

CIRURGIA TORÁCICA

026 – PNEUMONECTOMIA INTRAPERICARDICA. ABORDAGEM CIRÚRGICA E DESAFIOS NO PER-OPERATORIO

Macedo A Junior, Bonomi D, Rossi RV, Sodre R

Hospital Luxemburgo – Mario Penna

Os pacientes portadores tumores de pulmão com indicação de abordagem cirúrgica devem ser exaustivamente estudados devidos os riscos e a morbidade da operação. Mesmo com toda cautela nos deparamos com situações não esperadas no pré operatório. Apresentamos 3 casos recentes de pacientes submetidos a pneumonectomia esquerda para tratamento de tumor de pulmão. Todos os pacientes foram amplamente estudados e no pré operatório não existia sinais de doença no mediastino. No per operatório notamos invasão hilar não permitindo dissecação vascular segura extra pericárdica. Um dos pacientes tinha historia de cirurgia de revascularização previa o que dificultou mais a abordagem intra pericárdica. Todos os pacientes tiveram boa evolução no pós operatorio imediato. **Discussão:** por vezes o cirurgião torácico se depara com lesões localmente avançadas que impedem dissecação vascular segura. Percebemos que a pneumonectomia intra-pericardica é uma boa tática na resolução desses problemas.

027 – RESULTADOS DE FIBROBRONCOSCOPIAS EM PACIENTES COM SIDA

César JMS

Objetivos: apresentar os resultados de fibrobroncoscopias realizadas em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência adquirida (SIDA). **Material e Método:** estudo descritivo com dados obtidos em registros de prontuários de pacientes com SIDA submetidos a fibrobroncoscopia durante o período de fevereiro de 2007 a agosto de 2008. **Resultados:** foram realizadas 120 fibrobroncoscopias, sendo 99 pacientes do sexo masculino. Média de idade de 34,8 anos (19 a 69 anos). A contagem de CD4 foi menor que 200 em 39 pacientes (87%). A principal imagem radiológica foi o infiltrado pulmonar em 63% dos pacientes (76). Exame radiológico normal em 12% dos pacientes (14). Lavado brônquio-alveolar (LBA) foi realizado em 114 exames (95%), biópsia transbrônquica (BTB) em sete (6%) e biópsia endobrônquica (BB) em 14 (12%). O achado broncoscópico foi normal em 80 procedimentos (67%), lesão vegetante em nove (8%), estenose em um (0,8%), Kaposi em um (0,8%), secreção purulenta em 15 (13%). Entre 37 LBA analisados, 33 foram não diagnósticos (89%), dois apresentaram baar positivo (5%) e um cândida (3%). Biópsia transbrônquica mostrou um diagnóstico de pneumonia intersticial e a biópsia endobrônquica um linfoma. **Conclusões:** concluímos que o LBA apresentou baixo rendimento diagnóstico.

028 – FÍSTULA ESÔFAGO-BRÔNQUICA BENIGNA ADQUIRIDA: RELATO DE 2 CASOS

Amaral N, Alves C, Vilhena A, Val A, Brand L

Serviços de Cirurgia Torácica e Endoscopia Respiratória dos Hospitais: Julia Kubitschek, Madre Teresa - Belo Horizonte

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

029 – LAVAGEM PULMONAR NO TRATAMENTO DA PROTEINOSE ALVEOLAR

Vilhena A, Amaral N, Alves C, Brand L, Val A

Serviço de Cirurgia Torácica e Endoscopia Respiratória - Hospital Júlia Kubitschek - Belo Horizonte

Introdução: a proteinose alveolar é afecção pulmonar rara, de causa desconhecida, caracterizada pelo acúmulo de lipoproteínas no espaço alveolar que resulta em prejuízo das trocas gasosas, hipoxemia e cor pulmonale. A lavagem pulmonar é o tratamento indicado até o momento para essa afecção. **Objetivos:** este trabalho visa analisar a experiência do Serviço com a realização da lavagem pulmonar para tratamento da proteinose alveolar. **Materiais e Métodos:** foram analisados retrospectivamente os prontuários dos pacientes submetidos a lavagem pulmonar para tratamento da proteinose alveolar no período de janeiro de 1997 a junho de 2007. **Resultados:** foram revisados os prontuários de três pacientes portadores de proteinose alveolar submetidos a lavagem pulmonar terapêutica. Todos os pacientes eram do sexo masculino e a idade média foi de 33 anos. O sintoma predominante foi a dispnéia. O diagnóstico foi obtido através de biópsia pulmonar à céu aberto em dois casos e lavado broncoalveolar em 01 caso. Foram realizadas nove lavagens pulmonares conforme técnica descrita por Ramirez, 1965. As lavagens eram realizadas alternando-se os lados com tempo médio de intervalo de um mês na maioria dos procedimentos. Houve relato do paciente de melhora da dispnéia em sete lavagens pulmonares. Identificamos como complicações dois casos de taquipnéia transitória logo após o procedimento, sendo necessária ventilação não invasiva em um deles e um caso de pneumonia. Não houve óbito ou relato de piora persistente do quadro decorrentes da lavagem pulmonar. **Conclusão:** a lavagem pulmonar é procedimento eficaz e seguro para tratamento da proteinose alveolar.

030 – ABRONCOPLASTIA COM ANASTOMOSE DO BRÔNQUIO PRINCIPAL COM O BRÔNQUIO DO LOBO SUPERIOR DIREITO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO. OS BENEFÍCIOS SUPLANTAM OS RISCOS? RELATO DE CASO

Bonomi D, Macedo AJ, Sodre R, Conegundes J, Gattas G

Hospital Municipal de Contagem

Introdução: portadores de tumores com protrusão na via aérea principal tendo ou não comprometimento pulmonar tem indicação de procedimentos como a broncoplastia. A broncoplastia tem o objetivo de poupar parênquima pulmonar permitindo uma melhor recuperação pós operatória. **Método:** apresentamos caso de uma paciente do sexo feminino com diagnóstico de carcinoma escamo celular causando obstrução do brônquio intermediário e infiltração do brônquio principal direito. Após extensa propedêutica pré operatória foi submetida a bilobectomia inferior e broncoplastia do brônquio do lobo superior com o brônquio principal direito. Apresentou pós operatório satisfatório. **Discussão:** esse tipo de broncoplastia é muito pouco utilizada pelos riscos maiores de complicação da anastomose principalmente devido a angulação da mesma. Parece que o benefício da melhor função pulmonar suplanta os riscos da broncoplastia.

031 – FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ESPONTÂNEA. TRATAMENTO DE AFECÇÃO RARA

Bonomi D, Sodre RL, Conegundes J, Macedo A Junior

Hospital Municipal de Contagem

Introdução: a fístula traqueoesofágica é uma patologia na qual existe um contato entre a luz da traquéia e do esôfago. Essa condição rara, de etiopatogenia diversa, com frequência produz infecções pulmonares de repetição pela aspiração do conteúdo gastro-esofágico para a árvore brônquica. **Apresentação do caso:** W.S., masculino, 27 anos, HIV positivo, controlado do ponto de vista clínico, com CD4+ alto e carga viral baixa. História de infecção pulmonar prévia, sem diagnóstico firmado. Apresentava tosse pós-alimentação. Endoscopia digestiva alta evidenciou fístula traqueo-esofágica. Broncoscopia revelou que fístula era proximal à carina. Tomografia computadorizada de tórax não mostrou lesões ou massas nem linfadenomegalias. Realizada toracotomia pósterio-lateral direita, rafia primária de esôfago e de traquéia com interposição de patch de pericárdio homólogo. Paciente evoluiu bem, sendo a dieta liberada no 4º DPO. Alta no 7º DPO. **Discussão:** o paciente portador do vírus da imunodeficiência humana está predisposto a diversas afecções pulmonares, sendo o desenvolvimento da fístula esôfago-respiratória uma das descritas. Essa condição rara é de abordagem desafiadora para o cirurgião e sua equipe multidisciplinar.

032 – TRATAMENTO DA HÉRNIA DE HIATO RECIDIVADA POR TORACOTOMIA. SERIA ESSA A MELHOR VIA DE ACESSO?

