragma à esquerda, com herniação de gordura peritoneal, sendo indicada intervenção cirúrgica para correção de hérnia diafragmática. No 8º dia de internação hospitalar, o paciente deu entrada no centro cirúrgico para realização de laparotomia exploratória com correção de hérnia diafragmática. Foi realizada incisão mediana com diérese por planos sendo encontrada lesão diafragmática à

esquerda com cerca de 2 cm com epiplon herniado seguido de redução do conteúdo herniado e rafia da lesão com prolene; revisão da cavidade não evidenciou outras lesões. Após ato cirúrgico, paciente queixa-se de dor abdominal em região adjacente a ferida operatória, diurese presente, aceta bem a dieta; Ao exame físico, estado geral bom, afebril ao toque, eupneico, cooperativo e orientado; Ausculta cardiopulmonar com murmúrio vesicular universal presente bilateralmente, ritmo cardíaco regular em 2 tempos; abdome apresenta ferida operatória limpa, algo tenso, doloroso à palpação profunda difusamente, ruídos hidroaéreos presentes estando em uso de analgésicos. **Conclusão:** No caso apresentado, podemos observar a apresentação bem como a evolução do paciente vítima de Ferimento por Arma Branca (FAB) que cursou com uma hérnia diafragmática em hemitórax esquerdo. Faz-se importante notar que o paciente mesmo após a drenagem de tórax devido ao hemotórax esquerdo, evoluiu bem, tendo como único achado a expansibilidade pulmonar levemente reduzida em hemitórax esquerdo, contudo após a realização de uma Tomografia Computadorizada, foi evidenciada a ruptura do diafragma à esquerda, com herniação de gordura peritoneal, sendo então indicada a laparotomia exploratória. Portanto, no caso exposto observamos que o paciente não apresentou durante a internação sintomas que indicassem a hérnia, uma vez que na ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular era universal e presente, sem contudo apresentar nenhum indicio ruídos hidroaéreos no hemitórax afetado, tendo então o exame de imagem utilizado um papel fundamental no diagnóstico e na terapêutica da hérnia diafragmática.

**PO158 ABORDAGEM DE LESOES DE VIA AEREA PRINCIPAL SECUNDARIA A TRAUMA CONTUSE: EXPERIENCIA DE 04 CASOS**

**DANIEL BONOMI; ANDREY BARBOSA PIMENTA; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; ERLON DE AVILA CARVALHO; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES INSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.**

**Objetivo:** Demonstrar condutas no diagnóstico e tratamento de 04 pacientes com trauma de torax contuso com lesões de traqueia e bronquio principal **Metodo:** Avaliação retrospectiva de 04 casos operados pela equipe, vítimas de trauma contuso com lesão de via aérea principal. Em todos os casos as lesões foram confirmadas por TC de torax e Broncoscopia. Apenas um dos pacientes apresentava associado TCE que exigiu a intubação do paciente antes da conclusão diagnóstica. **Resultados:** Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico assim que feito o diagnóstico das lesões de via aérea principal. Foi realizada anastomose do bronquio direito na carina em 03 casos sendo que em um dos casos além da reconstrução do bronquio direito foi necessária a reconstrução da traqueia distal. Um caso foi submetido a reconstrução do bronquio principal esquerdo. A via de acesso foi uma toracotomia posterior lateral em todos os casos. De todos os pacientes apenas o que teve TCE associado faleceu em decorrência de sepse, mas não teve complicações da anastomose. **Conclusões:** O tratamento das lesões de via aérea principal quando reconhecidas precocemente e abordadas por equipe experiente em cirurgia do torax apresentam boa evolução. A existência de cirurgia do torax na escala de plantão de hospitais de trauma parece fundamental para o melhor tratamento de pacientes vítimas desse tipo de trauma.

**PO159 ALTERNATIVA CIRÚRGICA ABDOMINAL PARA ABORDAGEM DE TRAUMA TORÁCICO EM PACIENTE VÍTIMA DE FERIMENTO POR ARMA DE FOGO- RELATO DE CASO.**

BIANCA LOPES CUNHA; KAREN LOPES CUNHA; CAROLINA DORNELLAS COSTA LIMA; THIAGO LOPES DE LIMA; FRANCISCO ROMEL LIMA DE ARAÚJO; FABIANA MARIA DE OLIVEIRA FREITAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar o caso de paciente vítima de múltiplos ferimentos por arma de fogo (FAF) em região tóraco - abdominal submetido à cirurgia via abdominal para correção de hemorragia torácica e de instabilidade clínica. **Método:** Anamnese dirigida ao paciente e revisão de prontuário no hospital Instituto Dr. José Frota e pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo e Lilacs. **Resultado:** Paciente masculino, 20 anos, pedreiro, sofreu múltiplos ferimentos por arma de fogo (FAF) em face, hemitórax direito (HTD) e hipocôndrio direito. Foi admitido em hospital terciário com intenso sangramento, hipotensão ( Pressão Arterial de 80 x 50 mmHg) , taquicárdico, palidez cutâneo-mucosa, sudoréico, evoluindo com choque hipovolêmico (classe III). Foi realizado reposição volêmica com soro fisiológico a 9% para tentar estabilizá-lo e ultrassom abdominal (FAST), o qual não evidenciou líquido livre na cavidade abdominal nem alterações ecográficas relacionadas ao trauma em fígado, baço e rins. Pelo fato de o paciente estar com dispnéia, ausência de murmúrio vesicular em HTD, macicez a percussão e enfisema subcutâneo em HTD próximo ao orifício de entrada do projétil, realizou-se toracotomia com drenagem fechada em selo d'água com incisão feita a nível do 6º espaço intercostal na linha axilar média. Foi drenado imediatamente 1300ml de secreção sanguinolenta (hemotórax). Mesmo após a realização deste procedimento, o paciente continuou instável, necessitando de outra abordagem para o controle da hemorragia torácica e para a estabilização. Além disso, como o paciente tinha lesão tóraco- abdominal foi submetido a laparotomia exploradora com incisão xifopúbiana mediana sob anestesia geral, que evidenciou lesões hepáticas em segmentos VII e VIII grau II e duas lesões diafragmáticas em cúpula direita. Foi feita heparorrafia com cromix 0-0 e rafia diafragmática direita com prelone 0-0 e drenagem da cavidade abdominal de 30ml. Após isso, realizou-se lavagem exaustiva da cavidade abdominal com posterior fechamento e curativo. Paciente evoluiu estável, mas com atelectasia em pulmão direito, porém a secreção drenada tinha coloração clara e volume diário de aproximadamente 30 a 50 ml. Paciente aguarda raio x de controle para posterior retirada do dreno. **Conclusão:** No trauma torácico, hemotórax grandes, com sangramento superior a 1000 ml, constituem condição de imediato risco de morte que deve ser identificada e tratada na avaliação inicial do paciente. Por isso, é necessária uma rápida abordagem cirúrgica para correção das lesões que contribuem para a instabilidade hemodinâmica. No referido caso, a toracotomia estava indicada por se tratar de hemotórax grande, no entanto, devido à coexistência de lesões tóraco- abdominais, recomenda-se a abordagem via abdominal por laparotomia. Portanto, pacientes que se encontram hemodinamicamente instáveis e com lesões torácicas e abdominais associadas devem nos alertar para a abordagem cirúrgica das duas cavidades corpóreas devido à possibilidade de comunicações entre essas. Dessa maneira, a laparotomia se constitui em importante modalidade cirúrgica alternativa para tratamento de lesões torácicas.

**PO160 ATENDIMENTO DE UM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA TORÁCICO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA**

JOSÉ HIAGO DE FREITAS DAMIÃO<sup>2</sup>; FRANCISCO EMÍDIO JÚNIOR<sup>1</sup>; WELLINGTON FORTE JUNIOR<sup>1</sup>; WELLINGTON

FORTE ALVES<sup>2</sup>; FRANCISCO LUCAS PINTO ARCANJO<sup>2</sup>; ALEXSANDRO MARTINS BULHÕES<sup>1</sup>

1. UNICHRISTUS, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Introdução:** O trauma, nos últimos anos, vem sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo. Dentre os diversos tipos de trauma, o torácico está cada vez mais em ascensão devido ao aumento dos transportes automobilístico e da violência urbana. Como todos os traumas, o torácico tem uma abordagem inicial padronizada, na qual buscamos sempre o atendimento inicial integral ao paciente. Para determinarmos o padrão da abordagem ao trauma, utilizamos o modelo americano do ATLS (Advanced Trauma Life Support). Podemos classificar os traumas torácicos em fechados ou penetrantes tendo como referencial a abertura ou não da cavidade pleural. **Relato:** C. S. J. de 44 anos, natural e procedente de Fortaleza-CE, trabalha como motoboy. O paciente foi vítima de acidente de moto, dando entrada no serviço de urgência e emergência do Instituto Dr. José Frota. Paciente queixa-se de dor torácica intensa, dispnéia moderada e lesão no ombro sugestiva de fratura de clavícula. Foi feita a abordagem inicial ao politraumatizado com base no ATLS. Paciente encontrava-se com suas vias aéreas pervias, estava com dispnéia moderada, saturação de 92%, ao exame cardiovascular apresentava FC: 115bpm e PA: 100x60mmHg, pálido, pulsos periféricos filiformes. Feito raio-x logo após o atendimento inicial ao traumatizado, foi comprovado fratura de clavícula, consolidação pulmonar à direita sugestiva de contusão pulmonar, não havendo tórax instável, contendo também, apagamento do seio costofrênico direito, sugestivo de hemotórax, entretanto não cursando com desvio de linha média. Ausculta Pulmonar: diminuição do murmúrio vesicular. Percussão Pulmonar: macicez à direita, som claro pulmonar à esquerda. Confirmada a hipótese de contusão pulmonar associada a hemotórax, foi feita a drenagem de tórax no paciente, havendo alívio dos sintomas e melhora do quadro. Feito medicação sintomática, juntamente com AINES e antibióticos. Paciente permaneceu internado em observação durante 13 dias, sendo liberado após melhora clínica do quadro e alta hospitalar. **Discussão/Conclusão:** O traumatismo torácico exige muitas vezes, diagnóstico rápido e intervenção imediata. Assim, é necessário que o cirurgião que encontra-se na emergência avalie com a maior rapidez as condições clínicas do paciente, dando ênfase à oxigenação, à presença ou não de choque hipovolêmico e uma vez tendo drenado o hemitórax atingido, observar se a drenagem torácica está sendo eficaz e se não há lesões orgânicas associadas que mereçam tratamento assim que haja estabilização respiratória e circulatória. O hemotórax, que se caracteriza pela presença de sangue na cavidade pleural, constitui-se em complicação bastante comum dos traumas torácicos. Entretanto, cabe lembrar que é um evento mais frequentemente encontrado em pacientes com trauma torácico penetrante do que em pacientes com trauma torácico fechado, sendo que as causas mais comuns de hemotórax determinadas por trauma torácico fechado são as contusões pulmonares, rompimento de artéria torácica interna ou lesão de vasos da parede torácica.

**PO161 CONDUTA EMERGENCIAL EM FERIMENTO POR ARMA BRANCA (FAB) NA ZONA DE ZIEDLER COM LESÃO DIAFRAGMÁTICA – RELATO DE CASO**

GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; LARA GABRIELA FONSECA MARTINS; LARISSA PAIVA FRANCO; CAMILA DE ALMEIDA BRAGA; CELSO ASSIS REIS SILVA JUNIOR; HUGO WEYSFIELD MENDES

ITPAC, ARAGUAINA, TO, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar caso de paciente atendido no pronto socorro do Hospital Regional de Araguaina (HRA), analisando-se a conduta cirúrgica emergencial e a evolução pós-operatória até resolução do caso. **Material e Métodos:** Trabalho realizado através da pesquisa ao prontuário do paciente atendido no HRA com trauma torácico na zona de Ziedler e lesão diafragmática em março de 2013. Foram coletados dados do exame físico, descrição cirúrgica e evolução pós-operatória. **Resultados:** Paciente 25 anos, masculino, vítima de FAB na zona de Ziedler, apresentava-se com tríade de Beck e sinais choque hipovolêmico grau IV. Iniciado atendimento conforme ATLS e levado paciente para centro cirúrgico sem exames de imagens, pela emergência da ocasião. Realizado toracotomia ântero-lateral esquerda e identificado hemotórax, lesão tangencial de ventrículo esquerdo, lesão transfixante de língua e base pulmonar, e lesão diafragmática de 4 cm com insinuação de epíplon. Iniciado tratamento cirúrgico de lesão com hemostasia, miocardiografia, pneumorrafias, exploração da cavidade abdominal através da lesão diafragmática, onde não foram evidenciados sangue ou secreções entéricas, e feito a frenorrafia. Colocado dreno de tórax em sistema fechado. No 4º DPO, por meio de exames de imagens, identificou-se expansão pulmonar parcial com derrame septado a esquerda e diafragma elevado, sem evidências de pneumoperitônio, associado a dor abdominal leve a palpação profunda no hipocôndrio esquerdo. Com a hipótese de empiema pleural, indicado reoperação, que evidenciou empiema pleural fase II, isquemia da língua e saída de secreção purulenta através da sutura diafragmática. Realizado linguectomia, decorticação pulmonar e laparotomia exploradora, onde foi identificado um bloqueio epiloico subfêrnico; desfeito este e achado lesão puntiforme de 1 cm no ângulo esplênico do cólon; realizado colostomia em alça. No 7º PO da segunda cirurgia recebeu alta hospitalar. **Conclusão:** A condução da cirurgia de emergência foi baseada nas condições hemodinâmicas do paciente, evitando-se prolongar tempo cirúrgico e aumentar riscos de complicações. Devido à área do FAB, seria incomum um acometimento abdominal. Porém quando há lesão diafragmática estaria indicada uma laparotomia exploradora para se evitar lesões inadvertidas de órgãos abdominais. Contudo neste caso preferiu-se uma abordagem expectante a respeito da cavidade abdominal na emergência devido às condições do paciente, sendo realizada a laparotomia posteriormente devido a lesão diafragmática inicial e a dor pós-operatória.

**PO162 CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA, APÓS MAIS DE QUATRO ANOS DO TRAUMA, SÉRIE DE CASOS.**

TALES RUBENS DE NADAI<sup>1</sup>; CAIO CESAR CIRINO<sup>2</sup>; JOSÉ CARLOS DE PAIVA LOPES<sup>1</sup>; MAURICIO GODINHO<sup>3</sup>; SANDRO SCARPELINI<sup>2</sup>

1. HOSPITAL ESTADUAL AMÉRICO BRASILIENSE, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A ruptura diafragmática traumática ocorre em cerca de 5% dos pacientes com trauma toracoabdominal. A alta morbi- mortalidade relacionada ao estrangulamento intestinal torna a correção cirúrgica indicação mandatória no tratamento. **Objetivos:** Descrever uma série de quatro casos raros de hérnias diafragmáticas traumáticas diagnosticadas e corrigidas mais de quatro anos após o trauma. **Metodologia:** Revisão de prontuário médico, exames radiológicos e pesquisa bibliográfica nas bases de dados. **Resultados:** PACIENTE 01: Queixa de dispneia aos médios esforços. Havia sofrido atropelamento quatro anos antes. A TC do tórax confirmou

hérnia diafragmática à direita. Cirurgia realizada por toracotomia anterolateral e laparotomia. Na cavidade torácica, anel herniário de oito cm, alças intestinais de delgado desde a 10 cm do ângulo de Treitz até o ceco, cólon ascendente, transversal e descendente, lobo hepático direito, vesícula biliar e todo o grande omento. A hérnia foi corrigida como sutura e reforço de tela de polipropileno. Para fechamento do abdome foi necessário omentectomia para controle da pressão intra-abdominal. Recebeu alta do CTI no 4º dia PO e do hospital, no 12º dia. PACIENTE 02: Queixa de desconforto torácico esquerdo após as refeições. Antecedente de acidente de moto versus ônibus oito anos antes. A TC do tórax confirmou hérnia diafragmática à esquerda. Cirurgia realizada por toracotomia anterolateral e laparotomia. Na cavidade torácica, anel herniário de 10 cm, alças intestinais de delgado desde ângulo de Treitz até 30 cm antes do ceco, cólon transversal e descendente, baço, estômago e todo o grande omento. A hérnia foi corrigida como sutura em dois planos e reforço de tela de polipropileno. Para fechamento do abdome foi necessário realizar omentectomia para controle da pressão intra-abdominal. Recebeu alta do CTI no 3º dia PO e do hospital no 8º dia. PACIENTE 03: Queixa de tosse seca e dispneia aos médios esforços. Antecedente de ferimento por arma branca em transição toracoabdominal esquerda há seis anos. A TC do tórax confirmou hérnia diafragmática à esquerda. Cirurgia realizada por toracotomia anterolateral e laparotomia. Na cavidade torácica, anel herniário de 02 cm associado a eventração e paralisia diafragmática. Os defeitos foram corrigidos com plicatura e reforço de tela de polipropileno. Recebeu alta do CTI no 2º dia PO e do hospital no 7º dia. PACIENTE 04: Queixa de ortopnéia. Antecedente de queda de moto há cinco anos com fraturas de arcos costais. A TC do tórax confirmou hérnia diafragmática à esquerda. Cirurgia realizada por videotoracoscopia e laparotomia. Na cavidade torácica, anel herniário de 12 cm, alças intestinais de delgado e parte do cólon transversal e descendente, além de parte do grande omento. A hérnia foi corrigida com sutura em dois planos. Recebeu alta do CTI no 1º dia PO e do hospital no 7º dia. **Conclusão:** A hérnia diafragmática traumática é uma complicação de traumas na transição toracoabdominal. Porém a baixa suspeição no momento do trauma pode agravar o quadro ao longo prazo, pois a pressão negativa da cavidade torácica faz com que o conteúdo abdominal migre gradualmente para o tórax.