Bonomi D, Bichara DSJ, Bichara DG, Moura H, Sodré R, Macedo A Junior

Hospital Santa Rita

Introdução: a prevalência da hérnia de hiato recidivada encontra-se entre 6 a 10%¹, sendo determinada no pós-operatório das intervenções primárias, pelo retorno ou persistência dos sintomas (pirose, regurgitação, disfagia, tosse), e/ou evidências fisiológicas (pHmetria e manometria esofágica) e/ou anatômicas (esofagografia e endoscopia). **Relato do Caso:** mulher, 45a, submetida a Hiatoplastia laparoscópica devido a hérnia hiatal tipo I associada a sintomas e alterações fisiológicas. Retornou 1 ano após com a mesma sintomatologia, sendo diagnosticada recidiva da hérnia hiatal por deslizamento. Foi proposta Hiatoplastia por toracotomia. Boa evolução e alta no 3º dia pós-operatório. **Resultados:** após seis meses de acompanhamento a paciente evoluiu sem recidiva de sintomas. **Discussão:** apesar de vários estudos demonstrarem semelhança entre a abordagem laparoscópica e a por toracotomia na correção da hérnia hiatal recidivada, esta última se caracteriza pelo menor tempo cirúrgico e pela maior facilidade técnica por permitir melhor exposição da porção torácica e abdominal do esôfago.

033 – LACERAÇÃO IATROGÊNICA DE TRAQUEIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Bonomi D, Torres Junior LG, Menezes CL, Estevam D, Torres T, Macedo A Junior, Sodre RL

Hospital Municipal de Contagem e Hospital Vila da Serra

Objetivo: relatar dois casos de lesão traqueal iatrogênica com pronto atendimento cirúrgico. A indicação de tratamento é controversa, podendo ser conservador ou cirúrgico. Discussão de quais casos devem ter abordagem cirúrgica. **Relato do caso:** Caso 1: Mulher, portadora de IRC evoluiu com insuficiência respiratória aguda e rebaixamento do nível de consciência. Foi intubada com uso de guia orientador de intubação orotraqueal. Evoluiu prontamente com enfisema subcutâneo e piora respiratória. Foi submetida a drenagem torácica bilateral evoluindo com piora do enfisema. Tomografia de tórax mostrava importante enfisema de mediastino. Fibrobroncoscopia evidenciou extensa lesão traqueobrônquica. Abordagem por toracotomia posterolateral direita e rafia da lesão que se estendia do terço médio da traquéia até o terço proximal do brônquio principal direito. Caso2: Mulher com diagnóstico de pneumonia comunitária evoluindo com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica. Relato de intubação difícil. A paciente evoluiu com enfisema de partes moles e a tomografia evidenciou enfisema de mediastino. Fibrobroncoscopia mostrou lesão extensa de traquéia cervico torácica impedindo adaptação de tubo oro traqueal distal à lesão pois o balonete do mesmo ficava sobre a lesão. **Conclusão:** através de revisão de literatura podemos perceber a importância do tratamento precoce das lesões extensas da traquéia, sendo que as lesões de pequeno grau, seja em extensão, seja em profundidade, podem ser controladas conservadoramente. Enquanto que lesões de maior gravidade exigem tratamento cirúrgico, a fim de evitarem-se complicações.

034 – LINFOMA MALT DO PULMÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Bonomi D, Estevam D, Sodré RL, Macedo AJ

Hospital do Barreiro

Introdução: o linfoma de células B da zona marginal extranodal do tecido linfóide associado à mucosa (linfoma MALT) é um tumor raro quando comparado à ocorrência de outros tumores não - Hodgkin primários (LNH), com uma frequência menor que 1% de todos os tumores LNH1. Quando comparamos sua incidência com a de outros tumores pulmonares, ela torna-se ainda menor, cerca de 0,5 a 1% 2. **Relato do caso:** Homem, 65 anos, internado para elucidação diagnóstica de lesão pulmonar, com tomografia de tórax passada que mostrou tal alteração. Evoluindo desde então assintomático, nega dispnéia, dor torácica, perda de peso ou febre. Ex-tabagista, fumou durante aproximadamente 15 anos. Não fuma há 14 anos. **Resultados:** nova tomografia de tórax: opacidade irregular em lobo superior do pulmão direito, de formato geográfico, com broncogramas aéreos em sua intimidade, com extensão periférica e justa-hilar. Submetido a segmentectomia pulmonar em cunha para biópsia. O exame anatomopatológico mostrou histologia compatível com o diagnóstico de doença linfoproliferativa sugerindo linfoma não Hodgkin de grandes células. O estudo imuno-histoquímico, com os marcadores CD20 e antígeno de proliferação celular Ki-67 positivos e os marcadores CD23, CD3, CD5, ciclina-D1, citoteratinas de 40,48 e 50,6 KDa e proteína bcl-6 negativos, confirmaram o diagnóstico de linfoma MALT. **Comentário:** apesar de ser um tumor raro do tipo não Hodgkin, este é o tipo mais comum de linfoma primário do pulmão, necessitando, assim, de um diagnóstico preciso, sem o qual não é possível um correto estadiamento a fim de se indicar o tratamento mais eficaz a fim de se garantir uma boa sobrevida ao paciente.

035 – SIMPECTOMIA POR VIDEOTORACOSCÓPIA: ESTUDO PROSPECTIVO E EXPERIÊNCIA INICIAL DO HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM

Leal RS, Noletto MM, Silva TT, Macedo A Junior, Bonomi D

Hospital Municipal de Contagem

Introdução: a hiperhidrose primária é uma desordem caracterizada por sudorese excessiva difusa ou localizada. Existem inúmeros métodos terapêuticos não-invasivos que, em geral, não solucionam o problema, o que gera mais ansiedade, dispêndio de tempo e de dinheiro para os pacientes que sofrem com hiperhidrose. A ressecção de parte da cadeia simpática torácica está indicada em casos de hiperhidrose, e pode ser feita através de cirurgiotoracoscópica apresentando bons resultados e poucas complicações. **Objetivo:** demonstrar a experiência inicial do serviço de cirurgia torácica do Hospital Municipal de Contagem (HMC) na realização de simpectomia por videotoracoscopia em pacientes com hiperhidrose primária, comparar grau de satisfação dos pacientes simpectomizados, presença de sudorese reflexa e principais complicações. **Material e métodos:** estudo prospectivo de 15 pacientes com hiperhidrose primária, submetidos à simpectomia por videotoracoscopia no HMC, com segmento médio de 1 ano. As variáveis analisadas foram: início dos sintomas, local de sudorese, tempo de evolução dos sintomas, história familiar, nível de ablação cirúrgica, hiperhidrose reflexa, complicações e satisfação com o resultado da cirurgia. **Resultados:** amostra de 15 pacientes (n=15), com idade média de 26 anos, sendo 73,3% do sexo feminino (n=11) e 26,6% do sexo masculino (n=4). 46,6% dos pacientes apresentavam sudorese palmar e plantar, 13,3% somente palmar, 13,3% somente axilar e 26,8% em outras localizações. 80% dos pacientes (n=12) ficaram satisfeitos, com melhora dos sintomas entre 7 a 10 após a cirurgia. A sudorese reflexa esteve presente em 66,6% dos pacientes (n=10), sem uma localização padrão. Em nenhum dos casos houve complicações. **Conclusão:** A simpectomia propiciou elevado grau de satisfação e baixo índice de complicações. A sudorese reflexa esteve presente na maioria dos pacientes, sem padrão de localização.

036 – CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS PRIMÁRIO DO ESÔFAGO. O CIRURGIÃO TORÁCICO TEM FUNÇÃO NAS DOENÇAS DO ESÔFAGO?

Macedo A Junior, Gattas G, Sodre R, Bonomi D

Hospital Municipal de Contagem

Paciente do sexo feminino 42 anos, com quadro de disfagia lentamente progressiva iniciada em meados de 2007, inicialmente tratada como “gastrite”, inclusive com utilização de omeprazol, apenas com melhora parcial dos sintomas. EDA Agosto 2008: lesão do terço proximal do esôfago - 22 cm ADS. Laudo anatomo patológico mostrou mucosa esofagiana com epitélio íntegro, córion quase totalmente ocupado por neoplasia maligna constituída por massas densas de pequenas células com núcleos redondos, hiperclomáticos, pleomórficos, com raros nucléolos e alto índice mitótico. Citoplasma escasso e mal definido. Presença de várias figuras de apoptose. Sem ulceração ou necrose. Enviada biópsia endoscópica para estudo imunohistoquímico, visando melhor esclarecimento diagnóstico. Quadro histológico associado ao perfil imuno-histoquímico corrobora o diagnóstico de CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS. Marcador de proliferação celular MIB-1 (Ki67) é positivo em 70-80% das células (VR: < 20%= Baixo índice; 20-40%= Médio índice; >40%= Alto índice de proliferação). Paciente submetida a tratamento cirúrgico com esofagectomia linfadenectomia três campos e reconstrução com tubo gástrico. Teve boa recuperação pós-operatória, recebeu alta no 7o. DPO. Paciente foi encaminhada para tratamento adjuvante com quimiorradioterapia. Atualmente com boas condições clínicas, mantendo acompanhamento clínico-oncológico. **Conclusão:** as afecções malignas do esôfago são melhores tratadas com abordagem em 3 campos. O papel do cirurgião torácico nas doenças do esôfago são portanto fundamentais na ressecção do tempo torácico.