**PO163 DISSECÇÃO AÓRTICA TORÁCICA EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO: RELATO DE CASO**

BIANCA LOPES CUNHA; FRANCISCO ROMEL LIMA DE ARAÚJO; ADLLER GONÇALVES COSTA BARRETO; RAFAEL DIOGO CARNEIRO DE ARAÚJO; LUÍS EDUARDO SILVA BRAGA; RAFAEL BARBOSA DE AZEVEDO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

**Objetivos:** Relatar um caso de paciente politraumatizado com fratura de arcos costais, hemotórax bilateral e Dissecção de Aorta Torácica (DAT) diagnosticada 6 dias após mecanismo de trauma. **Método:** Revisão do prontuário nos hospitais terciários Instituto Dr. José Frota e Hospital de Messejana e revisão bibliográfica na base de dados uptodate. **Resultados:** Paciente masculino, 31 anos, vítima de acidente de motocicleta sofreu trauma contuso na região frontal do tórax. 6 horas após primeiro atendimento em unidade básica de saúde, foi encaminhado para emergência de hospital terciário, onde o exame físico e radiografia de tórax (RXT) evidenciaram fraturas de 5º, 6º e 7º arcos costais direitos, enfisema difuso em hemitórax direito (HTD) e murúrio vesicular diminuídos em base, sendo realizada drenagem em HTD. 6 dias após o

trauma, foi preciso também drenar hemitórax esquerdo (HTE), evidenciando hemotorax bilateral. Após o procedimento, paciente evoluiu com dor intensa em HTE. Novo RXT mostrou que o dreno esquerdo (E) foi posicionado próximo ao ápice do pulmão E, sendo esta a principal hipótese clínica. Todavia, o paciente ainda queixava-se de dor intensa, desproporcional à situação clínica, com irradiação para dorso e caráter "rasgante", associada a sudorese profusa e fria e turgência jugular, mesmo após o reposicionamento do dreno e do uso de analgésicos. Diante disso, foi realizada ultrassonografia em janela pericárdica, a qual descartou tamponamento cardíaco. A tomografia (TC) de tórax com contraste foi solicitada, revelando hipodensidade linear na região superior da aorta descendente, sugerindo DAT. O paciente foi encaminhado para hospital especializado. Lá, foi submetido a cirurgia endovascular eletiva com colocação de endoprótese percutânea. Evoluiu com febre e leucocitose, sendo iniciado antibioticoterapia. Ficou estável hemodinamicamente e teve os drenos retirados. **Conclusão:** A DAT é uma emergência que, devido à alta taxa de mortalidade, exige diagnóstico e terapêutica imediatos. É considerada rara, com incidência estimada entre 2,6 e 3,5 por 100.000 pessoas/ano, principalmente em homens com idade entre 60 e 80 anos. Vítimas de trauma torácico de desaceleração aguda, como no caso, raramente apresentam DAT clássica. A incidência de lesões de aorta torácica sem corte (ruptura ou transecção) em pacientes com trauma torácico fechado é de 1,5 a 2%. No caso da DAT por trauma, observa-se duas fases distintas: primeiramente, ocorre ruptura das camadas íntima e medial e, posteriormente, ruptura da camada adventícia. A duração de tempo entre as duas fases podem variar de segundos a anos, independente do mecanismo da força que resulta na lesão. Utilizamos o relato de caso para ilustrar um quadro clínico de dor torácica pós-trauma desproporcional a situação clínica. A hipótese diagnóstica principal para o caso relatado era o mau posicionamento do dreno torácico e, posteriormente, um tamponamento cardíaco. Levando em conta as repercussões do quadro clínico apresentado, o relato de caso reforça a recomendação de suspeita clínica para DAT em situações de sintomatologia prolongada, com dor torácica de instalação aguda e de forte intensidade.

**PO164 FRATURA BRÔNQUICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO**  
**FEDERICO ENRIQUE GARCIA CIPRIANO;** LYCIO UMEDA DESSOTE; FABIO CESSAR DOMINGUES FAVARA; ALFREDO JOSE RODRIGUES; WALTER VILLELA DE ANDRADE VICENTE; PAULO ROBERTO BARBOSA EVORA  
 HC-FMRP-USP, RIBEIRAO PRETO, SP, BRASIL

**Introdução:** A incidência das lesões traqueobrônquicas, nos traumas de tórax, varia de 0,3% a 1%. Embora raras, as lesões da traqueia e grandes brônquios cursam com taxas de letalidade em torno de 30%. Mesmo quando a correção cirúrgica é realizada, o óbito acontece em 14 a 25% dos pacientes, geralmente causado pelas lesões associadas. Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 18 anos, natural e procedente de Ribeirão Preto (SP), sem patologias prévias conhecidas. Motociclista, vítima de acidente contra ônibus (sem informações sobre cinética do trauma). Encontrado na cena do acidente, com capacete, acordado, porém com grave desconforto respiratório que indicou intubação orotraqueal imediata. Também com fratura exposta de membro inferior direito. Radiografias diagnosticaram pneumotórax volumoso à esquerda com atelectasia parcial do pulmão esquerdo e pequeno derrame pleural, submetido a drenagem pleural. Extubado após 48 horas de ventilação mecânica sem intercorrências. Oito horas após extubação apresenta severa insuficiência

respiratório com necessidade de reintubação orotraqueal (tentativa de mais duas vezes). No décimo sétimo dia após realização de traqueostomia (indicada pelas três falhas de extubação), evolução com atelectasia completa de pulmão esquerdo. Radiografia de tórax com atelectasia completa de pulmão esquerdo. Broncofibroscopia mostrou brônquio fonte esquerdo com estenose em fungo cego em sua porção distal. Conduzido para tratamento cirúrgico com via de acesso por toracotomia lateral esquerda. Achados intra-operatórios confirmaram a estenose de porção distal de brônquio fonte esquerdo que estendia-se até a carina secundária. Realizada broncoplastia em brônquio fonte esquerdo com ressecção cirúrgica segmentar da porção brônquica estenosa e anastomose brônquica término-terminal (da porção intermédia do brônquio fonte esquerdo com os óstios brônquicos do lobo superior e do lobo inferior do pulmão esquerdo). Boa evolução bem no CTI e também apresentou evolução favorável na enfermaria com drenos pleurais sequencialmente retirados e com decanulação e fechamento da traqueostomia prévia. Alta após 40 dias de hospitalização. **Discussão:** O tratamento destas lesões traqueobrônquicas diagnosticadas na fase tardia, e já acompanhadas de estenose brônquica total e atelectasia, podem variar desde broncoplastia até a pneumonectomia. A avaliação definitiva do parênquima pulmonar é macroscópica, feita durante o ato operatório. O grau de comprometimento do pulmão determina o tipo de operação. Preenchidas essas condições, geralmente, o pulmão readquire suas funções, mesmo decorridos vários anos após a lesão. Finalmente, acredita-se que os principais fatores que interferem na evolução dos pacientes com lesões traumáticas da traqueia e brônquios são grau de suspeita da lesão;; recursos hospitalares disponíveis, além das radiografias convencionais, principalmente a broncoscopia, e a experiência do cirurgião que determina o tratamento mais adequado para o caso.

**PO165 HÉRNIA DIAGRAMÁTICA TRAUMÁTICA A DIREITA**  
**RENATO TEIXEIRA SINISCALCHI**

HOSPITAL ESCOLA DE ITAJUBÁ, ITAJUBA, MG, BRASIL.

Masculino, 29 anos, deu entrada no setor de urgência e emergência do Hospital Escola vítima de colisão de automóvel. No momento da acidente estava em uso de cinto de segurança. Apresentava-se sudoreico e com queixa de dor toracoabdominal associado a dispnéia leve. Recebeu atendimento inicial ao politraumatizado e realizou exames de imagem que evidenciaram a laceração do diafragma e herniação hepática para a cavidade torácica. Foi prontamente submetido a tratamento cirúrgico por toracofrenolapatomia. Evolui bem no pós operatório Gostaríamos de compartilhar a experiência de hernia Diagramática traumática a direita que mais incomum que a esquerda e ressaltar a importância do diagnóstico precoce e tratamento imediato

**PO166 TORACOTOMIA NA SALA DE EMERGÊNCIA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA;** LARA GABRIELA FONSECA MARTINS; LARISSA PAIVA FRANCO; PABLO BORGES LEAL; ANDRESSA MIRANDA MAGALHAES; LUIZ FLÁVIO QUINTA JÚNIOR

ITPAC, ARAGUAINA, TO, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar caso de toracotomia de urgência após trauma de tórax, e comparar dados referentes ao procedimento à literatura. Metodologia: Estudo retrospectivo e descritivo, baseado em dados do prontuário e da necropsia de paciente atendido em serviço de urgência do Hospital regional de Araguaína. Relato de caso: Paciente masculino, 21 anos, chega ao pronto socorro do Hospital Regional de Araguaína

(HRA) com lesão penetrante por barra de ferro, no 3º espaço intercostal (EIC) esquerdo, na linha hemiclavicular. Deu entrada consciente, com quadro de instabilidade hemodinâmica, por choque hipovolêmico, já recebendo reposição volêmica, evoluindo com parada cardiorrespiratória (PCR). Foi instituída oxigênio suplementar por máscara, e realizada toracotomia de urgência. Esta foi realizada em ântero-lateral esquerda, com rápida dissecação muscular para abordagem cardíaca, início de massagem intratorácica e o possível de hemostasia. Paciente veio a óbito após 20 minutos de PCR, recebendo diagnóstico de laceração aórtica durante necropsia. **Discussão:** A toracotomia, como dito acima, deve ser realizada quando há indicação clara, ou seja, quando existe um maior benefício do que risco. Esta é uma intervenção que exige conhecimento, sendo realizada pelo cirurgião torácico ou cirurgião do trauma. No caso descrito, apesar da rápida realização deste procedimento, o paciente veio a óbito devido à gravidade de seu quadro, contudo é notável as características do caso que indicaram a toracotomia, dentre elas destacando-se a lesão penetrante na zona de ziedler, choque hemorrágico de foco torácico. Esta foi realizada ainda na sala de emergência, com o mínimo de suporte necessário, visando uma alternativa de salvar o paciente, reduzindo o tempo de hemorragia decorrente da transferência da sala de emergência até o centro cirúrgico. No caso relatado houve lesão aórtica, comprovada na necropsia, causa descrita na primeira curva trimodal de mortes do trauma, comprovando a boa atuação do transporte de emergência e sua dificuldade terapêutica.

#### **PO167** TRAUMA DE TÓRAX E FRATURA DE ESTERNO. RECONHECIMENTO DAS PRINCIPAIS LESÕES E TRATAMENTO CIRÚRGICO.

PEDRO LUÍS REIS CROTTI; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA; PAULO HENRIQUE ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA; VINÍCIUS GONÇALVES DE ALMEIDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABA, MT, BRASIL

**Introdução:** O trauma de tórax é uma das principais causas de morte dos pacientes politraumatizados. Representa cerca de 25% das mortes. A gravidade do trauma e sua letalidade é diretamente proporcional à força que atua sobre a parede torácica e ao quanto dessa força é transmitida para os órgãos intratorácicos. A lesão do osso esterno não é frequente nos pacientes politraumatizados graves que sobrevivem aos momentos iniciais do trauma e do tratamento das lesões por ele provocadas. Porém, reveste-se de importância o reconhecimento da lesão e suas potenciais complicações relacionadas ao trauma cardíaco e a contusão miocárdica e pulmonar. **Objetivo:** Descrever casos clínicos de pacientes politraumatizados graves, que apresentavam fratura do esterno e contusão miocárdica e pulmonar. Enfatizar a investigação clínica préoperatória, a estabilização clínica nas primeiras horas, a indicação do tratamento cirúrgico, as potenciais complicações do próprio trauma e do tratamento cirúrgico. **Resultados:** São abordados os aspectos clínicos e descritos as potenciais lesões intratorácicas que estes pacientes apresentavam, assim como a investigação de possíveis lesões devido à intensidade do trauma. Paciente (1) vítima de acidente automobilístico com quarenta dias de evolução foi submetido a tratamento cirúrgico, com reconstrução da fratura do esterno. Paciente (2) vítima de queda de grande altura em barragem, trabalhador da construção civil, apresentava instabilidade da parede torácica devido à fratura do esterno. Foi submetido à correção cirúrgica dois dias após o trauma. Dois casos (3) e (4) de luxação manúbrio-esternal, corrigidos cirurgicamente, com boa evolução. Paciente (5) vítima de queda de animal de tração (cavalo) com fratura de esterno,

laceração pericárdica, pneumopericárdio e laceração atrial direita tamponada. Submetido a esternotomia transversa, sutura atrial e retirada de coágulos intrapleurais/pericárdicos.

**Conclusão:** A suspeita e investigação de lesões internas no traumatismo torácico é obrigatória. O tratamento das fraturas, luxações do esterno e lesões intratorácicas associadas deve ser feito o mais precocemente possível.

#### **PO168** TRAUMA TORÁCICO - ESTUDO RETROSPECTIVO DE 217 CASOS

DAGJANE MARTINS FRAZÃO<sup>2</sup>; GERALDO ANTONIO MEDEIROS<sup>1</sup>; JOÃO ANTONIO AIRES DA MOTA TEODORO<sup>3</sup>; JOSÉ ARTHUR DANTAS BALDUINO<sup>2</sup>; JUAREZ CARLOS RITTER<sup>1</sup>; RIVALDO FERNANDES FILHO<sup>2</sup>

1. UFCE E HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL; 2. FCM E HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL.

TRAUMA TORÁCICO - ESTUDO RETROSPECTIVO DE 217 CASOS

Autor: Dagjane Martins Frazão<sup>1</sup>. **Co-autores:** Geraldo Antônio de Medeiros<sup>1</sup>, João Antônio Ayres da Motta Teodoro<sup>2</sup>, José Arthur Dantas Balduino<sup>3</sup>, Juarez Carlos Ritter<sup>1</sup>, Rivaldo Fernandes Filho<sup>1</sup>.

1 *Cirurgiões Torácicos do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes e da Universidade Federal de Campina Grande - Campina Grande - PB;* 2 *Acadêmico de Medicina da Faculdade de Ciências Médica de Campina Grande - FCM-CG;* 3 *Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.*

**Objetivo:** Realizar estudo retrospectivo com os pacientes submetidos a tratamento pelo serviço de cirurgia torácica do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, no ano de 2014, comparar os dados obtidos com a literatura atual e discutir dados epidemiológicos e condutas com relação ao traumatismo torácico. **Método:** Foram resgatados os prontuários dos pacientes atendidos no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes no período de Janeiro a Dezembro de 2014. Através destes foi organizado um protocolo com os dados envolvendo idades, gênero, tipo de lesão e tratamento realizado, a partir daí foi realizada análise estatística em valores absolutos, possibilitando a comparação do nosso serviço com a literatura atual. **Resultados:** Dos 217 pacientes analisados, observou-se uma prevalência maior do sexo masculino com 81,6% dos casos, sobre o sexo feminino com 18,4% dos casos. A idade variou entre 12 e 83 anos de idade, com uma média de 31,8 anos. Com relação ao tipo de lesão, 36% dos pacientes foram vítimas de traumatismo fechado, enquanto 64% foram vítimas de lesões penetrantes, sendo ferimentos por arma branca 36% e ferimentos por arma de fogo corresponderam a 28% das causas. Quanto à localização, 34,6% foram lesões torácicas em hemitórax direito, 53,4% em hemitórax esquerdo e 12% foram bilaterais. As lesões cardíacas corresponderam a 2,7% do total. A maioria dos pacientes foram tratados apenas com toracostomia com drenagem fechada, correspondendo a 73,2%, 9,6% necessitaram de toracotomia exploradora. A incidência de traqueostomias, seja por lesões laringo-traqueais ou por traumatismos extensos em face foi de 3,2%. Houve uma lesão de esôfago, em topografia cervical, correspondendo a 0,4% das abordagens realizadas pela cirurgia torácica; 13,6% dos pacientes realizaram outro tipo de abordagem cirúrgica, dentre elas explorações cervicais e reconstrução de parede torácica em caso de ferimentos extensos. **Conclusão:** Os dados obtidos em nosso serviço estão de acordo com os dados da literatura. Havendo maior incidência de trauma

torácico no sexo masculino, com média de idade por volta dos 30 anos. Quanto aos traumas penetrantes e fechados ocorre uma divergência importante quando comparado a outros estudos.

**PO169 TRAUMA TORÁCICO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 205 PACIENTES SUBMETIDOS À TORACOSTOMIA**

ANDRESSA MIRANDA MAGALHAES; PAULA MARTINS RODRIGUES; GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; HUGO WEYSFIELD MENDES; ANTONIO OLIVEIRA SANTOS JUNIOR; CARLOS AUGUSTO FARIA BICALHO VALENZUELA ITPAC, ARAGUAÏNA, TO, BRASIL.

**Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes, vítimas de trauma torácico, submetidos à toracostomia admitidos no serviço de emergência do Hospital Regional de Araguaína (HRA), referência em trauma no norte Tocantins e sul do Pará e Maranhão. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo baseado na coleta de dados dos prontuários de 205 pacientes, atendidos entre março de 2011 a dezembro de 2013, e preenchimento do formulário de pesquisa. **Resultados:** Dos 205 pacientes, 180 eram do sexo masculino com prevalência de idade entre 20 e 29 anos. Sobre as lesões, 41% eram traumas fechados e 59% traumas penetrantes, sendo desses 72,73% por arma branca, 25,62% por arma de fogo e 1,65% por outras causas. Quanto à localização das lesões, 20% encontravam-se na transição toracoabdominal; 6,8% na região dorsal; 1,5% na região precordial e 71,7% no restante da área torácica. Dos pacientes analisados, 24,9% eram instáveis hemodinamicamente e 75,1% eram estáveis hemodinamicamente. Nas lesões toracoabdominais, 39% apresentavam lesões diafragmáticas, diagnosticadas por laparotomia, e destes, 37,5% eram instáveis. A injúria torácica predominante foi o hemopneumotórax (61%), seguido de hemotórax (25,9%). Associada aos diagnósticos imperativos de toracostomia, encontrava-se a fratura de arcos costais em 21,5% dos casos. Como procedimento cirúrgico realizado, além da drenagem torácica do hemitórax atingido, 15 pacientes foram submetidos à toracotomia exploradora e 14 pacientes a decorticação pulmonar. Em relação às lesões associadas ao trauma torácico, as três primeiras lesões mais incidentes foram: 66 (32,2%) trauma músculo-esquelético; 44 (21,5%) trauma abdominal; 34 (16,6%) trauma crânio-encefálico. Pacientes sem lesão associada constituíram-se 57 casos (27,8%). A taxa de óbito do presente estudo foi de 6,8%. **Conclusões:** O paciente atendido no HRA de trauma torácico mais frequente é o homem jovem, com ferimento penetrante por arma branca, estável hemodinamicamente, apresentando hemopneumotórax e com alta probabilidade de sobrevivência. Dessa forma, a descrição do perfil dos pacientes bem como o tratamento realizado pode auxiliar na otimização dos protocolos de atendimentos e nas políticas públicas locais à prevenção desses agravos. As feridas torácicas são responsáveis por 20% de todas as mortes por trauma e por mais de 30% das lesões traumáticas. Uma parcela desses pacientes não necessita de nenhum outro tipo de procedimento e, entre aqueles que necessitam, a drenagem pleural é o suficiente em 85% dos casos. Este estudo demonstra que a mortalidade é baixa quando as medidas iniciais são instituídas rapidamente por equipe cirúrgica bem treinada e quando o hospital é de referência para o atendimento de grandes traumatizados. 1) Botter M, Saad Junior R, Giannini JA, Dorgan Neto, V. Pleural drainage due to thoracic trauma. J. pneumol; 22(2):59-64, mar. -abr. 1996.