037 – SCHWANNOMA DO NERVO VAGO INTRATORÁCICO: RELATO DE CASO

Veloso AU, Filho LB

Objetivos: relatar a experiência de um hospital escola na abordagem diagnóstica e terapêutica de tumor neurogênico do mediastino médio. **Métodos:** Relato de caso através de revisão de prontuário. **Relato do Caso:** o paciente estudado é do sexo masculino, 50 anos, previamente hígido, apresentando quadro recente de tosse que motivou a realização de uma radiografia do tórax. Apresentou neste exame o achado radiológico de uma tumoração paratraqueal direita. Foi então feita uma tomografia de tórax que mostrou tumoração em mediastino médio, em situação paratraqueal direita. Feito então mediastinoscopia para biópsia da lesão e o achado histopatológico foi de Schwannoma. Em seguida foi submetida à toracotomia direita para ressecção da lesão onde foi identificado que a mesma se originava do nervo vago direito. **Resultado:** os schwannomas torácicos são neoplasias benignas que em sua grande maioria se originam no sulco costovertebral. A origem destes tumores a partir de estruturas neurais do mediastino médio, como os nervos vagos e frênicos, são extremamente raras e existem poucos casos relatados na literatura. O tratamento é a excisão completa da lesão.

E-mail do autor: andreurquizaveloso@gmail.com

038 – HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSE DE RÁPIDA INSTALAÇÃO*

Costa LGFS¹, Brum TL², Barros MGCRM³, Brum VL⁴, Silva CM⁵, Brito EA⁵

Objetivo: relatar e discutir o caso de um paciente que apresentou hemorragia pulmonar de instalação rápida como complicação da infecção por *Leptospira*, sendo acompanhado no Centro de Terapia Intensiva do Hospital São José do Avaí, Itaperuna, RJ. **Relato De Caso:** paciente do sexo masculino, 46 anos, branco, solteiro, natural de Itaperuna, RJ, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital São José do Avaí com queixa de febre (T = 39° C), cefaléia frontal, mialgia, náusea e dor abdominal difusa de início há 48 horas. Apresentava escoriações no pé direito e relatava contato com água de enchente a sete dias do início dos sintomas. De relevante na história patológica pregressa havia relato de intoxicação por carbamato há quatro meses. História de tabagismo (30 maços/ano) e etilismo crônico. Ao exame físico da admissão apresentava bom estado geral, lúcido e orientado, desidratado (+2/+4), hiperemia conjuntival, eupnéico, acianótico, anictérico e afebril. Pressão arterial = 130 x 80 mmHg, frequência cardíaca = 100 bpm. Aparelho cardiovascular, pulmonar e abdominal sem alterações. Membros inferiores com pulsos presentes, panturrilhas livres e escoriações no pé direito. Foi solicitado radiografia de tórax (Figura 1), exames laboratoriais e pesquisa de leptospira em campo escuro. De significativo ao exame laboratorial foi encontrado: leucócitos: 15.900 mm³ (bastões: 9%, segmentados: 70%, linfócitos: 17%), hematócrito: 31%, hemoglobina: 11,1 g%, plaquetas: 79.000, uréia: 31,8 mg/dL, creatinina: 1,3 mg/dL, Na: 135 mEq/L, K: 3,2 mEq/L, Bilirrubina total: 1,3 (Direta: 0,6/Indireta: 0,7), pesquisa de *Leptospira*: negativa. Foi iniciado tratamento com penicilina cristalina 3 milhões, por via venosa a cada 4h, hidratação venosa e antitérmico. Após 24 horas evoluiu com hemoptóicos e insuficiência respiratória aguda, sendo então transferido para CTI. Foi submetido à ventilação não invasiva, porém devido à não resposta do paciente realizou-se intubação traqueal e acoplado à prótese ventilatória. Foram colhidas hemoculturas e mantida penicilina cristalina devido a forte suspeita diagnóstica de leptospirose. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica, com funções excretoras preservadas, melhora dos parâmetros ventilatórios e extubado após quatro dias. Nas amostras de hemocultura não houve crescimento algum, assim como na cultura do aspirado traqueal. A sorologia por microaglutinação para leptospirose foi positiva. Onze dias da admissão obteve alta hospitalar, após melhora dos sintomas e do quadro radiológico (Figura 3). **Discussão:** o acometimento pulmonar não é uma complicação incomum da leptospirose, com incidência de 20% a 70% dos casos, portando é de extrema relevância a avaliação pulmonar criteriosa desses pacientes. O envolvimento pulmonar é caracterizado por uma pneumonite hemorrágica, com lesão primária no nível das células endoteliais pulmonares 6. Os sintomas pulmonares mais frequentes são tosse, hemoptise e dor torácica 7,8. Hemoptise foi observada em 3% a 25% dos casos da maioria dos estudos, embora exista relato de 50% 9. Importante ressaltar é que a ausência de hemoptise não é indicativa de menor extensão das lesões pulmonares 9. As anormalidades radiológicas torácicas ocorrem frequentemente de 3 a 9 dias após o início da doença. Em todos os pacientes as alterações foram bilaterais, sem distribuição lobar e, em cerca de 50%, foram envolvidas principalmente as regiões periféricas dos pulmões 7,8. O tratamento da hemorragia alveolar deve ser iniciado o mais precoce possível, com oxigenoterapia e ventilação com pressão positiva ao final da expiração, visando evitar a síndrome do desconforto respiratório agudo e hemoptises maciças 10. Portanto, é necessário atentar ao exame do aparelho respiratório, acompanhado de exame radiológico de tórax seriado e gasometria arterial, para rápida realização do diagnóstico, e imediata conduta terapêutica diante desta complicação pulmonar, fator este decisivo para o prognóstico do paciente.

E-mail do autor: guigario@hotmail.com

Endereço para correspondência: Satiro Garibaldi 358, centro Itaperuna-RJ CEP: 28.300.000



Figura 1 – Radiografia de tórax na admissão (PA) inicial sem alterações.

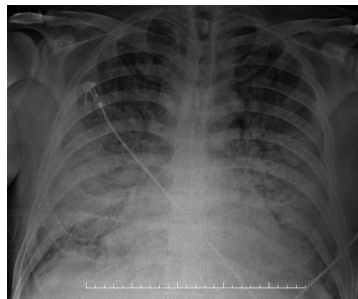


Figura 2 - Radiografia de tórax (PA) 24 horas após internação evidenciando infiltrados alveolares em ambas as bases



Figura 3 - Radiografia de tórax (PA) 11 dias após com resolução radiológica.

¹ Especialista em Pneumologia e Tisiologia.

² Especialista em Clínica Médica e Geriatria.

³ Residente (2º Ano) em Clínica Médica do HSJA/Itaperuna, RJ.

⁴ Especialista em Clínica Médica e Terapia Intensiva.

⁵ Graduanda (6º Ano) de Medicina da UNIG Campus V/Itaperuna.

039 – TRAUMA BRÔNQUICO CONTUSO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Bonomi D, Estevam D, Sodré R, Gattás G, Macedo A Junior

Hospital Municipal de Contagem

Introdução: Lesão traqueobrônquica é um evento incomum, apresentando uma incidência de 0,03% a 2,5% de todos os traumas. Por ser uma ameaça à vida, mesmo que não ocorram lesões de arcos costais, deve ser diagnosticada de imediato, pois o paciente pode apresentar piora súbita do quadro. **Relato do caso:** homem, admitido em unidade de Politraumatizados com quadro de dispnéia, confusão mental e hálito etílico. Relato de trauma de alta energia de impacto. **Resultados:** Inicialmente verificou-se pequeno enfisema subcutâneo ao nível da clavícula direita. Indicou-se a realização de radiografia de tórax, após análise adequada do trauma, que revelou pneumotórax à direita sem fraturas de costelas, realizada a drenagem de tórax com dreno tubular 32F. No dia seguinte, piora confusão mental e enfisema subcutâneo, mantendo dispnéia apesar do bom funcionamento do dreno; não houve piora da saturação de oxigênio. Tomografia mostrou pneumomediastino. Manteve-se observação clínica. Um dia depois, paciente apresentou piora do enfisema e aumento da dispnéia. Realizou-se fibrobroncoscopia, que revelou lesão de brônquio principal direito. Realizada toracotomia de urgência para realização de rafia do brônquio. Boa evolução, alta no 7º dia de pós-operatório. **Discussão:** Um diagnóstico precoce de uma lesão brônquica é importante, já que esta lesão pode produzir risco eminente de morte, quando cerca de 80% dos pacientes morrem antes de receberem cuidados adequados.

040 – TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA DIAFRAGMÁTICA

Bonomi D, Macedo AJ, Sodre R

Hospital Municipal de Contagem

O tumor fibroso solitário da pleura, também chamado de mesotelioma localizado é um tipo de tumor benigno encontrado ocasionalmente e com frequência assintomático. Descrevemos caso de um paciente do sexo masculino, 36 anos com achado ocasional de massa no hemitorax esquerdo. A tomografia mostrava íntimo contato com o diafragma. Toracotomia posterior baixa identificou tumoracao diafragmática extirpada com margens amplas e reconstruída com tela de polipropileno. **Discussão:** a abordagem desse tipo de tumor deve incluir uma ampla margem de ressecção devido ao risco de recidiva local apesar da benignidade do mesmo.

041 – EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA EM PACIENTE DEPENDENTE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

Marinho TAR, Pimenta JM, Magalhães CR, Naves SA

Serviço de Cirurgia Torácica e Endoscopia Respiratória do Hospital São Lucas de Governador Valadares

Introdução: a eventração diafragmática (ED) consiste na elevação permanente do hemidiafragma, com ausência de solução em sua continuidade. Existem dúvidas e controvérsias em sua etiologia, diagnóstico e indicações de tratamento cirúrgico. **Objetivo:** os autores relatam um caso de eventração diafragmática esquerda. Ressalta-se a indicação cirúrgica rara em pacientes adultos e o emprego da videotoracoscopia (CTVA) diagnóstica, o uso do bloqueador endobrônquico, além da técnica cirúrgica utilizada. **Método:** NG, feminino, 68 anos, quadro de insuficiência respiratória por pneumonia e relato de “hérnia diafragmática”. RX/TC evidenciaram conteúdo intestinal em posição alta no tórax e condensação lobar a esquerda. No 4º dia, realizado broncoscopia(LAB), traqueostomia e videotoracoscopia(CTVA). Confirmado ED, optou-se por medidas clínicas de combate a infecção. A paciente mantinha dependência da ventilação mecânica. Indicado frenoplicatura, a paciente evoluiu com desmame ventilatório e controle do quadro infeccioso. **Discussão:** CTVA pode ser utilizada para o diagnóstico e definição de conduta. Os autores acreditam na técnica realizada, por sua simplicidade e por conferir maior sustentabilidade a plicatura. **Conclusão:** os autores relataram caso raro de indicação cirúrgica na eventração diafragmática. CTVA possui ótima indicação nos casos duvidosos. O bloqueador endobrônquico proporcionou ótimo campo operatório. A técnica cirúrgica proporcionou desmame ventilatório imediato.

E-mail do autor: thiago-marinho@ig.com.br

042 – PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRAQUEOPLASTIA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM NO ANO DE 2009

Bonomi D, Conegundes J, Leal RS, Macedo A Junior

Hospital Municipal de Contagem

Introdução: estenose traqueal cicatricial é a causa mais frequente de estenose das vias aéreas superiores, podendo ser produzidas tanto pela intubação oral quanto pela traqueostomia. **Etiopatogenia:** balonete insuflado a altas pressões contra a parede traqueal; orifício da traqueostomia; tubo translaríngeo na glote, subglote e traquéia. **Diagnóstico:** deve ser suspeitada em todo paciente dispnéico com antecedente de intubação oro-traqueal ou traqueostomia. Os sintomas clínicos geralmente aparecem entre 1 e 6 semanas após extubação: dispnéia aos esforços, estridor, tosse estridente, dificuldade de eliminação de secreções e alterações da voz. A broncoscopia é o método de avaliação mais importante. A broncoscopia rígida permite a identificação da exata localização anatômica e do diâmetro da estenose, incluindo a distância em relação à laringe acima e à carina abaixo, e também avaliar a gravidade do segmento estenosado. **Tratamento de emergência:** medidas clínicas e broncoscopia rígida sob anestesia geral. **Métodos e Resultados:** foram submetidos a traqueoplastia no nosso serviço no ano de 2009 sete pacientes onde notamos que 4 pacientes nunca foram submetidos a traqueostomia antes da operação. Complicações ocorreram em 2 pacientes, um com granuloma na linha de anastomose e outro com deiscência total da anastomose sendo necessária reabordagem e colocação de tubo em T encoberto com músculo. **Discussão:** as operações sobre a traquéia são operações tecnicamente difíceis e perigosas. Nessas intervenções os princípios da anastomose são violadas pois com frequência temos anastomoses sob tensão com vascularização duvidosa e não herméticas. Porém na maior parte dos casos extremamente gratificantes e com melhora da qualidade de vida do paciente.

043 – BOLHA ENFISEMATOSA PULMONAR – RELATO DE CASO

Queiroz DSS¹, D'Angelis R², Antunes LM³, Morais AJD⁴

Objetivos: relatar um caso relativamente raro, segundo a literatura brasileira, de bolha enfisematosa pulmonar, cujo tratamento cirúrgico se mostrou eficaz. **Materiais e Métodos:** análise retrospectiva de um único caso ocorrido em março do presente ano no Hospital Universitário Clemente de Farias, Montes Claros, MG, cuja paciente MJS, 19 anos, apresentou-se dispnéica, febril e com tosse seca, evoluindo inicialmente com pneumotórax. O diagnóstico definitivo veio após uma piora do estado geral, com suspeita após borbulhamento em dreno torácico. A conduta foi ressecção da bolha pulmonar por toracotomia. **Resultados:** houve melhora da sintomatologia e dos aspectos funcionais no caso analisado e não houve recidiva até o momento. **Conclusões:** de acordo com a literatura, existem diversas técnicas para abordar cirurgicamente a bolha enfisematosa pulmonar, cabendo à equipe médica escolher a melhor de acordo com a experiência da mesma. Apesar da morbidade relativamente aumentada, o resultado pós-operatório foi bastante satisfatório, com incontestável melhora da qualidade de vida da paciente, que atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial no mesmo serviço médico.

E-mail do autor: daniela.queiroz@unimontes.br

¹ Interna do Curso Médico da Universidade Estadual de Montes Claros

² Cirurgião Torácico do Hospital Universitário Clemente de Farias

³ Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Clemente de Farias

⁴ Interna do Curso Médico da Universidade Estadual de Montes Claros

044 – EXPERIÊNCIA EM SIMPATECTOMIA NO VALE DO AÇO PELA EQUIPE DO DR. JOÃO BATISTA TOMAZ RODRIGUES

Rodrigues JBT

Objetivo: determinar o grau de sucesso da simpatectomia no controle da sudorese nas regiões afetadas. **Métodos:** foram incluídos todos os pacientes operados no período de maio de 2000 a janeiro de 2009, sendo avaliados o prontuário, para determinar as queixas do paciente, e o preenchimento de questionário mediante contato com o paciente. **Resultados:** foram avaliados 770 pacientes, sendo 6 pacientes submetidos a simpatectomia lombar e o restante a simpatectomia torácica. As idades variaram entre 8 e 81 anos, com média de 27 anos. Desses pacientes, 440 eram mulheres (57%) e 330 eram homens (43%). Os pacientes são candidatos à cirurgia após excluídas outras causas de hiperidrose, como excesso de peso ou alterações hormonais, como hipertireoidismo. A simpatectomia é executada em nosso serviço quase que exclusivamente para tratamento da hiperidrose, sendo pequena a nossa experiência em casos de fenômeno de Raynaud e doenças vasculares orgânicas.

| | T1 | T2 | T3 | T4 | T5 | % |
|-----------------------------------|----|----|----|----|----|-------|
| Hiperidrose crânio-facial | | x | | | | 1,0 |
| Hiperidrose palmar-plantar | | | x | X | | 55,7 |
| Hiperidrose palmar-plantar-axilar | | | x | X | X | 27,1 |
| Hiperidrose axilar (pura) | | | | X | X | 15,1 |
| Doenças vasculares orgânicas | X | X | | | | 0,001 |
| Doença de Raynaud | | X | | | | 0,001 |