**PO170 TÓRAX INSTÁVEL COM FRATURA DO ESTERNO E HEMOPNEUMOTÓRAX BILATERAL: RELATO DE CASO**

HUGO VEIGA SAMPAIO DA FONSECA; ORIVAL FREITAS FILHO; JOSÉ RIBAS MILANEZ DE CAMPOS; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Contexto:** O trauma torácico está associado a alta morbimortalidade devido a gravidade de lesões intratorácicas. A presença do tórax instável favorece um pior desfecho pela permanência prolongada em assistência ventilatória e ocorrência de infecções relacionadas a assistência. Diferentemente das fraturas de costelas, ainda não há consenso quanto ao melhor tratamento de fraturas de esterno, possibilitando diferentes condutas e técnicas cirúrgicas. **Objetivo:** relatar caso de trauma torácico complexo por acidente automobilístico, com fratura isolada de esterno, contusão pulmonar e hemopneumotórax bilateral, bem como a correção vídeoassistida e a técnica de fixação de do esterno **Discussão:** A toracosopia vídeoassistida é uma ferramenta de grande utilidade nos traumas torácicos com hemotórax refratário a drenagem pleural e na suspeita de lesão diafragmática. A fixação precoce da fratura de esterno no contexto do tórax instável favorece recuperação mais rápida. Não há uma técnica de fixação padrão, já que carecemos de mais estudos validativos de maior impacto.

**PO171 UTILIZAÇÃO DO TUBO DE MONTGOMERY PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA EM ESÔFAGO CERVICAL**

FERNANDO LUIZ WESTPHAL<sup>1</sup>; LUIZ CARLOS DE LIMA<sup>1</sup>; JOSÉ CORREIA LIMA NETTO<sup>2</sup>; MARCELO REZENDE MONTEIRO<sup>3</sup>; MAURISSATHLER ABREU NERI<sup>2</sup>; LINCOLN JOSE TRINDADE MARTINS<sup>3</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 2. ICEAM, MANAUS, AM, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS, AM, BRASIL.

Utilização do Tubo de Montgomery para Tratamento de Fístula em Esôfago Cervical **Objetivo:** Verificar os resultados do tratamento pacientes com fistula esofágica cervical com a utilização do Tubo T de Montgomery. **Método:** Análise retrospectiva de casos de perfurações esofágicas cervicais com fistulas esofagocutâneas e sepsis. **Resultados:** A média idade dos pacientes foi de 39 anos, sendo dois pacientes do sexo feminino (66. 6%) e um paciente do sexo masculino (33. 4%). A etiologia foi pós-tireoidectomia (1), ferida por ferimento por arma branca (1) e pós retirada de balão gástrico. A média do tempo decorrido entre a lesão e a intervenção cirúrgica foi 15,6 dias. As condições clínicas dos pacientes no momento da intervenção estavam assim distribuídas – todos apresentavam exteriorização de saliva pela região cervical, com sinais de infecção em todo o trajeto fistuloso e tecidos cervicais adjacentes. As duas pacientes apresentavam sinais de septicemia por mediastinite, e uma delas ainda apresentava empiema pleural. O tratamento instituído foi – exploração cervical com rafia da lesão e colocação de tubo de Montgomery pela linha da sutura em dois casos e abaixo da linha de sutura em um caso. Além disto todos os pacientes foram submetidos a gastrostomia – dois via endoscópica e um via aberta para manter o aporte calórico. Os dois pacientes com mediastinite foram drenados via cervical e um deles, que estava com empiema, por videotoracosopia direita. Os pacientes evoluíram no pós-operatório com resolução da fistula e recuperação do quadro infeccioso. Inicialmente o ramo externo do Tubo de Montgomery permanecia aberto e após cerca de 15 dias era realizado o fechamento deste ramo. Os pacientes ficaram em média 60 dias com o Tubo de Montgomery e a retirada foi acompanhada pela equipe de Endoscopia, que após a retirada do Tubo ocluíram o orifício do esôfago com Surgisys, um dispositivo para tratamento endoscópico de fistulas entéricas.

Dois pacientes tiveram o fechamento imediato da fistula, e em um paciente o plug de Surgisys® mobilizou e a fistula fechou em 05 dias. **Conclusão:** A utilização do tubo t de Montgomery é uma alternativa viável para utilização em pacientes com fistula esofágica cervical, provavelmente por desvio da fistula externamente, permitindo que o processo de resolução da infecção local e sistêmica se concretize.

## VIA AÉREA (LARINGE, TRAQUÊIA E BRÔNQUIOS)

### **PO172** ANÁLISE DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRAQUEOPLASTIA POR ESTENOSE TRAQUEAL

AIRTON SCHNEIDER<sup>1</sup>; LIZ LOPES SOMBRIO<sup>2</sup>; ARTHUR VIEIRA<sup>2</sup>; MARIA TERESA RUIZ TSUKAZAN<sup>2</sup>; JOSE ANTONIO FIGUEIREDO PINTO<sup>3</sup>

1. ULBRA, CANOAS, RS, BRASIL; 2. HSL - PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

**Introdução:** Estenose traqueal é uma patologia prevalente no nosso meio devido às condições estruturais das UTIs e o perfil jovem do paciente, usualmente traumatizado. Dependendo da localização e do tipo de estenose, a cirurgia pode ser a única forma de resolução. O objetivo deste trabalho foi avaliar os pacientes submetidos a traqueoplastia em dois hospitais universitários. **Métodos:** Estudo descritivo transversal retrospectivo de pacientes submetidos a cirurgia no período de 2009 à 2014. **Resultados:** 106 pacientes foram submetidos a 117 cirurgias. A média de idade foi 52 anos (15-72 anos) predominantemente homens (77%). A etiologia da estenose traqueal foi 83% pós-entubação orotraqueal, 3% idiopática e 14% estenose da traqueostomia. A extensão média de traqueia ressecada foi de 2,5 cm, variando de 1,5 c, até 7 cm. Trinta e cinco pacientes foram submetidos à ressecção complexa. Em um dos serviços inicialmente foi utilizado o ponto do mento ao esterno, que foi abandonado com o tempo. Não houve um índice maior de complicação e os resultados são superponíveis. Não houve óbito nesta série. As complicações verificadas foram: paralisia de recorrente unilateral em 4 casos (3,7%), hematoma em 3 (3%) e infecção em 5 (4,7%). Sete casos (6,6%) não puderam ser decanulados e continuam com traqueostomia ou prótese em T. Uma paciente foi laringectomizada. A análise multivariada determinou que a extensão da ressecção, o tipo de estenose, traqueostomia prévia não foram fatores importantes. Apenas o evento cardíaco como causa isolada foi, de forma estatística, determinante de mau prognóstico. **Conclusão:** A estenose traqueal pode ser tratada de forma segura e pode-se esperar bons resultados do tratamento cirúrgico. Nesta série apenas 6,6% dos casos não conseguiram ser decanulados com a ressecção e anastomose término-terminal.

### **PO173** AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE TABAGISMO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DE TERESINA, PI

ALANNA CARLA FARIAS COUTO; CINTIA MARIA DE MELO MENDES; DANILO GONÇALVES DANTAS; GUILHERME HOLANDA BEZERRA; JOÃO PAULO DA SILVA BATISTA CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA, PI, BRASIL.

**Introdução:** A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que globalmente mais de 1 bilhão de pessoas fumem tabaco, e que aproximadamente por ano 5 milhões de mortes serão atribuídas ao tabaco. **Objetivo:** avaliar a prevalência de tabagismo entre estudantes de um centro universitário, em Teresina, Estado do Piauí. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo e prospectivo.

Duzentos e seis acadêmicos de Medicina entre 17 e 36 anos, regularmente matriculados entre o primeiro e oitavo período, responderam a um questionário adaptado da OMS autoaplicável, individual e sigiloso, no segundo semestre de 2013. O Questionário de Fagerstrom foi aplicado aos fumantes. **Resultados:** 58,3% eram do sexo feminino e 41,7% do sexo masculino. Observou-se que apenas um se considerava fumante, não sabia afirmar se desejava cessar o hábito, e seu grau de dependência foi considerado leve conforme Questionário de Fagerstrom; e um se considerava ex fumante. **Conclusão:** A prevalência de fumantes entre alunos do curso de Medicina foi a menor quando comparado à literatura e também menor que a população do Estado do Piauí. A maioria dos acadêmicos nunca sentiu vontade de fumar e muda de lugar quando alguém fuma por perto.

### **PO174** BRONCOPLASTIA VÍDEO-ASSISTIDA COM PRESERVAÇÃO TOTAL DO PULMÃO: RELATO DE CASO DE CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DO BRÔNQUIO INTERMEDIÁRIO

RICARDO SALES DOS SANTOS<sup>1</sup>; JULIANA PEREIRA FRANCESCHINI<sup>1</sup>; MARIO CLAUDIO GHEFTER<sup>1</sup>; RODRIGO LEONARDO PASSOS CARVALHO BAHIA SAPUCAIA<sup>2</sup>; HEITOR LIMA MEDEIROS<sup>2</sup>; JULIANA CRISTINA PERES<sup>1</sup>

1. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA, SALVADOR, BA, BRASIL.

**Objetivo:** O carcinoma mucoepidermóide é uma neoplasia infrequente da árvore traqueobrônquica, representando cerca de 0,1% a 0,5% das neoplasias primárias do pulmão. Sua localização endobrônquica preferencialmente causa sintomas respiratórios obstrutivos e pneumopatias de resolução lenta. Normalmente são tumores de crescimento lento; contudo, podem apresentar comportamento agressivo com invasão local e metástases para linfonodos, a depender das suas características histopatológicas. O tratamento de eleição é o cirúrgico, com ressecção completa, seja por meio de lobectomia ou broncotomia com broncoplastia. O objetivo deste estudo é relatar um caso de carcinoma mucoepidermóide de baixo grau, cujo tratamento foi realizado por vídeo-cirurgia com preservação pulmonar. **Método:** Relato de caso com revisão bibliográfica narrativa. **Resultados:** Paciente de 33 anos, sexo feminino, sem histórico de tabagismo, com queixa de sibilos e hemoptise. O exame físico revelou a presença de sibilos localizados à direita. Resultado da tomografia computadorizada do tórax mostrou lesão polipoide em bronquio intermediário direito, sem sinais de extensão extra brônquica; foi submetida à biópsia por broncoscopia que evidenciou carcinoma mucoepidermóide, estadiamento clínico T1N0M0. Foi realizado tratamento cirúrgico para ressecção do bronquio intermediário e posterior broncoplastia com anastomose do bronquio fonte direito (em conjunto com lobo superior) aos lobos médio e inferior; procedimento realizado de forma vídeo-assistida (3 acessos). Estudo anatomopatológico demonstrou margens cirúrgicas livres de malignidade, com o diagnóstico histopatológico de carcinoma mucoepidermóide de baixo grau. A paciente evoluiu sem intercorrências após a abordagem cirúrgica, sendo possível a alta hospitalar em quatro dias. **Conclusões:** O tratamento dos carcinomas mucoepidermóides é essencialmente cirúrgico. Os de baixo grau podem ser completamente removidos com ressecções econômicas e, mais comumente, por meio de lobectomias. O tipo da ressecção dependerá da localização do tumor. A broncotomia com excisão local e reconstrução por broncoplastia, quando possível, tem excelentes resultados, com sobrevida em cinco anos de até 80%. Já os carcinomas mucoepidermóides de alto grau devem ser tratados de forma

similar aos carcinomas brônquicos, com margens amplas e dissecação linfonodal mediastinal. Nesses casos a sobrevida em cinco anos é de 31%. Esse tipo de tumor pode ser tratado de maneira satisfatória com abordagem minimamente invasiva, com bons resultados oncológicos e funcionais.

**PO175 BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL COM ELETRICAUTERIZAÇÃO PARA DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA**  
**ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; MARCIA JACOMELLI; IUNIS SUZUKI; ADDY MAJIA PALOMINO; PAULO ROGERIO SCORDAMAGLIO; PRISCILA MATHEUS**  
*H. ALBERT EINSTEIN, SAO PAULO, SP, BRASIL*

**Introdução:** A obstrução endobrônquica por tumores benignos ou malignos pode ser responsável por sintomas respiratórios com gravidade diversa, podendo se apresentar com tosse crônica, asma, pneumonias de repetição até quadros de insuficiência respiratória. O manejo endoscópico destas lesões mudou nos últimos anos, devido ao surgimento de novos equipamentos de broncoscopia flexível, bem como das técnicas anestésicas. Os procedimentos minimamente invasivos oferecem um tempo de internação menor, sem perder a segurança e o benefício para o paciente. Através de técnicas endoscópicas, atualmente podemos melhorar o quadro clínico por ressecções parciais de lesões obstrutivas. Eventualmente a ressecção pode ser também curativa. **Objetivo:** relatar a desobstrução endobrônquica por broncoscopia. **Casística e Método:** Relatamos a desobstrução brônquica realizada em três pacientes, com broncoscópio flexível e anestesia geral com máscara laríngea ou intubação traqueal. **Resultados:** **Paciente 1:** masculino, 44 anos com dispneia aos esforços e um episódio de pneumonia. Diagnosticado hamartoma em LSE, sendo realizada a desobstrução e ressecção com alça de polipectomia, eletrocautério e bisturi de Argônio; **Paciente 2:** masculino, 30 anos com pneumonia de repetição. Obstrução brônquica por hamartoma em segmento medial do lobo médio. Foi realizada a desobstrução e ressecção com alça de polipectomia e eletrocautério; **Paciente 3:** feminina, 46 anos com insuficiência respiratória aguda e hemoptise. Lesão obstrutiva em brônquio principal direito por Leiomiossarcoma metastático. Realizada a desobstrução brônquica com alça de polipectomia, e bisturi de Argônio e eletrocautério. O tempo médio dos procedimentos foi ao redor de uma hora, com um dia de internação (hospital-dia). **Conclusão:** a desobstrução brônquica por broncoscopia com eletrocautério é uma técnica minimamente invasiva e exequível para o tratamento endoscópico de alguns tumores de vias aéreas.

**PO176 BRONQUIECTASIA CÍSTICA GRAVE PÓS-INFECIOSA: RELATO DE CASO**

**PABLO BORGES LEAL; JASSÔNIO MENDONÇA LEITE; EMANUELL FELIPE SILVA LIMA; CARLOS AUGUSTO FARIA BICALHO VALENZUELA; LUÍS FERNANDO D'ALBUQUERQUE E CASTRO; HUGO WEYSFIELD MENDES**  
*INSTITUTO TOCANTINENSE PROFESSOR ANTÔNIO CARLOS, ARAGUAINA, TO, BRASIL*

**Objetivos:** Definir as principais etiologias relacionadas à bronquiectasia além do manejo clínico indicado para o caso relatado. Determinar as principais manifestações clínicas e achados radiológicos presentes na paciente. **Métodos:** A metodologia utilizada neste trabalho foi baseada em pesquisa de periódicos na base de dados Bireme e PubMed com referência em pneumologia. Os limites convencionais foram a Língua Portuguesa e Língua Inglesa **Resultados:** Após um completo acompanhamento com a paciente, foi estabelecido suas principais alterações clínicas e radiológicas. A revisão de todos os sistemas orgânicos foram executadas

com clareza e constatou-se um comprometimento moderado a grave no aparelho respiratório. O que mais chama atenção para o caso em questão é a falta de evidências de casos na família de Fibrose Cística, além da paciente relatar apenas um passado de infecção que culminou e coincidiu com o início do quadro. **Conclusão:** É sabido que as bronquiectasias são complicações patológicas graves e sua principal causa nos países em desenvolvimento, nos dias de hoje, é a pós-infeciosa. Já nos países da América do Norte e Europa, destaca-se a fibrose cística. A bronquiectasia é uma entidade clínica que pode fazer parte da história natural de diversas condições que, ou favorecem infecções de repetição ou que alterem a estrutura morfofuncional do trato respiratório, levando a danos irreversíveis nas vias aéreas. Esta por sua vez apresenta-se como um dos componentes estruturais, tida por vezes até como principal achado na investigação das doenças que a causam. Embora apenas metade dos pacientes consigam ter seu diagnóstico etiológico definido, é de fundamental importância que na avaliação dos doentes com diagnóstico de bronquiectasias possa-se investigar a fundo as diferentes etiologias desta complicação, uma vez que isto influencia tanto na relação médico-paciente, quanto nas condutas tomadas em cada caso. Nestas condições, o tratamento costuma ser dirigido para a condição básica e para a profilaxia das infecções de repetição. A radiologia é de fundamental importância nestes casos, pois a diferenciação de bronquiectasias difusas e focais ajuda consideravelmente no plano terapêutico destes pacientes. Em razão disso, torna-se importante uma minuciosa avaliação radiológica para auxiliar na classificação clínica das bronquiectasias, com o papel cada vez mais ativo da Tomografia Computadorizada de Alta Resolução, a qual tende a correlacionar-se com os tipos de bronquiectasia e suas características, embora os padrões possam ser mistos. Esta tecnologia, atualmente, tem ajudado bastante no entendimento da etiologia da doença e no manejo terapêutico, bem como na gravidade e a exacerbação dos sintomas. Em geral, bronquiectasia é uma doença subestimada, não só na prevalência e incidência, mas também na sua capacidade de causar grande morbidade e mortalidade. Por isso torna-se, necessário mais pesquisas sobre os mecanismos fisiopatológicos subjacentes da bronquiectasia não relacionada à fibrose cística, e consequentemente, definição de novas condutas terapêuticas que modifiquem o curso da doença.