A complicação precoce mais comum foi a dor torácica, relatada por 27,6% dos pacientes. Hiperidrose compensatória foi relatada por 45,3% dos pacientes, sendo qualificada como moderada e suportável, na maioria dos casos, provocada principalmente pelo calor, sendo mais comum no dorso e tronco, e menos frequente no rosto, nádegas e pés. Cerca de 44 pacientes (5,7%) apresentaram sintomas exacerbados, com desconforto próximo ao que motivou o procedimento cirúrgico. Dezenove pacientes (2,5%) não notaram melhora dos sintomas. Três pacientes necessitaram de internação para drenagem pleural devido fistula broncopleural detectada no intraoperatório após manobra de Valsalva. Um paciente foi reinternado para drenagem pleural devido fistula broncopleural não detectada no intraoperatório. Em três ocasiões foi necessário converter para cirurgia convencional devido aderências pleurais que impediram a cirurgia videolaparoscópica. Um paciente necessitou de laparotomia de urgência devido ulcera duodenal perfurada, caso atribuído ao uso padronizado pelo serviço de anestesiologia de cetoprofeno. **Discussão:** a hiperidrose é conceituada como sudorese excessiva, além das necessidades fisiológicas, com prejuízo social e profissional para o paciente. Apresenta seus primeiros sinais na adolescência, com maior impacto nos adultos jovens, como visto neste trabalho. A complicação mais comum é o surgimento de sudorese compensatória em outras áreas do corpo, geralmente provocada pelo calor e estado emocional. Nossos resultados corroboram esta observação. Outras complicações como síndrome de Horner ou sudorese gustatória não foram relatadas por nossos pacientes. **Conclusão:** para o tratamento da hiperidrose, a simpatectomia torácica por videotoracoscopia apresenta-se como melhor opção devido aos bons resultados clínicos e por ser técnica pouco invasiva, sendo cada vez mais segura e acessível.

045 – CAVERNOSTOMIA X RESSECÇÃO PULMONAR NO TRATAMENTO DO ASPERGILOMA PULMONAR

Resende JS, César JMS, Amaral NF, Brito CCA, Alves CMS, Vilela AF

Objetivos: descrever os resultados do tratamento do micetoma pulmonar com cavernostomia e ressecção cirúrgica. **Material e Método:** casos de aspergiloma pulmonar operados entre 1979 e 1996 foram analisados retrospectivamente. Grupo 1 consistiu de pacientes submetidos a cavernostomia e grupo 2 de pacientes submetidos a ressecção de parênquima pulmonar. As seguintes variáveis foram comparadas entre os grupos: gênero, idade, número hospitalizações, tempo de internação pré- e pós-operatória, tempo de seguimento, achados radiológicos, localização e tipo de aspergiloma, função pulmonar pré-operatória, sintomas, complicações, comorbidades, e evolução. **Resultados:** um total de 178 pacientes com aspergiloma pulmonar foram estudados, incluindo 102 no grupo 1 e 76 no grupo 2. Complicações hemorrágicas e recidiva foram mais frequentes no grupo 1 e complicações infecciosas e cavidades residuais foram mais comuns no grupo 2. Evolução dos pacientes foi semelhante no dois grupos: 103 (74.1%) pacientes foram curados, 16 (11.5%) não curados e 20 (14.4%) morreram. Os Grupos 1 e 2 foram semelhantes em relação a todos outros fatores analisados. **Conclusão:** a escolha da terapia cirúrgica para o aspergiloma pulmonar tem de ser individualizada.

046 – PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS DE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE ANTES E APÓS GASTROPLASTIA REDUTORA: UM ESTUDO LONGITUDINAL

Athayde FTS, Pereira DR, Matos CMP, Moraes KS, Britto RR, Velloso M, Parreira VF

Laboratório de Avaliação e Pesquisa em Desempenho Cardiorrespiratório (LabCare), Departamento de Fisioterapia - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

A literatura que associa a obesidade às pressões respiratórias máximas é escassa e apresenta resultados controversos. **Objetivo:** avaliar, longitudinalmente, a pressão inspiratória máxima (P_Imáx) e a pressão expiratória máxima (P_Emáx) de pacientes com obesidade, antes e após gastroplastia redutora, e compará-los a um grupo controle pareado por sexo e idade. **Métodos:** um manovacuômetro (GeRar®, São Paulo, Brasil) foi utilizado para avaliar P_Imáx e P_Emáx de trinta pacientes com obesidade (24 mulheres e 6 homens), com média de idade de 32,37±8,54 anos e média de índice de massa corporal de 42,72±4,10 kg/m², antes e 1 e 6 meses após gastroplastia redutora. As medidas foram comparadas a de um grupo controle de trinta indivíduos eutróficos, com função pulmonar normal avaliada por espirometria. Para análise estatística foram utilizados testes paramétricos e não-paramétricos, dependendo da distribuição das variáveis, considerando significativo um valor de p menor que 0,016. **Resultados:** não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos, assim como na comparação entre o pré-operatório e após um e seis meses da cirurgia dos pacientes com obesidade. **Conclusões:** nossos dados sugerem que o peso corporal excessivo não influencia as pressões respiratórias máximas, tampouco a perda de peso secundária à gastroplastia redutora modificou estas variáveis.

E-mail do autor: chig_filipe@yahoo.com.br

047 – TAMPONAMENTO PERICÁRDICO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DE HODGKIN

Lana GL, Silva SA, Brito BBA

O acometimento pericárdico na Doença de Hodgkin é raro, em torno de 5% dos casos, no início, o derrame pericárdio é normalmente assintomático, até que o derrame seja volumoso e cause restrição diastólica. Apresentamos um caso de uma paciente de 53 anos, atendida ambulatorialmente com quadro de insuficiência cardíaca restritiva, cujos exames mostraram se tratar de tamponamento pericárdico por derrame volumoso, associado a massa em mediastino antero-superior. O diagnóstico definitivo foi dado pela biópsia da massa mediastinal, feita por punção guiada por tomografia computadorizada, que evidenciou Linfoma de Hodgkin clássico, tipo esclerose nodular. Este relato mostra um caso com apresentação pouco usual da Doença de Hodgkin e sua condução a nível ambulatorial e hospitalar.

Descritores: Tamponamento pericárdico; Doença de Hodgkin

048 – DIVERTÍCULO FARINGOESOFÁGICO – TRATAMENTO CIRÚRGICO OU ENDOSCÓPICO

Marinho TAR, Bicalho LAF, Pimenta JM, Bicalho PRR

Serviço de Cirurgia Torácica e Endoscopia Digestiva do Hospital São Lucas de Governador Valadares, Minas Gerais – Brasil

Introdução: Divertículo de Zenker (DZ) é um saco mucoso que se forma na parede posterior da faringe. Apresenta sintomas característicos, podendo ser confirmado pelo esofagograma e/ou endoscopia digestiva. Todos os casos devem ser considerados cirúrgicos. A abordagem pode ser por cervicotomia ou por via endoscópica. **Objetivo:** relatar dois casos de divertículos faringoesofageanos na mesma instituição, tratados por técnicas diferentes: diverticulectomia com miotomia via cervical (DMC) e diverticulotomia endoscópica (DD). **Método:** CASO 1: JS, 75 anos, DZ, 4 cm. Disfagia progressiva a 1 ano. Bom performance status. Gastrectomia a 6 anos (câncer gástrico). Esofagograma. Após sonda enteral, DMC com uso de grampeador no colo do divertículo, suspensão da mucosa redundante e cobertura muscular. Dieta enteral no 1ºDPO. Alimentação oral no 5º DPO. Ótima aceitação e resolução dos sintomas. Alta hospitalar no 6º DPO. No 30º DPO assintomático, esofagograma normal. CASO 2: RAS, 81 anos, DZ, 4 cm. Disfagia progressiva a 6 anos. Risco cirúrgico proibitivo. Esofagograma.e endoscopia. Após DD, iniciado dieta no 1ºDPO. Alta hospitalar no 3º DPO com progressão dietética. Retorno no 22ºDPO assintomática. Endoscopia de controle. **Discussão:** é essencial a realização da miotomia criofaríngea. A DMC possui excelentes resultados, apresentando baixo índice de recidivas; sendo a fistula sua principal complicação. A DD mostra-se segura, menor tempo cirúrgico, alta hospitalar precoce, porém com maior índice de recidivas. **Conclusão:** a proposta de tratamento depende das condições clínicas do paciente, idade, tamanho do saco diverticular, além da experiência do cirurgião em procedimentos endoscópicos ou convencionais.

E-mail do autor: thiago-marinho@ig.com.br

049 – CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS PRIMÁRIO DO ESÔFAGO. O CIRURGIÃO TORÁCICO TEM FUNÇÃO NAS DOENÇAS DO ESÔFAGO?