**PO177 BRONQUIECTASIA PÓS-TUBERCULOSE UM ESTUDO ETIOLÓGICO**

**FERNANDA ALBUQUERQUE DA SILVA<sup>1</sup>; ARTEIRO QUEIROZ MENEZES<sup>2</sup>; CARLOS VITOR OSORIO OLIVEIRA<sup>1</sup>; CRISTINA TEIXEIRA LEÃO<sup>2</sup>; MAYKON DA SILVEIRA DIAS<sup>3</sup>**

1. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 2. FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL; 3. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

**Objetivos:** Identificar os fatores relacionados à ocorrência de bronquiectasias em pacientes submetidos a tratamento para tuberculose na Fundação Hospital Adriano Jorge (Manaus-AM); avaliar o perfil sócio-econômico-cultural desta população; e, avaliar a morbidade e mortalidade desta população. **Metodologia:** Estudo observacional descritivo retrospectivo de análise de dados de prontuários de pacientes portadores de bronquiectasia pós-tuberculose no período de setembro de 2013 a setembro de 2014. **Resultados:** Foram avaliados 23 pacientes com diagnóstico de bronquiectasia pós-tuberculose. Treze (56,52%) eram mulheres, sendo a média de idade de 54 anos. A média de idade na época do diagnóstico da tuberculose era de 20 anos. Doze (52,17%)

apresentaram hemoptise à época do diagnóstico, 4 (17,39%) febre, 3 (13,04%) tosse associada a febre e 4 (17,39%) hemoptise e febre associados. A média de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 135 dias. Treze (56,52%) tinham renda salarial até 2 salários mínimos e 17 (73,91%) possuíam apenas ensino fundamental. **Conclusão:** Observamos como dados de relevância nesta população e que podem contribuir para a etiologia da bronquiectasia, o longo tempo entre o início do quadro e o início do tratamento, além da incidência de hemoptise.

#### **PO178** CISTO BRONCOGÊNICO: ANÁLISE DE QUATRO CASOS

**ANDRESSA MIRANDA MAGALHAES;** RENATA CUNHA ALENCAR; GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; ALEXANDRE ERNESTO POZZEBON MOURÃO; HUGO WEYSFIELD MENDES ITPAC, ARAGUAINA, TO, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar quatro casos de pacientes com cisto broncoagênico admitidos no Hospital Regional de Araguaína (HRA), os principais sintomas durante o diagnóstico e a conduta terapêutica adotada. **Método:** Foi realizada uma análise retrospectiva aos prontuários de todos os pacientes com cisto broncoagênico no departamento de cirurgia torácica do HRA no período de 2011 a 2013. Após a coleta, os dados foram fundamentados na literatura pertinente. **Resultados:** Nessa casuística 50% apresentaram dispnéia moderada e os outros 50% eram assintomáticos no momento do diagnóstico. A média da idade foi de 44,7 anos com predomínio no sexo masculino. Todos os pacientes realizaram radiografia e tomografia computadorizada do tórax. Foram submetidos à toracotomia exploratória pósterolateral, a maioria com exérese de cisto e um com segmentectomia pulmonar direita, este último progredindo com complicações de laceração traqueal no momento da intubação. Dentre os casos, três evoluíram satisfatoriamente. **Conclusão:** Apesar de ser uma amostra pequena e em um intervalo curto, precisando de acompanhamento para avaliar futuras complicações e recidivas, o estudo demonstrou a experiência de um serviço novo na região norte do país, e os casos foram desenvolvidos com estatísticas semelhantes à literatura atual.

#### **PO179** COMPLICAÇÕES DE TRAQUEOSTOMIA NO PERÍODO DE SETEMBRO DE 2012 À MARÇO DE 2014 EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE DO TOCANTINS.

**LARISSA PAIVA FRANCO;** ANDRESSA MIRANDA MAGALHAES; GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; CAMILA DE ALMEIDA BRAGA; HUGO WEYSFIELD MENDES; ANDRESSA LORENA NEGRI

ITPAC, ARAGUAINA, TO, BRASIL.

**Objetivos:** apresentar a incidência de complicações relacionadas a traqueostomia e quais as mais frequentes no hospital de referência da cidade de Araguaína/TO, comparar os resultados com os de outros centros e expor medidas para diminuir sua incidência. **Métodos:** foi realizado um estudo transversal retrospectivo de pacientes submetidos a traqueostomia no Hospital Regional de Araguaína, no período de Setembro de 2012 à Março de 2014. Os dados foram obtidos a partir do registro de pacientes mantidos no Arquivo de Prontuários Médicos do hospital e coletados através de um questionário pré estabelecido. **Resultados:** Cento e trinta e oito pacientes foram incluídos na pesquisa, destes, 57,25% dos pacientes são do sexo masculino e 42,75% são do sexo feminino. Complicações relacionadas a traqueostomia foram encontradas em 34,78% dos pacientes. Destes, 3,62% apresentaram complicações intra-operatórias (até 24 horas), 31,88% tiveram complicações pós-operatórias precoces (1-14 dias) e 9,42%

apresentaram complicações pós-operatórias tardias (mais de 14 dias). A principal complicação intra-operatória que ocorreu foi a hemorragia, em 3,62% dos pacientes. Dentre as complicações pós-operatórias precoces, podemos citar a hemorragia em 23,91%, infecção do estoma em 5,07%, obstrução de cânula em 2,17% e decanulação em 0,72%. Dentre as complicações pós-operatórias tardias pode-se citar a hemorragia em 1,45% dos pacientes, pneumonia em 5,07%, estenose traqueal em 2,17% e disfonia em 0,72%. **Conclusão:** Não houve nenhum óbito diretamente provocado pela traqueostomia. Pacientes na sétima década de vida e homens foram mais submetidos a traqueostomia. Preponderância masculina provavelmente devido à sua maior susceptibilidade a eventos traumáticos, semelhante ao que ocorre em outros estudos. A taxa global de complicação foi de 34,78%, comparável com os diversos trabalhos. Houve semelhança também nas taxas de complicações intra-operatórias, consideradas baixa. A taxa de complicações pós operatórias precoces foi mais elevada que o demonstrado em outros estudos, e a de complicações pós-operatórias tardias foi menor. A dificuldade do acompanhamento dos pacientes após receber alta hospitalar ou o não acesso às fichas ambulatoriais subestima o número de complicações pós-operatórias tardias; e a falta de notificações nos prontuários sobre adversidades no pós-operatório precoce também contribui, possivelmente, para diminuir esses casos nos diversos trabalhos. A maioria das complicações podem ser sanadas com medidas simples e não requerem novas intervenções cirúrgicas. Complicações e óbitos associadas à traqueostomia são em sua maioria evitáveis se o procedimento for realizado com cautela, por cirurgiões treinados e em hospital com infra-estrutura adequada.

#### **PO180** CORPO ESTRANHO TARDIO, OSSO DE GALINHA, EM PACIENTE ADULTO DE RORAIMA: RELATO DE CASO.

**TAO MACHADO<sup>2</sup>;** LUIZ FERNANDO JUNGUES FILHO<sup>3</sup>; AMON RHEINGANTZ MACHADO<sup>4</sup>; TIAGO MENDONÇA DIAS<sup>4</sup>; ALEXANDRE RIBAS KLIPPEL<sup>5</sup>; HELDER BERNARDINO DA SILVA<sup>4</sup>

1. CIRURGIÃO TORÁCICO - HGR - UFRR, BOA VISTA, RR, BRASIL; 2. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL - HGR, BOA VISTA, RR, BRASIL; 3. PNEUMOLOGISTA - HGR - UFRR, BOA VISTA, RR, BRASIL; 4. INTERNO - HGR - UFRR, BOA VISTA, RR, BRASIL; 5. RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA - HGR, BOA VISTA, RR, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar e discutir caso de obstrução brônquica por corpo estranho, diagnosticado após investigação etiológica de empiema pleural. **Método:** Relato de caso estruturado por meio de coleta de dados secundários, oriundos de revisão de prontuário médico e revisão de literatura. O prontuário médico foi consultado mediante assinatura do termo de confidencialidade e sigilo com a instituição e a revisão bibliográfica foi realizada mediante busca nos bancos de dados do Portal de Periódicos da Capes, da Scientific Electronic Library Online (SciELO), U. S. National Library of Medicine (PubMed) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com os descritores: Corpo estranho; traqueobrônquico; atelectasia obstrutiva. **Desenvolvimento:** O paciente N. P. A. , 46 anos foi assistido pela equipe médica do Hospital Geral de Roraima em Maio de 2014, quando deu entrada no Pronto Atendimento com queixa de dispnéia aos médios esforços, associada a dor no hemitórax direito, náuseas, tosse produtiva e perda ponderal de 15 quilos em 3 meses. Negava febre. Referia internação prévia por pneumonia três meses antes. Etilista diário e tabagista desde os 12 anos. Apresenta seqüela de Poliomielite com hipotrofia e paralisia de MMII. A radiografia simples de entrada apresentava hidropneumotórax extenso a direita. Foi

submetido a coleta de sangue para exames laboratoriais de rotina e toracocentese diagnóstica, que evidenciou líquido purulento e fétido, após o que a drenagem pleural com débito imediato de 800ml de líquido francamente purulento e fétido foi realizada. Apresentou melhora clínica considerável após a drenagem torácica, porém, o controle radiológico simples evidenciou que o lobo inferior não expandiu adequadamente e ocorreu leve desvio mediastinal ipsilateral. Realizada tomografia computadorizada de tórax, mostrava o dreno bem posicionado na área da coleção pleural, atelectasia e hepatização parciais do lobo inferior direito e imagem hiperdensa no interior de árvore brônquica direita. Baseado nisso, o paciente foi submetido a broncoscopia que identificou a presença de um osso de galinha impactado em brônquio intermediário, sendo retirado com pinça tipo "jacaré" sem intercorrências. Questionado novamente, o paciente não recordava de nenhum episódio de broncoaspiração, mas assumiu que ingeria bebida alcoólica associada a anticonvulsivantes, e por vezes ficava inconsciente. Após procedimento, paciente apresentou melhora clínica e radiológica gradual, com redução do débito do dreno de tórax. Permaneceu com drenagem em selo d'água por 14 dias, sendo posteriormente mantido em pleurostomia aberta por 4 semanas. Apresentou evolução clínica e radiológica satisfatórias, obtendo alta ambulatorial após 2 meses de acompanhamento. **Conclusão:** Corpo estranho na árvore traqueobrônquica em adultos não é tão frequente como nas crianças, mas, assim como as neoplasias, devem ser obrigatoriamente lembradas nos casos de empiemas pleurais complicados e atelectasias. A forma de apresentação clínica, o fato do paciente não recordar-se de episódio de broncoaspiração e o tipo de corpo estranho fazem deste um caso singular, que merece destaque.

#### **PO181** DESCONEXÃO LARINGOTRAQUEAL NO TRATAMENTO DA PNEUMONIA ASPIRATIVA

LUCY ANNE LOPES MELO<sup>2</sup>; MANOEL XIMENES NETTO<sup>2</sup>; MARCOS AMORIM PIAUILINO<sup>3</sup>; HUMBERTO ALVES DE OLIVEIRA<sup>3</sup>; FLÁVIO BRITO FILHO<sup>5</sup>; EDUARDO N. F. XIMENES<sup>2</sup>  
1. HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2. HOSPITAL SANTA LÚCIA, ASA SUL, DF, BRASIL; 3. HOSPITAL SANTA LUZIA, ASA SUL, DF, BRASIL; 4. HOSPITAL SANTA HELENA, ASA NORTE, DF, BRASIL.

**Objetivo:** Aspiração é definida como entrada de alimento ou secreções dentro da via aérea, abaixo das pregas vocais. A causa mais comum de aspiração severa é a disfunção neuromuscular como sequela de AVC, Parkinson, Alzheimer, Esclerose Lateral Amiotrófica, entre outras, contribuindo para aumento da morbimortalidade nesse grupo de pacientes. O acompanhamento deve ser multidisciplinar e a falha no tratamento conservador associada a longo período de suplementação nutricional são indicações para tratamento cirúrgico. A desconexão laringotraqueal é uma opção segura, sendo a fístula salivar, devido à reconexão parcial, a complicação mais comum, porém poucos casos são reoperados. Considerando ser uma técnica segura, o objetivo desse trabalho é expor características e resultados dos pacientes operados. **Método:** Foram analisados vinte e oito pacientes submetidos a desconexão laringotraqueal por pneumonia aspirativa devido à disfunção neuromuscular secundária a AVC, Parkinson, paralisia cerebral e Alzheimer. As características avaliadas foram sexo, idade, diagnóstico principal, presença de traqueostomia prévia, positividade no teste com iodo, reforço muscular em coto proximal, uso de selantes e taxa de reoperação. **Resultados:** Vinte e oito pacientes foram submetidos à desconexão laringotraqueal, entre 2009 e 2014, sendo 17 pacientes do sexo masculino

(60%), os diagnósticos mais frequentes foram AVC (39,3%), Parkinson e paralisia cerebral (10,7% cada) e Alzheimer (7,2%), a média de idade foi 57,6 anos (os extremos foram 15 e 88 anos) e 46,4% dos pacientes tinham traqueostoma prévio. O teste com iodo foi realizado em doze pacientes e foi positivo. Em 23 pacientes foi usado reforço muscular no coto proximal (83%) e selantes em 09 (33%). Três pacientes (10,7%) evoluíram com fístula salivar mesmo com reforço muscular, requerendo segundo procedimento com resultados satisfatórios. Não houve óbito no pós-operatório imediato. **Conclusões:** Pacientes com sequelas neuromusculares podem apresentar pneumonia por aspiração severa. Na falha do tratamento conservador e multidisciplinar, a cirurgia se faz necessária, sendo a desconexão laringotraqueal uma opção segura, com resultados satisfatórios. Reforço muscular no coto proximal não evitou fístula salivar.

#### **PO182** DIAGNÓSTICO DE PAPILOMA E HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICOS CONCOMITANTES APÓS INSUCESSO DE TRATAMENTO PARA SINUSITE CRÔNICA: RELATO DE CASO. LUCAS DE OLIVEIRA SASSI<sup>1</sup>; ÁLISON HOLSTEIN<sup>1</sup>; LÚCIO SORDI MACEDO<sup>2</sup>; THIAGO LEANDRO MARCOS<sup>2</sup>; MAURICIO PIMENTEL<sup>2</sup>; FÁBIO MAY DA SILVA<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

**Objetivo:** Os tumores benignos do pulmão são neoplasias raras, que correspondem a apenas um 1% das lesões ressecadas. O hamartoma é o tumor benigno mais comum, contudo, a localização endobrônquica, com sinais de obstrução, é rara. O papiloma é um tumor raro entre os tumores benignos do pulmão. Objetiva-se relatar um caso de ressecção endoscópica de dois tumores endobrônquicos sésseis, com tipos histológicos distintos, em paciente com diagnóstico clínico de sinusite crônica. **Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** C. F., 69 anos, masculino, aposentado, não tabagista, procurou atendimento médico em virtude de dificuldade ventilatória e tosse crônica, diária, que ocorria durante todo o dia, sendo exacerbada no período noturno. A tosse era produtiva, com secreção hialina, sem sangue. Também apresentava sibilos e dispneia aos médios e pequenos esforços. Negava febre e emagrecimento durante o período. Após realização de raio-x de seios da face, recebeu tratamento com antibiótico para sinusite crônica e broncodilatadores para crises de dispneia e tosse. O quadro clínico persistiu, sendo então encaminhado a outro especialista que solicitou tomografia de seios da face e tórax. À tomografia de tórax, foram observadas duas lesões endobrônquicas vegetantes, com densidade de partes moles, situadas na árvore brônquica direita. Realizada fibrobroncoscopia, que confirmou o achado de duas lesões vegetantes, uma no brônquio lobar médio e outra no brônquio lobar superior direito que causava obstrução de 90% da luz. Considerando as características não infiltrativas das lesões, optou-se pela ressecção endoscópica das mesmas, a primeira com alça de polipectomia e a segunda com laser. O diagnóstico anatomopatológico da lesão no lobo médio foi papiloma oncocítico com componentes exofíticos e invertidos, e no lobo superior, mucosa brônquica edemaciada com metaplasia escamosa e tecido fibroadiposo com áreas mixóides, compatível com hamartoma. O paciente teve boa evolução clínica, com resolução dos sintomas. **Conclusão:** Os tumores brônquicos benignos são neoplasias raras, e a associação de dois tipos histológicos diferentes é ainda mais incomum. A ressecção endoscópica teve bons resultados.

#### **PO183** EVENTO CARDIOLÓGICO COMO FATOR DE MAU

**PROGNÓSTICO EM TRAQUEOPLASTIAS****AIRTON SCHNEIDER***HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SSMD. ULBRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.*

**Introdução:** Estenose traqueal é uma patologia prevalente no nosso meio devido às condições estruturais das UTIs e o perfil jovem do paciente, usualmente traumatizado. Dependendo da localização e do tipo de estenose, a cirurgia pode ser a única forma de resolução. Este trabalho visa apresentar os resultados da ressecção cervical traqueal para tratamento de estenose traqueal adquirida num Hospital Universitário entre 2008 até 2012. **Métodos:** Estudo descritivo transversal retrospectivo onde foram revisados prontuários de 83 pacientes atendidos no Hospital Universitário Ulbra/Sistema de Saúde Mãe de Deus, no período de 2009 até 2012. **Resultados:** 83 pacientes foram submetidos a 93 cirurgias. A média de idade foi 56 anos (1672 anos). A maioria (76%) eram homens. As causas foram póstubo (66), idiopática (2), estenose da traqueotomia (15). A extensão média de traqueia ressecada foi de 2,5 cm, variando de 1,5 c, até 7 cm. Trinta e cinco pacientes foram submetidos à ressecção complexa. No começo da experiência (33 casos) foi utilizado o ponto do mento ao esterno, que foi abandonado com o tempo. Não houve um índice maior de complicação e os resultados são superponíveis. Não houve óbito nesta série, com tempo de internação em média 4 dias (314 dias). As complicações foram paralisia de recorrente unilateral (3 casos3,6%), hematoma (3 casos3,6%), infecção (5 casos6%) . Seis casos (7,2%) não puderam ser decanulados e continuam com traqueostomia ou prótese em T. Uma paciente foi laringectomizada. A análise multivariada determinou que a extensão da ressecção, o tipo de estenose, traqueostomia prévia não foram fatores importantes. Apenas o evento cardíaco como causa isolada foi, de forma estatística, determinante de mau prognóstico. **Conclusão:** A estenose traqueal pode ser tratada de forma segura e podese esperar bons resultados do tratamento cirúrgico, nesta série apenas 7% dos casos não conseguem ser decanulados. A cirurgia deve ser a ressecção e anastomose término-terminal.

**PO184 FÍSTULA BRONCOESOFÁGICA – RELATO DE UM CASO****ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; ALTAIR RODRIGUES CHAVES; GABRIELA FERREIRA CORREIA; FERNANDA ALBUQUERQUE DA SILVA***FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL.*

**Introdução:** As fístulas broncoesofágicas são incomuns e cursam com manifestações atípicas. Relatamos o caso de um paciente com diagnóstico de bronquiectasia, submetido a ressecção com achado intraoperatório de fistula broncoesofágica. **Relato:** Homem, 26 anos, foi submetido a internação hospitalar com quadro de infecção pneumônica acompanhada de hemoptise importante. Relatou internações prévias, desde a infância devido a infecções respiratórias de repetição. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou bronquiectasias comprometendo todo o lobo inferior direito. Após o término do tratamento do quadro infeccioso foi submetido a ressecção pulmonar com achado durante a disseção operatória de trajeto fistuloso entre o lobo inferior direito e o esôfago em sua porção distal. Foi realizada ligadura da fistula e lobectomia inferior direita. O paciente teve uma evolução pós-operatória satisfatória com início da dieta oral no 2º dia e alta hospitalar no 7º dia pós-cirurgia. **Discussão:** Os mecanismos prováveis de fistula broncoesofágica incluem ruptura de gânglios mediastinais necróticos, erosão de úlceras traqueobrônquicas primárias no esôfago ou desenvolvimento de divertículo de tração entre a árvore respiratória e o esôfago. Neste caso relatado o paciente

não apresentava história de infecção tuberculosa recente ou passada, sendo esta uma etiologia comumente relatada nas fistulas do esôfago com a árvore respiratória. No pós-operatório, em anamnese dirigida, o paciente informou episódios esporádicos de tosse após ingestão de líquido desde a infância, o que não relatou como queixa no pré-operatório. Diante do apresentado fica a hipótese de uma origem congênita ou de algum outro processo infeccioso/inflamatório não tuberculoso. Chama-nos a atenção neste caso a insuspeita do diagnóstico de uma fistula broncoesofágica em vista da ausência de sinais e/ou sintomas importantes atípicos para um paciente com bronquiectasia, bem como achados radiológicos sugestivos. **Conclusão:** As fistulas broncoesofágicas podem ter uma apresentação clínica exuberante, porém podem também apresentarem-se com um quadro clínico insuspeito quando já levaram a comprometimento importante da via aérea como a bronquiectasia.

**PO185 FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POR MIGRAÇÃO DE PRÓTESE DE ESÔFAGO NO CARCINOMA ESOFÁGICO: RELATO DE CASO****GUSTAVO ALVES ARAUJO FERREIRA; ANDRESSA MIRANDA MAGALHAES; MAYARA BEZERRA NASCIMENTO; CELSO ASSIS REIS SILVA JUNIOR; MARIANA DOURADO DA COSTA; LUIZ FLÁVIO QUINTA JÚNIOR**  
*ITPAC, ARAGUAINA, TO, BRASIL.*

**Objetivos:** Relatar o caso, enfatizando procedimento de traqueoplastia. Evidenciar melhora do prognóstico, e sua relação com a intervenção relatada. Metodologia: Análise retrospectiva e descritiva, baseado em informações colhidas no prontuário do paciente atendido no Hospital Regional de Araguaína. Relato de caso: Masculino, 49 anos, com neoplasia de esôfago estadiado II, tratada com radio e quimioterapia de intuito curativo evoluindo com estenose esofágica. Realizada colocação de stent esofágico por disfagia para líquidos. Evoluiu com fistula traqueoesofágica e migração do stent para traqueia. Internou novamente para realização de gastroplastia. Durante internação, paciente evoluiu com dispnéia intensa, dificuldade de tossir e desconforto retroesternal, sendo solicitado avaliação da cirurgia torácica, a qual realizou broncoscopia diagnóstica e terapêutica com inserção de cânula traqueal abaixo da fistula. Posteriormente, em procedimento conjunto com a cirurgia oncológica, a cirurgia torácica realizou cervicotomia e retirada do stent esofágico com auxílio de broncoscopia rígida, associado a passagem de tubo de Montgomery. Atualmente paciente segue em acompanhamento no ambulatório de cirurgia torácica, sem evidências de recidiva de neoplasia. **Discussão:** As fístulas traqueoesofágicas em carcinoma esofágico são mais comuns do que os estudos mostram, sendo a necrose da massa tumoral uma causa importante, contudo no caso descrito a fistula se desenvolveu devido a migração da prótese esofágica. Segundo pesquisas<sup>3</sup> a taxa de fistulas, como a citada, é maior do que as diagnosticadas, e interfere ativamente na sobrevida destes pacientes. Após a intervenção notou-se grande melhora na qualidade de vida e reduziu-se sua morbidade, sendo que o mesmo já, inclusive, superou sua expectativa inicial de sobrevida. Em vista da evolução apresentada, é válido avaliar, no início do tratamento de pacientes com quadro semelhante, broncoscopias prévias para análise traqueal, questionando inclusive uma possível intervenção conjunta já num primeiro momento cirúrgico, com colocação de stent esofágico e uma prótese traqueal. Com tais intervenções seria possível evitar a migração da prótese restringindo o desenvolvimento da fistula e evitando complicações como infecções respiratórias de repetição.

**PO186 HAMARTOMA CONDRÓIDE ENDOBRÔNQUICO RESSECADO COM LASER POR BRONCSCOPIA FLEXÍVEL COMBINADA COM BRONCSCOPIA RÍGIDA – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO<sup>2</sup>; EDUARDO HARUO SAITO<sup>3</sup>; IVAN MATHIAS FILHO<sup>3</sup>; GUSTAVO PERISSE MOREIRA VERAS<sup>2</sup>; NILSON COUTO JUNIOR<sup>2</sup>

1. UERJ E HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente de 54 anos, em tratamento de asma brônquica por 5 anos, apresentando em tomografia de tórax tumoração endobrônquica e realizar uma revisão da literatura quanto a incidência desse tipo de tumor e as formas de tratamento. **Métodos:** Analisado o caso da paciente S. M. C. , de 54 anos, que por piora progressiva da asma diagnosticada em 2009 (5 anos atrás), realizou tomografia computadorizada de tórax, na qual foi evidenciada lesão endobrônquica, ocluindo quase 100% da luz do brônquio principal esquerdo. Foi realizada broncoscopia diagnóstica por pneumologista, tendo sido confirmada a lesão. Não foi realizada biópsia por risco de sangramento. A paciente foi então a nós, encaminhada para tratamento cirúrgico. Como o diagnóstico de asma de início aos 50 anos nos parecia improvável e a evolução do distúrbio respiratório tinha 5 anos, a hipótese mais plausível era a de uma lesão benigna endobrônquica, causando a obstrução. Realizada revisão da literatura através da procura de trabalhos relacionados com ressecções endoscópicas com laser, tumores endobrônquicos benignos, obstrução das vias aéreas, broncoscopia rígida e flexível e asma de início recente. **Resultados:** Realizada a ressecção do tumor com o Laser Infravermelho Diodo, associando-se a broncoscopia flexível com a rígida. O método ventilatório utilizado foi *Jet Ventilation*. Não houve qualquer sangramento ou estresse ventilatório e a paciente recebeu alta para seu domicílio no dia seguinte a ressecção. O laudo histopatológico definitivo confirmou Hamartoma Condroide como diagnóstico. Os hamartomas endobrônquicos são raros e correspondem a apenas 1,4% de todos os hamartomas pulmonares. Em uma série foram relatados 43 casos. Os sintomas predominantes são os obstrutivos com pneumonias de repetição, tosse, asma-like, hemoptise. A ressecção endoscópica, seja ela com o laser, eletro cauterio, com broncoscopia rígida ou flexível ou a combinação de ambas é o tratamento de escolha, entretanto quando há destruição pulmonar grave associada secundária a pneumonias pós obstrutivas recorrentes ou a localização anatômica não é favorável a cirurgia passa a ser o tratamento de escolha. **Conclusões:** Os hamartomas endobrônquicos são entidades bastante raras e apesar do crescimento indolente, acabam por gerar sintomatologia importante pela obstrução brônquica que causam. O melhor tratamento quando possível é o endoscópico. O laser ou o eletro cauterio são os métodos de escolha.

**PO187 IMPORTÂNCIA DA BRONCSCOPIA FLEXÍVEL NA DECANULAÇÃO DOS PACIENTES TRACHEOSTOMIZADOS**

LEONARDO BRAND RODRIGUES

HOSPITAL MADRE TERESA, NOVA LIMA, MG, BRASIL.

**Introdução:** O uso prolongado da traqueostomia causa alterações laringotraqueais e os critérios empregados na decanulação são usualmente negligenciados. **Objetivo:** Este estudo tem os objetivos de avaliar a importância da realização da broncoscopia flexível nos pacientes traqueostomizados em vias de decanulação, para conhecer a incidência e os tipos de lesões laringotraqueais e comparar a presença destas lesões com os critérios clínicos utilizados para a decanulação.

Pacientes e **métodos:** Estudados 51 pacientes com idade entre 19 e 87 anos, traqueostomizados e com critérios clínicos de decanulação e com tempo médio de órtese traqueal de  $46 \pm 28$  dias. Todos eles foram submetidos ao teste de tolerância à oclusão da cânula de traqueostomia por 24 horas, seguida da realização da broncoscopia flexível. As alterações laringotraqueais diagnosticadas foram descritas e classificadas. Comparou-se a indicação de decanulação por critérios clínicos com o diagnóstico de lesões laringotraqueais à broncoscopia que contraindicavam a decanulação. Identificaram-se os fatores que poderiam interferir na decanulação e avaliou-se a importância da broncoscopia como parte do processo. **Resultados:** Dos 51 pacientes, 40 (80,4%) apresentaram alterações laringotraqueais. Dos 40 pacientes considerados clinicamente aptos à decanulação, oito (20%) ( $p=0,0007$ ) apresentavam lesões laringotraqueais à broncoscopia que contraindicavam o procedimento. A alteração laringea mais frequente foi a lesão de pregas vocais em 15 (29%) e o granuloma a lesão traqueal mais prevalente em 14 (27,5%) pacientes. **Conclusão:** A avaliação clínica associada à oclusão do traqueostoma não foi suficiente para indicar adequadamente a decanulação. A broncoscopia diagnosticou número elevado de lesões laringotraqueais e contribuiu para aumentar a segurança do procedimento de decanulação.

**PO188 LASER DIODO INFRAVERMELHO PERMITINDO A DECANULAÇÃO DEFINITIVA EM PACIENTE PSIQUIÁTRICO COM ESTENOSE CICATRICIAL PÓS LARINGOTRAQUEOPLASTIA CIRÚRGICA – RELATO DE 1 CASO**

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO<sup>2</sup>; EDUARDO HARUO SAITO<sup>2</sup>; GUSTAVO PERISSE MOREIRA VERAS<sup>1</sup>; PAULO ROBERTO CORREA DE BRITO<sup>3</sup>; IVAN MATHIAS FILHO<sup>2</sup>

1. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Objetivo:** Relatar o caso de um paciente de 28 anos, submetido a correção cirúrgica de estenose laringotraqueal, complicada com reestenose ao nível da borda superior da anastomose, tratada com sucesso com o LASER DIODO e infiltração de corticoide, procedimentos esses que permitiram a decanulação definitiva do paciente. **Métodos:** Análises o caso do paciente W. S. L. , de 28 anos, do sexo masculino, vítima de trauma crânio encefálico grave por projétil de arma de fogo, apresentando como sequelas do trauma, um distúrbio psiquiátrico grave com ansiedade e agitação extremas e estenose laringotraqueal tratada cirurgicamente com laringotraqueoplastia com ressecção da cartilagem cricóide e traqueostomia distal de segurança em 21/08/1014. Foi utilizado tubo especial para monitorização do nervo laringeo recorrente. Apresentava cornagem quando da oclusão da cânula e broncoscopia realizada em 31/10/2014 (70 dias) após a cirurgia, revelou estenose cicatricial ao nível da borda superior da anastomose, com comprometimento de cerca de 80% da luz laringotraqueal, que se deu provavelmente por agitação na unidade de terapia intensiva, no quarto dia de pós operatório, com hiperextensão cervical e esgarçamento da anastomose. Como não era possível uma nova cirurgia, optamos pelo tratamento endoscópico e o método escolhido foi a ressecção das bordas da anastomose com Laser Diodo e infiltração com, o que triancinolona, que se deu em 3 sessões, tendo o Laser sido utilizado na primeira e na última sessão. Para a realização do procedimento foi utilizada broncoscopia flexível e ventilação feita distalmente com tubo com revestimento metálico, introduzido pelo traqueostoma. **Resultados:** Com a primeira ressecção com laser no dia 26/11/2014, foi possível recuperar a luz, em cerca de 60%, não houve sangramento, e o paciente foi liberado para seu

domicílio no dia seguinte com canula metálica N. 06. No dia 09/12/2014, foi realizada nova infiltração de corticoide e constatada a presença residual de granulomas. No dia 18/12/2014, realizada nova sessão com Laser obtendo-se luz em torno de 80% do normal e foi retirada a canula definitivamente. No momento o paciente encontra-se em seu domicílio, sem traqueostomia e com orifício já cicatrizado. Respira normalmente sem ruídos e nega qualquer queixa relacionada a sua respiração. A voz já se encontra totalmente normalizada sendo alta e forte. **Conclusões:** O Laser Diodo em nosso caso, permitiu a decanulação definitiva em um paciente cuja perspectiva inicial seria uma traqueostomia definitiva, pela impossibilidade de um novo tratamento cirúrgico. Mostrou-se como uma modalidade de tratamento segura e muito pouco invasiva. Apesar de conhecido a bastante tempo, o Laser Infravermelho Diodo é pouco utilizado e pouco difundido em nosso meio. Deve estar no armamentário terapêutico de todo cirurgião torácico e especialistas em endoscopia respiratória avançada. Estudos prospectivos são necessários para que o método se firme como terapia de escolha em situações como a desse paciente.

**PO189 MANEJO DE CASO DE OBSTRUÇÃO CONGÊNITA DE VIA AÉREA SUPERIOR (CHAOS): RELATO DE CASO**  
GUSTAVO ALMEIDA FORTUNATO; SERGIO TADEU LIMA PEREIRA; RODRIGO TEIXEIRA; ROMILTON MACHADO; MAIRA KALIL; JOSE ALVES BARROS FILHO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL

**Introdução:** A obstrução congênita da via aérea superior (CHAOS) é definida como obstrução completa ou parcial das vias aéreas superiores do feto, e foi descrita pela primeira vez por Hendrick, em 1900, sendo geralmente caracterizada por atresia ou estenose na laringe ou traqueia. Os avanços na avaliação e cuidados perinatais levaram a um maior número de diagnósticos pela correlação com os achados de pulmões aumentados e hiperecoicos, com vias aéreas dilatadas e diafragmas retificados ou invertidos. Avanços ainda nas técnicas anestésicas e cirúrgicas, permitiram não só um parto mais seguro para esses fetos como também uma sobrevida após o nascimento. Nos relatamos um caso de diagnóstico pre-natal de síndrome CHAOS por obstrução laringea no qual foi realizado broncoscopia e traqueostomia intra-parto ex-útero (EXIT). **Caso:** Gestante previamente hígida, quando durante acompanhamento pre-natal foram identificados sinais ultrassonográficos sugestivos de aumento de volume pulmonar com compressão progressiva de estruturas adjacentes. Realizado posteriormente uma ressonância magnética (RNM) que confirmou a suspeita inicial de obstrução congênita de vias aéreas superiores – CHAOS, com topografia em laringe. Durante a gestação a paciente foi submetida a cirurgia endoscópica na qual possível desobstrução das vias aéreas e prorrogação da gestação até a 36 semana. No momento da cesária foi proposto uma abordagem intraparto, mas com manutenção do suporte placentário para o feto (EXIT) até assegurada a via aérea definitiva. Com exposição apenas de segmento cefálico e braço esquerdo do feto para monitorização de oximetria, foi realizado broncoscopia flexível, que demonstrou laringe bem formada, mas fusão completa de cordas vocais que não permitia passagem. Esofagoscopia evidenciou orifício proximal com comunicação para a traqueia, sendo provavelmente o local da drenagem intra-útero. Confirmada a obstrução total e devido ao tempo limitado de suporte provido pela técnica de EXIT, foi realizada então abordagem via cervical e confecção de traqueostomia cervical com nova passagem de endoscópio pela ostomia, sendo observado traqueia distal

de bom calibre, assim como brônquio, e alteração anatômica com tri-segmentação da carina, sendo o brônquio central de diâmetro reduzido. Devido a baixa reserva do bebê não foi possível exame detalhado, mas com a traqueostomia o mesmo pode ser ventilado adequadamente e completada a Cesária o mesmo manteve bom volume e boa saturação periférica de O<sub>2</sub>, sendo encaminhado para UTI neonatal. Apesar do sucesso na abordagem, a criança não teve êxito em sair de ventilação mecânica, com diversas complicações associadas durante seu internamento na UTI, vindo a falecer. **Conclusão:** Entretanto, CHAOS ainda persiste como uma causa rara e fatal de obstrução de via aérea, e mesmo com os avanços de diagnóstico pre-natal e terapêuticas que possibilitam o parto, o prognóstico ainda é ruim, especialmente se associado com outras síndromes clínicas ou genéticas.