Macedo A Junior, Gattas G, Sodre R, Bonomi D

Hospital Municipal de Contagem

Paciente do sexo feminino 42 anos, com quadro de disfagia lentamente progressiva iniciada em meados de 2007, inicialmente tratada como “gastrite”, inclusive com utilização de omeprazol, apenas com melhora parcial dos sintomas. EDA Agosto 2008: Lesão do terço proximal do esôfago - 22 cm ADS. Laudo anatomo patológico mostrou mucosa esofagiana com epitélio íntegro, córion quase totalmente ocupado por neoplasia maligna constituída por massas densas de pequenas células com núcleos redondos, hiper Cromáticos, pleomórficos, com raros nucléolos e alto índice mitótico. Citoplasma escasso e mal definido. Presença de várias figuras de apoptose. Sem ulceração ou necrose. Enviada biópsia endoscópica para estudo imunohistoquímico, visando melhor esclarecimento diagnóstico. Quadro histológico associado ao perfil imuno-histoquímico corrobora o diagnóstico de CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PEQUENAS CÉLULAS. Marcador de proliferação celular MIB-1 (Ki67) é positivo em 70-80% das células (VR: <20%= Baixo índice; 20-40%= Médio índice; >40%= Alto índice de proliferação). Paciente submetida a tratamento cirúrgico com esofagectomia linfadenectomia três campos e reconstrução com tubo gástrico. Teve boa recuperação pós-operatória, recebeu alta no 7º. DPO. Paciente foi encaminhada para tratamento adjuvante com quimiorradioterapia. Atualmente com boas condições clínicas, mantendo acompanhamento clínico-oncológico. **Conclusão:** As afecções malignas do esôfago são melhores tratadas com abordagem em 3 campos. O papel do cirurgião torácico nas doenças do esôfago são portanto fundamentais na ressecção do tempo torácico.

050 – ACESSO ANTERIOR PARA TRATAMENTO DE TUMOR NA COLUNA TORÁCICA. ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Godoy NJ, Campos RC, Drumond B, Bonomi D, Sodre R, Macedo A Junior, Rossi RV, Neves TA

Hospital Luxemburgo – Mario Penna

Paciente do sexo feminino 51 anos com história de paraparesia progressiva associado a sintomas de liberação piramidal. RNM mostrou lesão osteolítica na coluna torácica T2 com invasão intra raquiária e sinais de compressão medular. Realizada cervicotomia e esternotomia, exposição de coluna torácica para ressecção tumoral e artrodese. Pós operatório com melhora da sintomatologia. **Conclusão:** a abordagem multidisciplinar unindo a equipe de neurocirurgia e cirurgia torácica propicia melhores condições cirúrgicas com benefício para o paciente.

051 – TRATAMENTO DO CÂNCER DE ESÔFAGO POR CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA. A ABORDAGEM TORACOSCÓPICA INFLUENCIA O RESULTADO?

Santos FAV, Macedo A Junior, Righi B, Kansasen MJ, Bonomi D, Wainstein A, Lacerda LT, Rossi RV, Sodre RL
Hospital Luxemburgo – Mario Penna

Paciente NLS, 61 anos com historia de disfagia para sólidos, sem perda de peso. Esofagoscopia demonstrou lesão vegetante a 30 cm da ADS. Diagnostico histológico de carcinoma escamo celular. Propedeutica pré operatória mostrou ressecabilidade. Realizada esofagectomia minimamente invasiva em 3 campos com anastomose esôfago gástrica cervical. O tempo torácico durou 70 minutos, realizou –se linfadenectomia periesofagiana e ligadura da veia ázigos com ligadura. **Conclusão:** apesar da facilidade que temos com utilização de grampeadores endoscópicos, apresentamos o caso onde não os utilizamos e acreditamos na menor morbidade e melhor recuperação do paciente.

052 – RESSECÇÃO PULMONAR EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO COM MICOSE PULMONAR INVASIVA: RELATO DE CASO

Veloso AU, Silva WS, Amaral NF, Pereira SP, Campos APCB

Objetivo: relatar a experiência de um hospital universitário no tratamento cirúrgico das micoses pulmonares invasivas. **Métodos:** relato de caso através de revisão de prontuário. **Resultados:** a paciente estudada era do sexo feminino, 50 anos, com diagnóstico de leucemia bifenotípica, que após o 1º ciclo de quimioterapia evoluiu com neutropenia febril e insuficiência respiratória. Exames de imagem revelaram condensações pulmonares com sinal do halo. Foi instituído tratamento com drogas antifúngicas e houve melhora clínica. Durante o 2º ciclo de quimioterapia, a paciente apresentou novamente neutropenia febril com persistência tomográfica da lesão pulmonar. Realizou biópsia pulmonar por agulha grossa que identificou hifas septadas e ramificadas, sugestivas de aspergilose pulmonar. A despeito do reinício de drogas antifúngicas, não houve resposta clínica e nova tomografia mostrou cavitação pulmonar em segmento lingular inferior. A paciente foi submetida à segmentectomia atípica de língula com resolução completa dos sintomas. **Conclusão:** a aspergilose pulmonar invasiva representa um dos grandes desafios diagnósticos e, ao mesmo tempo, um problema terapêutico em pacientes imunossuprimidos. A ressecção cirúrgica, em combinação com os agentes antifúngicos, mostrou-se eficaz como forma de tratamento de micoses pulmonar invasiva em paciente imunossuprimido.

053 – TUMOR DESMÓIDE TÓRACO-ABDOMINAL RECIDIVADO: RELATO DE CASO

Veloso AU, Silva WS, Ribeiro GC, Pereira SP, Resende ASLV

Objetivos: relatar a experiência de um hospital universitário no tratamento cirúrgico do tumor desmóide extenso e recidivado. **Métodos:** relato de caso através de revisão de prontuário. **Resultados:** a paciente estudada era do sexo feminino, 17 anos, portadora de fibrose cística, e durante acompanhamento pós-operatório de hepatectomia direita por adenoma hepatocelular foi identificada na região da cicatriz (incisão subcostal direita estendida) tumor de partes moles. Este tumor foi ressecado e o diagnóstico histopatológico foi de tumor desmóide. Houve recidiva locorregional por duas vezes com necessidade de ressecção de parede abdominal e reconstrução com tela de polipropileno. Houve nova recidiva com tumor volumoso de rápido crescimento e agora com invasão da parede torácica. A paciente foi então submetida à ressecção de parede abdominal, hepatectomia em cunha por invasão tumoral e toracectomia bilateral. A reconstrução da parede abdominal foi feita através da rotação de retalhos músculo-cutâneos associados à colocação de tela de poli-propileno. Após cerca de um ano de controle pós-operatório detectamos recidiva retroperitoneal inoperável por invasão dos vasos mesentéricos extensa. **Conclusão:** os tumores desmóides são neoplasias de difícil tratamento e alta taxa de recidiva local, sendo a ressecção com margens amplas a única opção atualmente que pode proporcionar a cura.

054 – TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO GIGANTE DE PLEURA ASSOCIADO À HIPOGLICEMIA: RELATO DE CASO

Veloso AU, Ribeiro GC, Pereira SP

Objetivo: relatar a experiência de um hospital universitário no tratamento cirúrgico do tumor fibroso solitário gigante de pleura. **Métodos:** relato de caso através de revisão de prontuário. **Resultados:** a paciente estudada era do sexo feminino, 72 anos, apresentando dispnéia aos esforços de caráter progressivo e episódios de hipoglicemia sintomática. A radiografia de tórax mostrou hemitórax opaco à direita. A tomografia de tórax mostrou volumosa massa heterogênea intratorácica à direita ocupando praticamente toda cavidade pleural. Feito então biópsia da lesão por mini-toracotomia, que mostrou tratar-se de tumor fibroso solitário da pleura. Foi então submetida à ressecção cirúrgica completa do tumor via toracotomia póstero-lateral direita. Houve resolução completa da dispnéia e da hipoglicemia no período pós-operatório. **Conclusão:** os tumores fibrosos solitários da pleura são raros e estão associados à hipoglicemia paraneoplásica em aproximadamente 5% dos casos. A ressecção cirúrgica destes tumores leva à normoglicemia rapidamente.