**PO190 O USO DO LASER DIODO PARA TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS TRAQUEOBRÔNQUICAS – UMA MODALIDADE POUCO EXPLORADA MAS COM RESULTADOS MUITO PROMISSORES**

MARCOS ALEXANDRE BALIEIRO<sup>2</sup>; EDUARDO HARUO SAITO<sup>3</sup>; GUSTAVO PERISSE MOREIRA VERAS<sup>2</sup>; NILSON COUTO JUNIOR<sup>2</sup>; IVAN MATHIAS FILHO<sup>3</sup>

1. UERJ E HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2. UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Objetivo:** Analisar 4 casos de patologias traqueobronquicas tratados com laser diodo, mostrando que esta modalidade, apesar de pouco explorada em nosso meio, é segura e traz resultados bastante satisfatórios no tratamento de doenças malignas e benignas da traqueia e dos brônquios. **Métodos:** Analisamos 4 pacientes com idades variando entre 28 e 75 anos, sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, conduzidos por um grupo de cirurgia torácica da cidade do Rio de Janeiro, no período compreendido entre outubro de 2014 a janeiro de 2015, em instituições hospitalares diversas, com os diagnósticos de: estenose cicatricial pós laringotraqueoplastia, malácea na borda superior do traqueostoma, hamartoma condróide endobrônquico e obstrução maligna da traqueia por metástases de melanoma, quanto a executabilidade do método, segurança do método quanto a ventilação e as técnicas utilizadas, segurança do método quanto a combustão intratraqueal de gases, capacidade de desobstrução da via aérea, tipo de endoscopia utilizada (rígida, flexível ou combinação de ambas), sangramento e por fim a capacidade do método em tratar definitivamente algumas situações. Utilizamos em todos os casos o LASER INFRAVERMELHO DIODO. **Resultados:** O paciente com estenose pós laringotraqueoplastia, após ter sido submetido a 2 sessões de laser para abertura da estenose foi decanulado e, até o presente momento, não apresenta queixas respiratórias ou cornagem, já com o traqueostoma cicatrizado. Nesse caso foi utilizada apenas broncoscopia flexível com ventilação por tubo com revestimento metálico introduzido pelo traqueostoma. Na paciente com malácea, foi utilizada apenas a broncoscopia flexível e ventilação com tubocom revestimento metálico inserido no traqueostoma, sendo possível a abertura e recuperação da luz em cerca de 70%, o que permitiu a instalação de uma cânula de fonação (SHILLEY N. 8), com a fenestra ficando totalmente exposta. Na paciente com metástases traqueais de melanoma, que se apresentava em importante estresse respiratório, foi utilizada endoscopia rígida, permanecendo assintomática do ponto de vista respiratório pelos 3 meses seguintes ao tratamento. Por fim, na paciente com o hamartoma condróide, foi utilizada endoscopia combinada para a ressecção do tumor, recebendo alta no dia seguinte e mantendo-se atualmente sem qualquer sintomatologia respiratória. **Conclusões:** O método é executável

por profissionais que tenham experiência em endoscopia respiratória avançada. Em todos os pacientes foi conseguida a desobstrução das vias aéreas sem qualquer sangramento importante. O método tem o potencial de ser definitivo em patologias benignas selecionadas e oferece palição segura e pouco invasiva para patologias malignas. Quando tubos com revestimento metálico e frações inspiradas de oxigênio menores do que 0,4, o risco de combustão é anulado. A despeito da necessidade da realização de estudos prospectivos para confirmação da sua excelência, este método deve ser amplamente difundido entre especialistas em endoscopia respiratória avançada e cirurgias torácicas.

#### **P0191** RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA BENIGNA

LEANDRO PICHETH ELOY PEREIRA; BENOIT JACQUES BIBAS; HELIO MINAMOTO; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; MAURO FEDERICO LUIS TAMAGNO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

**Objetivo:** Avaliar os resultados do tratamento cirúrgico da fistula traqueo-esofágica benigna (FTE) em pacientes de uma instituição terciária. **Método:** Estudo retrospectivo dos pacientes portadores de fistula traqueo-esofágica de etiologia benigna, diagnosticados, tratados e acompanhados entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2014. A avaliação pré-operatória incluiu tomografia computadorizada do tórax, broncoscopia flexível, broncoscopia rígida, endoscopia digestiva alta e radiologia contrastada do esôfago. Os pacientes receberam preparo com suporte nutricional via gastrostomia ou sonda nasoenteral e tratamento das infecções pulmonares. O tratamento cirúrgico foi realizado com acesso cervical ou por toracotomia direita com ressecção do trajeto da fistula e rafia esofágica, ressecção e anastomose traqueal ou sutura primária da traqueia e esôfago com interposição de retalho muscular. **Resultados:** Vinte pacientes (11 masculinos) com idade média de 45,2 anos foram avaliados e tratados. As causas mais frequentes de FTE foram a IOT prolongada, trauma e infecções. Quinze pacientes haviam sido submetidos à traqueostomia prévia. Destes 3 receberam tubo T de Montgomery, 2 endopróteses traqueais e 2 pacientes possuíam recidiva pós-correção de FTE realizada em outro serviço. Extensão média da FTE foi 1,2 cm e o acesso cirúrgico mais frequentemente utilizado foi a cervicotomia e cervico-esternotomia (75% dos casos) e os demais foram tratados por toracotomia direita. Todos os casos receberam interposição de retalho muscular entre a traqueia e o esôfago. Dez pacientes necessitaram ressecção traqueal com extensão de 3 cm em média. No transoperatório 7 pacientes necessitaram de traqueostomia e 4 receberam prótese traqueal (tubo T de Montgomery). As complicações peri-operatórias mais frequentes foram enfisema subcutâneo (4 pacientes) e pneumonia (3 pacientes). Houve 1 deiscência da anastomose traqueal e duas infecções de sítio cirúrgico. Houve um óbito 60 dias após a correção da FTE por complicação infecciosa não relacionada ao tratamento cirúrgico. No seguimento, 95% dos pacientes apresentaram resolução da FTE. As complicações tardias incluíram 3 casos de reestenose de traqueia, e 1 recidiva da FTE. **Conclusões:** O tratamento cirúrgico da FTE resulta em resolução do problema na maioria dos pacientes. As complicações e a mortalidade relacionadas ao procedimento não é negligível, mesmo quando realizada em centro de referência e após adequado preparo pré-operatório.

#### **P0192** SUTURA ENDOTRAQUEAL VIDEO-ASSISTIDA PARA LACERAÇÃO TRAQUEAL APÓS INTUBAÇÃO

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; ANDRE MIOTTO; THIAGO GANGI BACHICHI; CAIO SANTOS HOLANDA; PEDRO ANTUNES HONDA; LUIZ EDUARDO LEAO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** As lacerações da parede membranosa da traqueia ocorrem na maioria das vezes devido à inserção de um tubo orotraqueal com um fio guia. É uma complicação rara, mas muitas vezes letal desse procedimento comum. A técnica clássica para o seu tratamento é uma grande cirurgia aberta que leva ao aumento da morbidade em um paciente de alto risco. Descrevemos, há três anos, uma nova técnica minimamente invasiva para o reparo traqueal, utilizando materiais de videocirurgia acessíveis na maioria dos serviços. Relatamos agora os resultados de cinco pacientes operados por esta técnica. **Materiais e Métodos:** Os pacientes tinham entre 73 e 91 anos e foram submetidos ao procedimento em média seis horas após o trauma. A laceração foi confirmada por broncoscopia. O tempo médio de operação foi de duas horas. Foi realizada a sutura da traqueia, por uma incisão cervical, utilizando-se de uma ótica de 5 milímetros e materiais convencionais. Ao final do procedimento, foi colocada uma cânula de traqueostomia. **Resultados:** Um paciente foi a óbito no segundo dia após a cirurgia, devido ao seu estado crítico. No entanto, não havia nenhum sinal de mediastinite, e houve redução do enfisema subcutâneo. Os outros pacientes tiveram um resultado satisfatório após 30 dias. **Conclusão:** Concluímos que esta técnica é segura e viável, e tivemos bons resultados após esta série de cinco casos. A sutura traqueal minimamente invasiva é uma técnica ideal para as lacerações traqueais em pacientes críticos. Sua baixa morbidade em comparação à abordagem clássica a torna em uma ferramenta útil nesta difícil situação.

#### **P0193** SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN – CASO COMPLEXO TRATADO COM ÓRTESES TRAQUEOBRÔNQUICAS CUSTOMIZADAS.

FERNANDO LUIZ WESTPHAL<sup>1</sup>; LUIZ CARLOS DE LIMA<sup>1</sup>; JOSÉ CORREIA LIMA NETTO<sup>2</sup>; LINCOLN JOSE TRINDADE MARTINS<sup>2</sup>; VICTOR RIPARDO SIQUEIRA<sup>1</sup>; THÁIS CAROLINE SALES RAPOSO<sup>2</sup>

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 2. UNIVERSIDADE NILTON LINS, MANAUS, AM, BRASIL.

**Objetivo:** (1) Relatar o caso de um paciente com síndrome de Mounier-Kuhn tratado com órtese traqueal customizada. **Método:** Relato de caso por meio da revisão de prontuário. **Relato de Caso:** Paciente de 63 anos portador de distúrbio neurológico caracterizado por dificuldade para deambular e para se expressar, além de apresentar distonia cervical e disdiadococinesia ocasionados por ataxia cerebelar. Após infecção respiratória de vias aéreas superiores, apresentou pneumonia necessitando de suporte ventilatório prolongado e necessidade de traqueostomia cervical devido a demora em desmamar. Aplicação de toxina botulínica foi realizada anteriormente a internação para tratamento da distonia cervical. Três meses depois apresentou insuficiência respiratória que ao exame broncoscópico revelou tratar-se de laringotraqueomalácia. Nesta internação foi indicado o tubo T de Montgomery para dar suporte à parede traqueal, das cordas vocais até a carina. Após cerca de 8 meses apresentou piora do quadro de traqueomalácia que se estendeu até a bifurcação traqueal. Com o passar do tempo, e com crises de dispnéia observou-se broncoscopicamente que houve avanço da malácia, acometendo brônquios fontes direito e esquerdo requerendo agora trocas constantes de próteses ventilatórias afim de manter a permeabilidade das vias aéreas, com extensão

até os brônquios fontes. Para viabilizar o tratamento da extensão da laringotraqueomalácia foi necessário, em um primeiro momento acoplar ao tubo de Montgomery 16 uma órtese traqueobrônquica bifurcada 14X13X13. Após cerca de 2 anos observou-se piora da malácia do brônquio fonte esquerdo e na extremidade esquerda da órtese bifurcada foi acoplado uma órtese brônquica de 12mm. **Conclusão:** A laringotraqueomalácia tem caráter evolutivo e desafia o manejo adequado desta obstrução funcional da via aérea, como observado neste caso, em que o paciente apresenta toda a traquéia abaixo das cordas vocais até os brônquios fontes revestidos por órteses siliconizadas para manter um padrão respiratório adequado.

**P0194** TRAQUEOSTOMIA PERCUTÂNEA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: É NECESSÁRIO SER GUIADA POR BRONCOSCOPIA?

THIAGO GÂNGI BACHICHI; RODRIGO CAETANO DE SOUZA; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO; ANDRÉ MIOTTO; CAIO SANTOS HOLANDA; LUIZ EDUARDO LEAO  
UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

**Introdução:** A traqueostomia percutânea vem sendo cada vez mais utilizada em nosso meio. Até o momento, é considerada o padrão-ouro quando guiada por broncoscopia. A dificuldade logística de se realizar a broncoscopia em todas traqueostomias percutâneas fez com que alguns serviços adotassem técnicas nas quais seu uso não é necessário. As traqueostomias realizadas pela equipe de Cirurgia Torácica da Escola Paulista de Medicina / UNIFESP são na grande maioria das vezes efetuadas pela técnica aberta convencional para treinamento dos residentes, uma vez que o kit não está disponível em diversos serviços de saúde do país. Mostraremos os resultados de dois anos dos procedimentos percutâneos sem broncoscopia, realizados por residentes de cirurgia torácica sob supervisão. **Objetivo:** Comprovar a segurança da realização da traqueostomia percutânea sem o auxílio da broncoscopia. **Materiais e Métodos:** Revisado retrospectivamente os prontuários dos pacientes submetidos às traqueostomias percutâneas realizadas no Hospital São Paulo (EPM/UNIFESP) no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2014. As traqueostomias percutâneas foram efetuadas no serviço por residentes de cirurgia torácica com a supervisão de cirurgiões com experiência no procedimento. A técnica consiste em uma pequena incisão cervical seguida de punção traqueal com cateter de teflon, sendo confirmada a penetração no lúmen traqueal pela saída de ar e secreção. O tubo orotraqueal é retirado parcialmente até que não mobilize mais o cateter durante sua movimentação, em seguida progredimos este pelo lúmen traqueal. Na sequência, é passado o fio guia e retirado o teflon, sendo realizadas dilatações do orifício traqueal com dilatadores traqueais. Após isso, a cânula é introduzida junto a um dilatador pelo trajeto do fio guia. Foram considerados como critérios de exclusão os mesmos usados para realização da traqueostomia convencional e como critério de exclusão apenas da técnica percutânea os pacientes obesos com IMC>40, dada a dificuldade de palpação da traquéia. Analisamos a capacidade de realizar o procedimento, presença de óbito relacionado e complicações nas primeiras 24 horas. Foram consideradas complicações: sangramento com necessidade de reintervenção, lesão de estruturas adjacentes e piora dos parâmetros ventilatórios. **Resultados:** No período de análise foram feitas 49 traqueostomias percutâneas, todas foram realizadas com sucesso, sem óbito relacionado nas primeiras 24 horas, e não houve sangramento com necessidade de reintervenção, nem lesão de estruturas adjacentes ou piora dos parâmetros ventilatórios. Em 3 pacientes (6,12%) foi

necessária a troca por cânulas mais calibrosas após 24 horas do procedimentos, devido a perda de volume corrente pela boca. **Conclusão:** A traqueostomia percutânea realizada por residentes de cirurgia torácica sob supervisão em um Hospital Universitário, sem ser guiada por broncoscopia, mostrou-se um procedimento seguro e efetivo. Julgamos que esse trabalho abre caminho para um protocolo prospectivo que pretendemos realizar no futuro.

**P0195** TRAUMA CERVICAL PENETRANTE COM TRANSECÇÃO COMPLETA DE LARINGE: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

RAFAEL AUGUSTO OLIVEIRA SODRÉ LEAL; GIBRAN RIBEIRO DA ROCHA; VANESSA LIMA LINS; CAROLINA MAGALHAES COSTA; BRUNO BARRETTO DE ANDRADE; TAIALA SAMPAIO SOUZA  
HGVC, VITORIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL.

**Objetivo:** Relato de caso. **Método:** Paciente, sexo masculino, 19 anos, vítima de acidente motociclístico com colisão de fio de aço em região cervical anterior. Conduzido pela equipe do pré-hospitalar ao serviço de emergência após quarenta minutos do evento com curativo em região cervical e utilizando apenas oxigênio suplementar através do cateter nasal. Ao exame físico, o paciente apresentava-se afônico, dispneico (frequência respiratória de 24 incursões por minuto), com redução do murmúrio vesicular em ambos os hemitóraces, saturação de 87% com oxigênio suplementar pelo cateter nasal e presença de enfisema subcutâneo cervical. Mostrava-se consciente e orientado, hemodinamicamente estável com frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto e abdome sem alterações. Após a retirada do curativo cervical, observou-se amplo ferimento corto-contuso na região subglótica póstero-lateral direita até a face medial do músculo esternocleidomastóideo esquerdo, em transição de zona I para II. Visualizou-se também dano em musculatura cervical e secção completa da laringe, porém sem evidências de lesão vascular associada. Então, o paciente foi conduzido ao centro cirúrgico para estabelecimento de via aérea segura e realização de cervicotomia exploradora. Fez-se a indução anestésica com imediata introdução de tubo endotraqueal número 8. O frentz em seguimento caudal da laringe. Assim, seguiu-se à abordagem cirúrgica com incisão em colar até exposição completa do músculo esternocleidomastóideo esquerdo. Observou-se, nos achados intra-operatório, a transecção total subglótica entre a cartilagem tireóidea e cricóidea, na membrana cricotireóidea e edema de cordas vocais, todavia sem fraturas em cartilagens laringeas e com vasos carotídeos e jugulares ílesos. Ademais, realizou-se a secção da musculatura hioidea, dissecação do esôfago cervical e passagem de sonda nasoentérica, não sendo evidenciado lesão esofágica. Após isso, procedeu-se ao debridamento dos tecidos desvitalizados, à anastomose término-terminal com fio absorvível da cartilagem cricóidea com a tireóidea e à traqueostomia à jusante da lesão. Por fim, executou-se o patch muscular com o músculo esternohioideo e posterior síntese por planos. **Resultados:** Paciente no pós-operatório evoluiu com disфонia discreta à oclusão de cânula traqueal e dieta por SNE que evoluiu para dieta oral até alta hospitalar. No acompanhamento ambulatorial em pós-operatório mediato paciente com com disфонia, mas sem cornagem importante. **Conclusão:** A prioridade inicial no manejo do paciente com trauma de laringe é manter a via aérea desobstruída e promover a estabilização da coluna cervical, além do controle do sangramento. 1 Não existe consenso na literatura quanto ao melhor método para estabelecimento da via aérea, porém a maioria dos autores indicam a intubação orotraqueal se houver visualização da

via aérea, se a laringe e a traqueia estiverem em continuidade e se for executada por um médico experiente. Todavia, em traumas contusos, alguns trabalhos recomendam realizar traqueostomia de urgência para se evitar lesões iatrogênicas.

**PO196 TUMOR CARCINÓIDE TÍPICO EM BRÔNQUIO FONTE DIREITO: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO**

JOAO PAULO DE LIMA PEDROSO<sup>2</sup>; ATÍLIO POZZOBOM NETO<sup>3</sup>; OTÁVIO AUGUSTO PACHECO ROSA<sup>2</sup>; WELLEN CRISTINA CARNESIN<sup>2</sup>; LETÍCIA SCALFI CAPRONI<sup>2</sup>; LEONARDO GONÇALVES AZAMBUJA FERREIRA<sup>2</sup>

1. CETOR-VOTUPORANGA, VOTUPORANGA, SP, BRASIL; 2. SANTA CASA VOTUPORANGA, VOTUPORANGA, SP, BRASIL.

**Objetivo:** Discutir a melhor opção de diagnóstico, tratamento, seguimento e prognóstico dos Tumores carcinoides típicos, baseado em relato de caso. **Introdução:** Paciente do sexo feminino 34 anos. Em 6 de Novembro de 2013 deu entrada no pronto atendimento da Santa Casa de Votuporanga com queixa de dor torácica em base de hemitórax a direita, tosse seca e antecedentes de episódios de pneumonia de repetição nos últimos dois anos. Submetido a Rx de Tórax que mostrou imagens de infiltrado em terço inferior de hemitórax direito com borramento da silhueta cardíaca a direita. Realizou hemograma na ocasião que apresentou leucocitose com desvio para a esquerda, tomografia de Tórax que apresentou imagens sugestivas de pneumonia em lobo inferior e médio direito e imagem nodular a esquerda. Realizou em 11 de novembro uma broncoscopia que visibilizou lesão vegetante em brônquio fonte direito que foi biopsiada e cujo exame anátomo patológico apontaram para uma lesão neuroendócrina em brônquio fonte direito. A paciente foi encaminhada para o serviço de cirurgia torácica que solicitou exames pré operatórios: Risco cardiológico normal; espirometria: VEF 1 76% do previsto.