055 – TUMOR NEUROGÊNICO DO MEDIASTINO MÉDIO COM COMPRESSÃO TRAQUEAL: RELATO DE CASO

Veloso AU, Silva WS, Ribeiro GC, Pereira SP, Oliveira CC, Penna LG

Objetivos: relatar a experiência de um hospital universitário na abordagem diagnóstica e terapêutica de tumor neurogênico do mediastino médio associado à compressão traqueal e sintomas respiratórios. **Métodos:** relato de caso através de revisão de prontuário. **Relato do Caso:** a paciente estudada é do sexo feminino, 30 anos, previamente hígida, apresentando quadro de dispnéia e estridor associada à volumosa tumoração paratraqueal à direita com compressão traqueal ao nível da carina vista à radiografia simples e à tomografia computadorizada do tórax. Realizado biópsia percutânea guiada por tomografia cujo exame histopatológico revelou tratar-se de neurofibroma. Assim, foi submetida à ressecção cirúrgica completa via toracotomia pósterio-lateral direita onde, devido ao tamanho do tumor, não foi possível identificar origem da lesão. O período pós-operatório transcorreu sem qualquer eventualidade e até o momento não houve sinal de recidiva tumoral. **Conclusão:** os tumores neurogênicos do mediastino médio são neoplasias raríssimas, geralmente benignas, que podem gerar grandes dúvidas diagnósticas quando estão presentes sintomas atípicos e sugestivos de malignidade como estridor e dispnéia. Relatamos a nossa única experiência com este tipo de tumor onde houve um desfecho satisfatório após o tratamento cirúrgico.

056 – RESSECÇÃO DE METÁSTASES PULMONARES BILATERAIS DE CARCINOMA ADENOCÍSTICO - CILINDROMA

Siniscalchi RT¹

¹ Residente do primeiro ano de cirurgia torácica

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte

Trata-se do Sr. JER, 54, portador de carcinoma adenocístico de laringe, CILINDROMA, submetido a laringectomia há 3 anos. Traqueostomizado nesta ocasião; Evolui com nódulos pulmonares, diagnosticados no início de 2009. Submetido a ressecção bilateral de metastases pulmonares em dois tempos na Santa de Misericórdia de Belo Horizonte. O carcinoma adenocístico origina-se em glândulas produtoras de muco da mucosa traqueal e suas células tem atividade mucosecretora constante. Microscopicamente o carcinoma adenocístico assume a forma de ácinos e túbulos. O carcinoma adenocístico cresce lentamente e muitos pacientes sobrevivem sem tratamento três a cinco anos após o diagnóstico. São mais frequentes na traquéia e na carina que nos brônquios. As metástases, quando presentes, podem ser encontradas no fígado, nos ossos, no cérebro, nos linfonodos paratraqueais e principalmente nos pulmões.

057 – EXPERIÊNCIA EM SIMPATECTOMIA NO VALE DO AÇO PELA EQUIPE DO DR. JOÃO BATISTA TOMAZ RODRIGUES

Rodrigues JBT, Cunha MF, Saleis TT, Pires PN, Tavares RP, Farias PHC, Vasconcelos MCA

Objetivo: determinar o grau de sucesso da simpatectomia no controle da sudorese nas regiões afetadas.

Métodos: contabilizados os pacientes operados entre maio de 2000 e janeiro de 2009, sendo avaliados o prontuário e o preenchimento de questionário. **Resultados:** avaliados 770 paciente, com idades entre 8 e 81 anos, média de 27 anos, 440 eram mulheres (57%) e 330, homens (43%). Os pacientes são candidatos à cirurgia após excluídas outras causas de hiperidrose. A complicação precoce mais comum foi a dor torácica (27,6%). Hiperidrose compensatória foi relatada por 45,3% dos pacientes. Quarenta e quatro pacientes (5,7%) apresentaram sintomas exacerbados, com desconforto próximo ao que motivou o procedimento cirúrgico.

Conclusão: para o tratamento da hiperidrose, a simpatectomia torácica por videotoroscopia apresenta-se como melhor opção devido aos bons resultados clínicos e por ser técnica pouco invasiva.

E-mail do autor: jotaberodrigues@terra.com.br

058 – FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA BENIGNA

Amaral N, Alves C, Vilhena A, Brand L, Val A

Serviços de Cirurgia Torácica e Endoscopia Respiratória Hospitais: Júlia Kubitschek Odilon Behrens e Madre Teresa – Belo Horizonte

Introdução: a fístula traqueo-esofágica benigna adquirida é incomum e de difícil tratamento. A principal causa é a complicação do uso de tubos orotraqueais e traqueostomias. O reparo cirúrgico apresenta múltiplos desafios. **Objetivos:** descrever o perfil dos pacientes e apresentar a experiência dos Serviços na condução e tratamento. **Materiais e métodos:** estudo série de casos, realizado de janeiro de 2000 a dezembro de 2006. **Resultados:** foram avaliados 9 pacientes com fístula tráqueo-esofágica com idade média de 35,6 anos. Oito pacientes eram do sexo feminino. As doenças de base que levaram a ventilação mecânica prolongada foram: trauma, intoxicação exógena, infecções associadas ao HIV, AVC e sepse abdominal. Os sinais e sintomas mais comuns foram: tosse à deglutição, exteriorização de secreção gástrica pela traqueostomia, pneumonia de repetição e dificuldades ventilatórias. A broncoscopia foi diagnóstica em todos os casos. O tempo entre diagnóstico e cirurgia foi em média de 3,4 meses, visando o melhor estado clínico-nutricional. A nutrição pré-operatória foi através de sonda naso-entérica em cinco casos. A jejunostomia foi utilizada em dois pacientes e a via oral em outros dois. A cervicotomia foi via de acesso em seis casos. A técnica operatória baseou-se desconexão da fístula, esofagorrafia, sutura traqueal e interposição de retalho muscular em quatro casos. A Laringotraqueoplastia foi realizada nos três casos onde havia estenose traqueal, O segmento traqueal acometido foi ressecado e o esôfago rafiado. **Conclusões:** neste estudo a afecção acomete principalmente mulheres jovens em ventilação mecânica prolongada. A broncoscopia foi diagnóstica em todos os casos. A sondagem nasoentérica foi via preferencial de nutrição pré-operatória. Os procedimentos cirúrgicos realizados foram suficientes para a correção da fístula.

059 – PUNÇÕES-BIOPSIAS COM AGULHAS GROSSAS (TRU-CUT, CORE-BIOPSY) PROPEDÊUTICAS PARA LESÕES PULMONARES

Amaral N, Ribeiro C, Alves C, Brand L, Barreto A, Vilhena A

Hospitais Julia Kubitschek e Madre Teresa – BH

Introdução: desde 2001 realizamos este procedimento com a utilização de agulhas do tipo tru-cut potencializando resultados, obtendo material para citologia e também histopatologia e imunohistoquímica. **Objetivo:** apresentar experiência desenvolvida com esse procedimento. **Material e Métodos:** análise retrospectiva de 91 procedimentos realizados de janeiro de 2001 a junho de 2007. As punções foram ambulatoriais, sob anestesia local, guiada por tomografia inicialmente com agulha fina e obtenção de esfregaço para citologia e em seguida com agulha tipo tru-cut com obtenção de mais de um fragmento de 3 mm de diâmetro por 1,5 cm de extensão, em média, para histopatologia ou bacteriologia. **Resultados:** de janeiro de 1992 a junho de 2007 realizamos 303 punções- biopsias com agulhas finas guiadas por tomografias ou radioscopias. Desde janeiro de 2001 realizamos 91 punções com agulhas tru-cut associadas. A idade média dos pacientes foi de 63,85 anos. As lesões pulmonares eram nódulos (menores que 1 cm), massas ou infiltrados focais periféricos. Os resultados foram: 53 casos (58,2 %): neoplasias malignas; 20 casos (21,6 %) lesões benignas e 18 casos (19,8 %) sem diagnóstico específico. Nas neoplasias malignas houve predomínio dos adenocarcinomas e nas afecções benignas lesões granulomatosas e fúngicas, Colorações especiais e imunohistoquímica permitiram detalhamento diagnóstico em ambos os grupos. Não houve óbitos. As complicações foram pneumotórax (3 casos tratados com drenagens pleurais) e 2 casos de hemoptise com observação clínica. **Conclusão:** as punções-biopsias de lesões pulmonares fora do alcance da fibrobroncoscopia é recurso diagnóstico cada vez mais utilizado. A tomografia computadorizada como guia e o uso de agulhas grossas do tipo tru-cut potencializam os resultados oferecendo material para cito e histopatologia.