**Métodos:** Internada no dia 24 de janeiro de 2014 a mesma foi submetida a Toracotomia póstero-lateral direita com ressecção de segmento brônquico direito, brônquio fonte direito, devido a lesão endobrônquica que se encontrava a mais ou menos 1,7 cm da carina principal. Foi realizada broncoplastia com reimplante do brônquio intermediário e do lobo inferior no brônquio fonte direito, retirados linfonodos estações 7 e 10. O exame anátomo-patológico da parafina se mostrou inconclusivo sendo realizado painel imunohistoquímico que fechou como: Tumor Carcinóide Típico com margem lateral comprometida e infiltração vascular sanguínea, todos os linfonodos livres. A paciente foi encaminhada a oncologia que orientou radioterapia, tendo a mesma realizado 30 sessões. Atualmente a paciente se encontra em bom estado geral, tendo realizado broncoscopia no início de dezembro que visibilizou sutura brônquica com bom aspecto e presença de fio de sutura próximo a linha de sutura. Foram realizadas biópsia e lavado brônquicos do local que se mostraram negativos para presença de células neoplásicas. Nova Tomografia de Tórax foi realizada em 13 de janeiro de 2015 que apresentou discreta irregularidade em região de sutura brônquica, campos pulmonares normais, com pulmão direito todo expandido.

**Conclusão:** Os tumores carcinóides brônquicos típicos são geralmente de crescimento lento, seu tratamento deve ser a ressecção total da lesão apresentado bom prognóstico a longo prazo. Esse caso nos permite alguns questionamentos: Qual deve ser o melhor seguimento para esse paciente? Deveria indicar nova cirurgia para retirada de potencial lesão residual? E se indicada cirurgia qual deveria ser a melhor técnica?

**PO197 TUMOR OBSTRUINDO TRAQUEIA, CASO RARO DE LINFOMA TRAQUEAL – RELATO DE CASO**

FABIO AKIRA HIGA; EDUARDO HARUO SAITO; CLÁUDIO HIGA; CARLOS EDUARDO TEIXEIRA LIMA; CAROLINE SILVA DE ANDRADE; BRUNO MILENO MAGALHÃES DE CARVALHO

HUPE - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

**Introdução:** a ocorrência de tumores traqueais malignos é bastante rara, correspondendo a <0,1% de todas as mortes relacionadas ao câncer. Os tumores malignos primários da traqueia mais comumente descritos são o carcinoma adenoide cístico e o carcinoma de células escamosas. Portanto, há poucos relatos de ocorrência de linfoma primário de traqueia. Esse relato objetiva descrever o caso e a conduta cirúrgica adotada para o paciente. **Relato:** paciente de 69 anos, tabagista e etilista habitual, apresenta queixa de dispneia progressiva aos esforços com surgimento nos 2 meses prévios à internação, sem apresentar estridor e mantendo-se eupneico em repouso. Atendido em serviço de pronto atendimento onde foi realizado radiografia de tórax que sugeria oclusão da luz traqueal. Realizado tomografia de tórax que evidenciou lesão endotraqueal de 2cm de extensão que obstruía cerca de 80% da luz. Encaminhado inicialmente para o serviço de Pneumologia do HUPE/UERJ para realização de broncoscopia flexível, foi internado e transferido para o serviço de Cirurgia Torácica. Uma vez realizado biópsia por broncoscopia rígida, que se mostrou inconclusiva, foi programado a exérese endoscópica da lesão. Em um segundo procedimento por broncoscopia rígida e o auxílio de laser diodo (Thera Lase Surgery 808nm), foi realizado a ressecção do tumor pela secção de sua base pediculada junto à mucosa traqueal. No terceiro dia do pós-operatório, paciente evoluiu com hemoptise maciça, que à broncoscopia revelou se tratar de sangramento proveniente da área cruenta de ressecção prévia, sendo submetido à traqueostomia cervical e colocação de cânula plástica com “cuff” sobre a região descrita, obtendo assim resolução completa do quadro. O paciente recebeu alta após 10 dias já decanulado. O histopatológico revelou linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B infiltrando mucosa de traqueia. Imunohistoquímica mostrou positividade para CD20, bcl-2; positividade focal para bcl-6 e negativo para CD3, CD30 e CD10. Iniciado tratamento quimioterápico pela Hematologia, mantém acompanhamento ambulatorial desde então. **Conclusão:** a ressecção endoscópica foi eficaz na remoção de grande parte da lesão endobrônquica, possibilitando melhora na sintomatologia e o diagnóstico definitivo de um caso de ocorrência rara. O uso do laser diodo foi importante no controle hemostático no intraoperatório, porém não é possível concluir sua influência na intercorrência apresentada no terceiro dia de pós-operatório.

**PO198 TUMOR PSEUDOINFLAMATÓRIO ENDOBRÔNQUICO – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

MARCOS THEOPHILO GALASSO; TIAGO ERNESTO FABRIS CEZAR; IVAN FELIZARDO CONTRERA TORO; RICARDO KALAF-MUSSI; JOSE CLAUDIO TEIXEIRA SEABRA UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

Pseudotumor inflamatório endobrônquico é uma entidade rara e de etiologia pouco conhecida, com predomínio em pacientes jovens oligossintomáticos na maioria dos casos, podendo ser achado incidental. Relata-se o caso de paciente jovem, com diagnóstico de pseudotumor inflamatório endobrônquico em brônquio principal esquerdo de difícil diagnóstico cujo tratamento mínimo foi pneumectomia esquerda, bem como revisão de literatura.

## Índice de Autores

<b>A</b>			
ABDO, K.....	TL006	ARAÚJO, SAPR.....	PO026, PO051
ACCIOLY FILHO, MAA.....	PO102	ARCANJO, FLP.....	PO063, PO160
ACENCIO, MMP.....	TE002	ARRAIS, L.....	PO143, PO144
ACEVEDO, J.....	PO043, PO079, PO092, PO099	ASSIS, AC.....	PO053
AGOGLIA, BG.....	PO012	ATHAYDE, LS.....	PO070
AGUIAR, FMB.....	PO147, PO148, PO150	AUGUSTO, DG.....	PO120
AGUIAR, RC.....	PO082	AUGUSTO, MC.....	TE002
ALENCAR, RC.....	PO178	ÁVILA, JF.....	PO123
ALMEIDA, VG.....	PO048, PO084, PO167	AVINO, AJG.....	TL017
ALVES JUNIOR, JM.....	PO133	AZEVEDO, RB.....	PO163
ALVES, NA.....	PO088		
ALVES, ODDC.....	PO102	<b>B</b>	
ALVES, WF.....	PO040, PO063, PO160	BACHICHI, TG.....	PO005, PO064, PO109, PO111, PO112, PO115, PO119, PO121, PO192, PO194, TE001, TL007, TL011
AMARAL, ACD.....	PO001, PO017, PO028, PO072, PO075, PO087	BALDUINO, JAD.....	PO168
ANDRADE NETO, JD.....	TL012	BALIEIRO, HM.....	PO104
ANDRADE, BB.....	PO195	BALIEIRO, MA.....	PO104, PO107, PO186, PO188, PO190
ANDRADE, CF.....	PO003, PO004, PO006, PO007, PO008, TL001, TL021	BAMBRATE, E.....	PO024, PO067, PO078
ANDRADE, CM.....	PO045	BARBOZA, BEG.....	TE005
ANDRADE, CS.....	PO012, PO083, PO091, PO124, PO197	BARRETO JUNIOR, CA.....	PO060, PO149
ANDRADE, MH.....	PO036	BARRETO, AGC.....	PO163
ARAGÃO, LJJ.....	PO026, PO051	BARROS FILHO, JA.....	PO059, PO189
ARAUJO, AS.....	TL009	BARROSO, EC.....	PO030
ARAÚJO, CAA.....	PO142, PO143, PO144	BATISTA, JPS.....	PO173
ARAÚJO, FRL.....	PO102, PO156, PO157, PO159, PO163	BECH, AK.....	PO052, PO094
ARAÚJO, JEM.....	PO001, PO072, PO139	BEHRENS, PMP.....	TE004
ARAUJO, LFL.....	TL001	BESSA, GHF.....	PO018, TL014
ARAUJO, MB.....	PO019, PO047	BEZERRA, AO.....	PO045
ARAÚJO, PX.....	PO096, PO098, PO105, TL003, TL008, TL012	BEZERRA, GH.....	PO173
ARAÚJO, RDC.....	PO163	BIBAS, BJ.....	PO105, PO191, TL003, TL005, TL018
ARAUJO, RFV.....	TL019	BOASQUEVISQUE, CHR.....	PO100, TE003
		BONOMI, D.....	PO009, PO034, PO035, PO037, PO080, PO097, PO103, PO158
		BRAGA, CA.....	PO010, PO125, PO161, PO179
		BRAGA, LES.....	PO163
		BRAGA, RC.....	PO153, TL002
		BRANDAO, DS.....	PO107
		BRANDÃO, SB.....	TL017
		BRASIL, I.....	PO106
		BRÍGIDO, ARD.....	PO018, TL014
		BRITO FILHO, F.....	PO028, PO072, PO181
		BRITO, HCD.....	PO070
		BRITO, PRC.....	PO188
		BULHÕES, AM.....	PO063, PO160
		<b>C</b>	
		CADORE, E.....	PO021, PO025
		CAMPELO, RA.....	TL006
		CAMPOS, JRM.....	PO170
		CAMPOS, KN.....	PO017
		CANOVAS, TDR.....	PO134
		CAPRONI, LS.....	PO196
		CARDOSO, PFG.....	PO013, PO127, PO191, TL005, TL008, TL018
		CARNEIRO, GP.....	PO086
		CARNEIRO, TAP.....	PO030
		CARNESIN, WC.....	PO196
		CARVALHO, BM.....	PO150
		CARVALHO, BMM.....	PO083, PO091, PO124, PO197
		CARVALHO, CR.....	PO127
		CARVALHO, EA.....	PO009, PO034, PO035, PO037, PO080, PO097, PO103, PO158
		CARVALHO, FA.....	PO050
		CARVALHO, JL.....	PO050
		CARVALHO, PEO.....	PO108, TL020
		CARVALHO, RLC.....	PO050
		CASTILHO, BC.....	PO015
		CASTRO, CS.....	PO060, PO149
		CASTRO, LFD.....	PO176

CASTRO, NM.....	PO129	CRUZ, FRR.....	PO024, PO067	FERREIRA, AA.....	PO076, PO126	
CATANEO, AJM.....	TL020	CRUZ, FRR.....	PO078	FERREIRA, DJV.....	PO156	
CATANEO, DC.....	PO108, TL020	CUNHA, BL.....	PO102, PO156, PO157, PO159, PO163	FERREIRA, GAA.....	PO010, PO065, PO123, PO125, PO130, PO161, PO166, PO169, PO178, PO179, PO185	
CATTEBEKE, TH.....	PO055	CUNHA, KL.....	PO157, PO159	FERREIRA, LGA.....	PO196	
CATUNDA, LG.....	PO147, PO148, PO150, TL019	CURY, FA.....	PO134	FERREIRA, LL.....	PO042	
CAVALCANTE, FP.....	PO060, PO149	CUZIOL, K.....	PO041, PO061	FERREIRA, SMA.....	PO009, PO034, PO035, PO037, PO080, PO097, PO103, PO158	
CEZAR, TEF.....	PO041, PO061, PO110, PO198	CYPEL, M.....	TE003, TE004	FIGUEIREDO, VR.....	PO127, TL008	
CHALUB, SRS.....	PO014	<b>D</b>			FILGUEIRA NETO, JE.....	PO147, PO148, PO150
CHATE, RC.....	PO096	DAMIÃO, JHF.....	PO063, PO160	IORELLI, RKA.....	PO133	
CHAVES FILHO, EFV.....	PO036, PO155	DANTAS, DG.....	PO173	FLESSAK, LA.....	TL015	
CHAVES, AR.....	PO015, PO184	DANTAS, JLCM.....	PO142, PO143, PO144	FONSECA, HVS.....	PO120, PO151, PO170	
CHEADE, RM.....	PO134	DAUD, DF.....	PO123	FORTE JUNIOR, W.....	PO040, PO063, PO160	
CIPRIANO, FEG.....	PO164, TL024	DESSOTE, LU.....	PO164, TL024	FORTE, EA.....	PO040	
CIRINO, CC.....	PO023, PO085, PO118, PO122, PO132, PO162	DIAS JUNIOR, M.....	PO083	FORTES, IMLP.....	PO070	
COELHO, MC.....	PO026, PO051	DIAS, MS.....	PO014, PO177	FORTUNATO, GA.....	PO039, PO059, PO154, PO189, TL004, TL023	
CORREIA, GF.....	PO015, PO184	DIAS, TM.....	PO086, PO180	FRANCESCHINI, JP.....	PO101, PO174	
CORTEZ, ACF.....	PO045, PO049, PO074, PO138	DRACHLER, IP.....	PO003, PO004, PO006	FRANCO, LP.....	PO010, PO125, PO161, PO166, PO179	
COSTA JÚNIOR, AS.....	PO002, PO109, PO111, PO112, PO119, PO121, PO175, PO192, TE001, TL011	<b>E</b>			FRAZÃO, DM.....	PO168
COSTA, ALP.....	PO020	EMÍDIO JÚNIOR, F.....	PO040, PO063, PO160	FREIRE, ARC.....	PO038, PO045, PO049, PO074, PO138	
COSTA, AVB.....	PO142	ERBANO, BO.....	TE005	FREIRE, JO.....	PO053	
COSTA, CM.....	PO020, PO195	ESPINEL, JO.....	PO003, PO004, PO007, TL021	FREITAS FILHO, O.....	PO170	
COSTA, FB.....	PO053	EVORA, PRB.....	PO164, TL024	FREITAS, FC.....	PO062	
COSTA, HF.....	PO029, PO031, PO088, PO095, PO135, PO136, PO145, TL009, TL010	<b>F</b>			FREITAS, FMO.....	PO159
COSTA, KV.....	PO073	FALCÃO, AM.....	PO013	FREITAS, JVC.....	PO038, PO074	
COSTA, LC.....	PO020	FARESIN, SM.....	PO114, PO116	FROTA, DD.....	PO030	
COSTA, MD.....	PO065, PO123, PO185	FARIA, CMM.....	PO134	<b>G</b>		
COSTA, PB.....	PO098, TL012	FATURETO, MC.....	PO046, PO046	GADELHA JÚNIOR, HP.....	PO138	
COSTA, VV.....	PO123	FATURETO, MH.....	PO046	GALASSO, MT.....	PO041, PO061, PO110, PO198	
COUTINHO, RVS.....	TE004	FAVARA, FCD.....	PO164, TL024	GALDEIRO, DFS.....	PO156	
COUTO JUNIOR, N.....	PO107, PO186, PO190	FELICETTI, JC.....	PO003, PO004, PO007, TL021	GARCIA, MF.....	PO021, PO025, PO094	
COUTO, ACF.....	PO036, PO155, PO173	FELISBERTO JUNIOR, G.....	TL020	GARCIA, RG.....	PO101	
CRISTIAN, W.....	PO106	FERNANDES FILHO, R.....	PO168	Ghedini, RG.....	PO008	
CROTTI, PLR.....	PO027, PO056, PO057, PO058, PO066, PO076, PO084, PO126, PO128, PO167	FERNANDES, LM.....	PO151	GHEFTER, MC.....	PO033, PO089, PO101, PO174	
		FERRAZ, JDA.....	PO062	GIRÃO, MJBC.....	TL013	
		FERRAZ, LR.....	PO101	GODINHO, M.....	PO162	
				GOHRBANDT, B.....	PO069	
				GOMES JUNIOR, O.....	TL018	
				GOMES NETO, AG.....	PO030,	

PO031, PO060, PO095, PO147,  
PO148, PO149, PO150, TL009,  
TL010, TL019  
GRACIOSA FILHO, RG ..... PO104  
GROSS, JL ..... PO042,  
TL015  
GUARITA-SOUZA, LC ..... TE005  
GUERRIERI, PP ..... PO153  
GUIMARAES, RL ..... PO009,  
PO034, PO035, PO037, PO080,  
PO097, PO103, PO158  
GUTIERREZ, K ..... PO043,  
PO079, PO092, PO099

## H

HADDAD, FJ ..... PO042,  
TL015  
HALLEY, RF ..... PO060,  
PO149  
HARTERT, M ..... PO069,  
PO152  
HASSEGAWA, TB ..... PO033  
HIGA, C ..... PO012,  
PO083, PO091, PO197  
HIGA, FA ..... PO012,  
PO083, PO091, PO124, PO197  
HOLANDA, CS ..... PO002,  
PO005, PO064, PO109, PO111,  
PO112, PO115, PO119, PO121,  
PO192, PO194, TL007, TL011  
HOLSTEIN, Á ..... PO032,  
PO093, PO182  
HONDA, PA ..... PO002,  
PO005, PO064, PO109, PO111,  
PO112, PO115, PO119, PO121,  
PO192, TE001, TL007, TL011  
HUTH, R ..... PO152

## I

IUAMOTO, LR ..... PO120,  
PO151

## J

JACOMELLI, M ..... PO127,  
PO175, TL008  
JORGE, LF ..... TE005  
JUNGUES FILHO, LF ..... PO086,  
PO180

## K

KALAF-MUSSI, R ..... PO041,  
PO061, PO110, PO198, TE004  
KALIL, M ..... PO154,  
PO189, TL023  
KAZANTZIS, T ..... PO105,  
TL003

KLIPPEL, AR ..... PO180

## L

LAM, RC ..... TE003  
LAURICELLA, LL ..... PO096,  
PO105  
LEAL, PB ..... PO166,  
PO176  
LEAL, RAOS ..... PO020,  
PO062, PO195  
LEÃO, CT ..... PO014,  
PO177  
LEAO, LE ..... PO002,  
PO064, PO109, PO111, PO112,  
PO115, PO119, PO121, PO192,  
PO194, TL007, TL011  
LEE, J ..... TE004  
LEITE, DL ..... PO053  
LEITE, JM ..... PO176  
LIMA NETTO, JC ..... PO044,  
PO055, PO073, PO171, PO193  
LIMA, AMR ..... PO135,  
PO136, PO145, TL019  
LIMA, CDC ..... PO159  
LIMA, CET ..... PO124,  
PO197  
LIMA, EFS ..... PO176  
LIMA, JASS ..... PO033  
LIMA, LC ..... PO044,  
PO055, PO073, PO171, PO193  
LIMA, NFF ..... PO146  
LIMA, RCA ..... PO074  
LIMA, TL ..... PO102,  
PO156, PO157, PO159  
LIMA, TT ..... PO053  
LINS, VL ..... PO195  
LONGONI, DAV ..... PO067  
LOPES JUNIOR, IX ..... PO011,  
PO019, PO047, PO048  
LOPES, AD ..... PO021,  
PO052, PO094  
LOPES, JCP ..... PO118,  
PO162  
LORENZI, W ..... PO117,  
TL001  
LOVATO, CL ..... PO021,  
PO025, PO052, PO094  
LUSTOSA, AG ..... PO016,  
PO082  
LYRA, RDM ..... PO140

## M

MAAHS, LGP ..... TE004  
MACEDO NETO, AV ..... TL001  
MACEDO, CL ..... PO020,  
PO062  
MACEDO, LS ..... PO093,

PO153, PO182  
MACHADO, AR ..... PO180  
MACHADO, LEZ ..... PO033,  
PO071, PO089  
MACHADO, MC ..... PO062  
MACHADO, R ..... PO154,  
PO189  
MACHADO, SLN ..... PO031  
MACHADO, T ..... PO086,  
PO180  
MACIEL, JMW ..... PO134  
MAGALHAES, AM ..... PO010,  
PO125, PO130, PO166, PO169,  
PO178, PO179, PO185  
MAGALHÃES, PNLM ..... PO133  
MAGNABOSCO, FF ..... PO032,  
TL002  
MALINVERNI, RX ..... PO032  
MARCHETTI FILHO, MA ..... PO033,  
PO089  
MARCOS, TL ..... PO068,  
PO093, PO182  
MARIANI, AW ..... PO098,  
PO120  
MARIANO, R ..... PO008  
MARIZ, MR ..... PO018,  
TL014  
MARQUES, KK ..... PO086  
MARTINHO, ACV ..... PO108  
MARTINI, J ..... PO025,  
PO052, PO094  
MARTINS NETO, FM ..... PO135,  
PO136, PO145  
MARTINS, LGF ..... PO065,  
PO125, PO130, PO161, PO166  
MARTINS, LJT ..... PO055,  
PO171, PO193  
MARTINS, MG ..... PO129  
MATHEUS, P ..... PO175  
MATHIAS FILHO, I ..... PO012,  
PO107, PO186, PO188, PO190  
MEDEIROS, GA ..... PO168  
MEDEIROS, HL ..... PO022,  
PO054, PO174  
MEDEIROS, IIF ..... PO026,  
PO051  
MEDEIROS, IL ..... PO095,  
PO147, TL009, TL010, TL019  
MEDEIROS, JT ..... PO049  
MEDEIROS, LL ..... PO143  
MÉDICI, JPO ..... PO071  
MELO, I ..... PO039,  
PO059, PO154, TL004  
MELO, LAL ..... PO001,  
PO017, PO028, PO072, PO075,  
PO087, PO139, PO181  
MELO, LMB ..... PO142,  
PO144

MELO, LRS..... PO050  
 MENDES, CMM..... PO155,  
 PO173  
 MENDES, HW..... PO010,  
 PO065, PO125, PO130, PO161,  
 PO169, PO176, PO178, PO179  
 MENDONÇA, TO..... PO147  
 MENEZES, AQ..... PO014,  
 PO015, PO177, PO184  
 MENEZES, I..... PO057,  
 PO058  
 MENEZES, JN..... TL006  
 MENEZES, LR..... PO148  
 MERKLE, DS..... TL006  
 MEYER, MECS..... PO068  
 MIGLIORE, R..... PO081  
 MINÁ, NM..... PO031  
 MINAMOTO, H..... PO013,  
 PO151, PO191, TL005, TL018  
 MIOTTO, A..... PO002,  
 PO005, PO064, PO111, PO112,  
 PO115, PO119, PO121, PO192,  
 PO194, TE001, TL007, TL011  
 MONACO, M..... TL006  
 MONTE, PB..... PO040  
 MONTEIRO, AC..... PO045  
 MONTEIRO, MR..... PO171  
 MONTEIRO, SAC..... PO073  
 MORAES, MNA..... PO129  
 MORAIS FILHO, JEA..... PO016  
 MORAIS, HB..... PO070  
 MORAIS, LLG..... PO011  
 MORARD, MRS..... PO133  
 MORESCHI, AH..... TL001  
 MOTA, ABR..... PO016,  
 PO018, PO082, TL014  
 MOTA, HJ..... PO016,  
 PO018, PO082, TL014  
 MOURA NETO, AC..... PO051  
 MOURÃO, AEP..... PO178

## N

NADAI, TR..... PO023,  
 PO085, PO118, PO122, PO132,  
 PO162  
 NASCIMENTO, MB..... PO130,  
 PO185  
 NASCIMENTO II, JF..... PO036,  
 PO155  
 NEGRI, AL..... PO179  
 NEGROMONTE, KKM..... PO038  
 NERI, MA..... PO171  
 NEVES, JBV..... PO070  
 NIETMANN, H..... PO134  
 NOGUEIRA, ASM..... PO029,  
 PO141, TL019  
 NOGUEIRA, IC..... TL009

## O

OLIVEIRA, A..... PO022,  
 PO054, TL013  
 OLIVEIRA, CVO..... PO014,  
 PO177  
 OLIVEIRA, FR..... PO095  
 OLIVEIRA, GA..... PO117  
 OLIVEIRA, HA..... PO001,  
 PO075, PO139, PO181  
 OLIVEIRA, LCS..... PO088  
 OLIVEIRA, LL..... PO049  
 OLIVEIRA, LSD..... PO142  
 OLIVEIRA, M..... PO020  
 OLIVEIRA, MT..... PO104  
 OLIVEIRA, PHA..... PO011,  
 PO056, PO084, PO128, PO167  
 OLIVEIRA, R..... PO059,  
 PO154, TL004, TL023  
 OLIVEIRA, TC..... PO102  
 OLIVEIRA, TRB..... PO030  
 OSORIO, CT..... PO042  
 OTA, LH..... TE001

## P

PAIVA, ALS..... PO031,  
 PO060, PO149  
 PALOMINO, AM..... PO175  
 PALUDO, AO..... PO008  
 PANIAGUA, PR..... PO139  
 PANIZ, ÉV..... PO117  
 PASSOS, MVM..... PO142  
 PAULO, MC..... PO068  
 PEDREIRA, CM..... PO039,  
 TL004  
 PEDROSA, ASS..... PO086  
 PEDROSO, JPL..... PO196  
 PÊGO-FERNANDES, PM..... PO013,  
 PO096, PO098, PO120, PO127,  
 PO151, PO170, PO191, TE002,  
 TL003, TL005, TL008, TL012,  
 TL018  
 PEIXOTO, LC..... PO077  
 PELISSARI, GA..... PO039,  
 PO059  
 PEREIRA, EDB..... TL009  
 PEREIRA, ES..... PO126  
 PEREIRA, LPE..... PO191  
 PEREIRA, RM..... PO044  
 PEREIRA, SP..... PO077  
 PEREIRA, STL..... PO039,  
 PO059, PO154, PO189, TL004,  
 TL023  
 PERES, JC..... PO174  
 PERFEITO, JAJ..... PO005,  
 PO109, PO114, PO116, PO194,  
 TL007, TL013  
 PESSOA, DP..... PO029,

PO031, PO088, PO135, PO145,  
 TL010  
 PESSOA, RMR..... PO001,  
 PO072  
 PIAULILINO, MA..... PO017,  
 PO075, PO181  
 PILLA, ES..... TL002  
 PIMENTA, AB..... PO009,  
 PO034, PO035, PO037, PO080,  
 PO097, PO103, PO158  
 PIMENTEL, M..... PO032,  
 PO068, PO093, PO153, PO182,  
 TL002  
 PINHEIRO, RCA..... PO047,  
 PO048  
 PINHO, AJM..... PO009,  
 PO034, PO035, PO037, PO080,  
 PO097, PO103, PO158  
 PINTO FILHO, DR..... TL017  
 PINTO, BM..... TL017  
 PINTO, JAF..... PO172  
 PINTO, PJJ..... PO129  
 PINTO, VM..... TL017  
 PIOLI, M..... PO117  
 POZZOBOM NETO, A..... PO196

## Q

QUAGLIO, RC..... PO023,  
 PO085, PO122  
 QUAGLIO, RC..... PO132  
 QUEIROGA, FAB..... PO137,  
 TL022  
 QUINTA JÚNIOR, LF..... PO010,  
 PO166, PO185

## R

RAPOSO, TCS..... PO193  
 REBELO, VB..... PO044  
 REMOLINA, C..... PO043,  
 PO079, PO092, PO099  
 RESENDE, MA..... PO077  
 RIBEIRO, DOC..... PO129  
 RIESGO, AS..... PO021,  
 PO025, PO052  
 RITTER, JC..... PO168  
 RIZZO, L..... TE001  
 ROCHA, GR..... PO062,  
 PO195  
 RODRIGUES, AJ..... PO164,  
 TL024  
 RODRIGUES, IF..... PO134  
 RODRIGUES, LB..... PO187  
 RODRIGUES, LGV..... PO019  
 RODRIGUES, OJ..... PO077  
 RODRIGUES, OR..... PO108,  
 TL006  
 RODRIGUES, PM..... PO169

RODRIGUES, RBE..... PO033,  
PO071, PO089  
RODRIGUEZ, JA ..... PO043,  
PO079, PO092, PO099  
ROSA, OAP..... PO196  
ROSENBERG, NP..... PO024,  
PO067, PO078, PO153, TL002

---

## S

SÁ, IC ..... PO053  
SABBION, RO..... TE002  
SABRITO, ACS..... PO006  
SAITO, EH ..... PO012,  
PO083, PO091, PO104, PO107,  
PO124, PO186, PO188, PO190,  
PO197  
SALLES, CHA ..... PO011  
SALLUM, R..... PO013  
SAMANO, MN..... PO151  
SANTO, GFE..... PO057  
SANTORO, IL ..... PO114,  
PO116  
SANTOS JUNIOR, AO ..... PO130,  
PO169  
SANTOS NETTO, JM..... PO029,  
PO088, PO135, PO136, PO137,  
PO141, PO145, TL010, TL022  
SANTOS, JPV ..... PO046  
SANTOS, LP ..... PO114,  
PO116  
SANTOS, MVN ..... PO139  
SANTOS, RC..... PO148,  
PO150  
SANTOS, RP..... PO143,  
PO144  
SANTOS, RS..... PO101,  
PO174  
SANTOS, TS ..... TL003  
SAPUCAIA, PPCB..... PO054  
SAPUCAIA, RLPCB..... PO022,  
PO054, PO101, PO174  
SARMENTO, PA..... PO137,  
PO141, TL022  
SASSI, LO ..... PO032,  
PO182, TL002  
SAUERESSIG, MG..... PO117,  
TL001  
SCARPELINI, S..... PO118,  
PO162  
SCHIO, NA..... TE005  
SCHNEIDER, A..... PO113,  
PO172, PO183, TL016  
SCHWARZ, P..... PO117  
SCORDAMAGLIO, PR..... PO175  
SEABRA, JCT ..... PO041,  
PO061, PO110, PO198  
SENBKAVLAVACI, Ö..... PO069  
SILVA JUNIOR, CAR ..... PO065,

PO161, PO185  
SILVA JUNIOR, DP ..... PO073  
SILVA NETO, EG..... PO038  
SILVA, AM..... PO036,  
PO155  
SILVA, ÉF..... PO008  
SILVA, FA..... PO014,  
PO015, PO177  
SILVA, FA..... PO184  
SILVA, FJC ..... PO157  
SILVA, FM..... PO032,  
PO068, PO093, PO182  
SILVA, GMS ..... PO019,  
PO027, PO047, PO056, PO057,  
PO058, PO066, PO076, PO084,  
PO126, PO128, PO167  
SILVA, HB ..... PO180  
SILVA, KM..... PO070  
SILVA, MF..... PO026,  
PO051  
SILVA, RV..... PO001,  
PO017, PO028, PO072, PO075,  
PO087, PO139  
SILVA, SC..... PO038,  
PO049, PO074, PO138  
SILVA, TDNC..... PO038  
SIMONETI, LEL..... PO003,  
PO004, PO006, PO007, TL021  
SINISCALCHI, RT ..... PO090,  
PO165  
SIQUEIRA, RP ..... PO135,  
PO136  
SIQUEIRA, VR ..... PO055,  
PO193  
SOARES, JVS..... PO030  
SOMBRA, KO ..... PO095  
SOMBRIO, LL ..... PO172  
SORIANO, G ..... PO100  
SOUSA, AFS ..... PO036,  
PO155  
SOUSA, AMC..... PO131  
SOUSA, RC ..... PO026  
SOUSA, RT ..... PO156  
SOUZA FILHO, MCM..... PO143,  
PO144  
SOUZA, R ..... PO124  
SOUZA, RC..... PO194  
SOUZA, TS ..... PO195  
SPERANDIO, CR..... PO045,  
PO049, PO074, PO138  
STAHELIN, AHS..... PO068,  
PO093, PO153  
STREMPER, M ..... PO069,  
PO152  
SUCCI, JE..... PO002,  
PO005, PO064, PO115  
SUZUKI, I ..... PO175  
SUZUKI, SS ..... PO108

---

## T

TAKAHASHI, TY..... PO081  
TAMAGNO, MFL..... PO013,  
PO191, TL005, TL018  
TEIXEIRA, LR ..... TE002  
TEIXEIRA, R..... PO039,  
PO189, TL004, TL023  
TENÓRIO, LEM ..... PO011  
TEODORO, JAAM ..... PO168  
TERCEIRO, DA ..... PO157  
TERRA, RM ..... PO096,  
PO098, PO105, PO120, PO127,  
TE002, TL003, TL008, TL012  
THOMAZ, LDGR ..... PO003,  
PO004, PO006, PO007, PO008,  
TL021  
TITO, RLA..... PO029,  
PO088, PO095, PO136, TL010  
TORO, IFC ..... PO041,  
PO061, PO110, PO198  
TORQUATO, NFL ..... PO129  
TOSCANO, E ..... PO131  
TRUJILLO, YA ..... PO043,  
PO079, PO092, PO099  
TSUKAZAN, MTR ..... PO172

---

## U

URBANO, PC..... PO023,  
PO085, PO122  
URBANO, PC..... PO132

---

## V

VAENA, MLHT ..... PO091  
VAHL, CF ..... PO069,  
PO152  
VALENZUELA, CAFB..... PO065,  
PO123, PO169, PO176  
VARGINHA NETO, SS..... PO104  
VEGA, AJD ..... PO096,  
PO105  
VELOSO, AU..... PO081  
VERAS, GPM..... PO107,  
PO186, PO188, PO190  
VIANA, RAV ..... PO016,  
PO018, TL014  
VIANA, TC..... PO138  
VIANNA, ESO ..... PO023  
VICENTE, WVA..... PO164,  
TL024  
VIEIRA, A ..... PO172  
VIEIRA, DF ..... PO040  
VIEIRA, YTH..... TL023  
VIRLA, AF..... PO133

---

## W

WESTPHAL, FL..... PO044,

PO055, PO073, PO171, PO193

---

**X**

---

XAUBERT, RV ..... PO052  
XIMENES NETTO, M..... PO017,  
PO028, PO075, PO087, PO181  
XIMENES, EN ..... PO028,  
PO181

---

**Y**

---

YAEKASHI, ML..... PO108

---

**Z**

---

ZAMBARDA, K..... PO021,  
PO025, PO094

ZAMBONI, M..... PO131  
ZIEMINIZAK, GD..... PO006,  
PO007, TL021  
ZOBIOLE, AF..... PO011,  
PO019, PO047, PO048



## Grampeador Automático iDrive™ Ultra



*Compatível com todo o portfólio de cargas Endo GIA™ e com a tecnologia Tri-Staple™, o grampeador automático iDrive™ Ultra propicia manuseio completo com uma única mão, com operação ao alcance de um botão.*

- *Ergonômico, o acionamento por botões propicia pontos ilimitados de articulação a 45° tanto pela esquerda quanto pela direita;*
- *Estabilidade sem precedentes durante a operação: reduz movimentos indesejados, comuns nos dispositivos manuais;*
- *Único dispositivo para todas as cargas: compatível com toda a tecnologia de endogrampeamento Covidien, incluindo as cargas Endo GIA™ com tecnologia Tri-Staple™.*

**DESEMPENHO AVANÇADO A CADA PASSO**

PATROCÍNIO DIAMANTE



COVIDIEN

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

PATROCÍNIO PRATA



PATROCÍNIO BRONZE



**BIOCARDIO**  
comércio e representação ltda  
*Excelência em Material Cirúrgico*



E. TAMUSSINO  
CIRURGIA LTDA  
Fundada em 1999



**Denuo**  
m o d i o



**MAQUET**  
GETINGE GROUP



**Takeda**



**OLYMPUS**

APOIO



**COOPCARDIO**



Hospital de Messejana  
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes



**CNPq**  
Conselho Nacional de Desenvolvimento  
Científico e Tecnológico



**CAPES**

Ministério da  
Educação



GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PÁTRIA EDUCADORA

AVAL CIENTÍFICO



**ALAT**

Asociación Latinoamericana de Tórax  
Associação Latino-americana do Tórax

ORGANIZAÇÃO



**WONE**  
EVENTOS

AGÊNCIA OFICIAL



**N**  
Naja Turismo

COMPANHIA AÉREA OFICIAL



**LAN TAM**  
GRUPO LATAM AIRLINES