060 – TUBO T TRAQUEAL EM CALHA - UMA PEQUENA MODIFICAÇÃO NO TUBO ORIGINAL QUE OFERECE IMPORTANTES BENEFÍCIOS

Amaral N, Alves C, Vilhena A, Barreto A, Brand L

Hospitais Júlia Kubitschek/FHEMIG e Madre Teresa - BH - MG

Introdução: o tubo T traqueal (concebido por Montgomery) é um tubo flexível em formato de T para ser colocado na traquéia que permite o fluxo aéreo pela traquéia e mantém o traqueostoma pérvio. É uma excelente órtese traqueal, porém apresenta dois importantes inconvenientes que são: oclusão de sua luz por secreção e a dificuldade de sua retirada. Esses fatos que, em algumas situações, tornam-se ameaçadores da vida. **Objetivos:** apresentar nossa experiência inicial com essa modificação que tem se mostrado satisfatória em casos selecionados. **Material e Métodos:** os tubos modificados foram utilizados em 15 pacientes que portavam os tubos originais anteriormente para diversas situações de obstruções laringo- traqueais. **Discussão:** a utilização do tubo T traqueal em calha - cuja modificação é a secção parcial da circunferência do ramo traqueal - atende satisfatoriamente aos objetivos primários para o qual foi concebido: facilidade de sua retirada em situações de emergência, não ocorrência de obstrução de sua luz por tampões e ainda permite manter todas as qualidades do tubo T original.

061 – ESTENOSE CICATRICIAL DE TRAQUÉIA – CASOS COMPLEXOS

Brand L, Amaral N, Alves C, Vilhena A, Barreto A

Serviços de Cirurgia Torácica e Endoscopia Respiratória; Hospitais Madre Teresa e Júlia Kubitschek - FHEMIG – BH

Introdução: a estenose de traquéia é afecção associada a intubações oro-traqueais prolongadas, traqueostomias e doenças inflamatórias como tuberculose, Granulomatose de Wegener e blastomicose. Vários casos apresentam graus de complexidade maiores e grandes desafios para solução intermediária e definitiva. Cada serviço que trata estas afecções possui experiência própria e desenvolve recursos e técnicas mais adequadas além das já descritas na literatura. O Serviço de Cirurgia torácica e Endoscopia Respiratória do HJK recebe importante afluxo de pacientes portadores dessas afecções e apresenta uma amostra de casos selecionados como complexos e as soluções adotadas. **Material e Métodos:** análise retrospectiva de prontuários e pacientes portadores de estenoses cicatriciais de traquéia no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2007. Seleção e agrupamento dos casos considerados complexos. **Resultados:** neste período foram realizados os procedimentos relacionados que resultaram na seleção dos casos considerados complexos.

| | Hospital Júlia Kubitschek | Hospital Madre Teresa |
|--|---------------------------|-----------------------|
| Total de broncoscopias realizadas | 5974 | 1504 |
| Fibrobroncoscopias | 4471 | 1332 |
| Broncoscopias rígidas | 1503 | 172 |
| Pacientes com estenoses cicatriciais | 255 | 28 |
| Broncoscopias rígidas p/ dilatação | 926 | 85 |
| Ressecções traqueais com traqueoplastias | 74 | 7 |

Desta amostra foram selecionados os casos com maior grau de complexidade:

- Relacionados a doenças inflamatórias: tuberculose(2), granulomatose de Wegener(3), blastomicose(1).
- Estenoses subglóticas muito próximas das pregas vocais
- Estenoses múltiplas ou muito longas (3)
- Estenoses associadas a fístulas esôfago-traqueais: 3 casos
- Estenoses complicadas após colocação de stents auto-expansíveis: 3 casos
- Estenose conseqüentes a queimaduras de vias aéreas (2)

Conclusão: as estenoses cicatriciais de traquéia apresentam grandes desafios, uma vez que há situações dramáticas de insuficiência respiratória em todas as circunstâncias. É necessário uma adequada estrutura de serviço, com pessoal médico e para-médico, estrutura física e instrumental disponíveis para se conduzir otimizada tais desafios.

062 – PUNÇÕES-BIOPSIAS COM AGULHAS GROSSAS (TRU-CUT) NA PROPEDEÚTICA DE MASSAS MEDIASTINAIS

Amaral N, Ribeiro C, Alves C, Vilhena A, Brand L, Barreto A

Hospitais Madre Teresa e Júlia Kubitschek – BH

Introdução: o diagnóstico etiológico de massas mediastinais anteriores ou superiores frequentemente é obtido através de mediastinoscopia ou mediastinostomia para-esternal. As punções- biopsias com agulhas finas apresentam resultados de baixo rendimento. Desde o ano de 2001 temos realizado punções-biopsias guiadas por tomografia computadorizada, utilizando agulhas finas e grossas (tipo tru-cut) que oferecem material para citologia e também para histopatologia bem representativos da lesão. **Objetivo:** apresentar os resultados da experiência desenvolvida com esta técnica. **Material e Métodos:** revisão de 17 casos submetidos a esse procedimento, no período de 2005 a 2007. **Técnica:** Em regime ambulatorial, sob anestesia local, guiada por tomografia computadorizada, utilizando inicialmente agulhas fina, em seguida agulhas tru-cut com obtenção de um ou mais fragmentos cilíndricos de lesão com 3mm de diâmetro por 1,5 cm de extensão. **Resultados:** dezessete pacientes com massas no mediastino anterior e superior, com idades entre 17 e 72 anos: 05 (29,4 %) procedimentos não ofereceram diagnóstico específico, 12 (70,6 %) apresentaram diagnóstico histopatológico possibilitando detalhamento pela imunohistoquímica. Os diagnósticos revelados foram: D. Hodgkin (4 casos), Timoma (01), Sarcoma (01), Hemangioendotelioma (01), Ca Pequenas Células (01), Ca Grandes Células (02), Adenocarcinoma (01), Ca Indiferenciado (01). Não houve óbito. Não houve qualquer complicação. **Conclusão:** o diagnóstico histológico das massas no mediastino anterior e superior habitualmente é obtido através de procedimentos cirúrgicos (mediastinostomias, mediastinoscopias, biopsias supraclaviculares ou até esternotomias). As punções biopsias aspirativas com agulhas finas têm baixo rendimento diagnóstico. As punções biopsias com agulhas tipo tru-cut, guiadas por tomografia ofereceram, nesta amostra: rendimento diagnóstico satisfatório; material expressivo da lesão; possibilidades de outros estudos laboratoriais (imunohistoquímica, por exemplo); baixo índice de morbi-mortalidade.

063 – REMUNERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À CIRURGIA TORÁCICA EM BELO HORIZONTE NA REDE PÚBLICA E PRIVADA

Resende MA, Peixoto LC

Santa Casa de BH e Biocor

Introdução: Nós e a maior parte dos médicos que convivemos não sabemos cobrar pelos serviços prestados. Somos instruídos desde a infância que a medicina é um sacerdócio e provavelmente por isso realizamos no dia a dia diversos procedimentos cuja remuneração é nula ou com valores irrisórios. A medicina suplementar e o próprio Sistema Único de Saúde sabem disso. De um lado o paciente que paga caro para ter assistência cada dia mais cara. As próteses, grampeadores, “stents” e aparelhos consomem grande parte dos valores gastos no atendimento médico. **Objetivos:** mostrar como está a remuneração dos procedimentos básicos e mais complexos da cirurgia torácica na medicina suplementar e no SUS em BH. **Material e Métodos:** Analisaremos também como foi a evolução de alguns valores nos últimos anos e faremos comparações com o dólar e IGP-M. **Conclusões:** A identificação do problema é o primeiro passo para solucioná-lo.

064 – SIMPATICOTOMIA TORÁCICA POR VÍDEOTORACOSCOPIA: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 608 CASOS, COMPARANDO GRAU DE SATISFAÇÃO E ÍNDICE DE SUDORESE REFLEXA, EM DIFERENTES NÍVEIS DE ABLAÇÃO

Montessi J, Almeida E, Abreu M, Vieira JP, Silva V, Nascimento J, Montessi O, Moraes E

Introdução: Hiperidrose primária ou essencial é um distúrbio caracterizado por sudorese excessiva e incontrolável, na ausência de causa discernível. Atualmente, a simpatectomia / simpaticotomia vídeo-assistida é considerada padrão-ouro para o tratamento definitivo dos casos graves de hiperidrose axilar e palmar. **Objetivo:** comparar grau de satisfação dos pacientes simpaticotomizados e presença de sudorese reflexa, de acordo com diferentes níveis de ablação. **Métodos:** estudo retrospectivo de 608 pacientes com hiperidrose primária, submetidos a simpaticotomia torácica no Hospital Monte Sinai e Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, de janeiro de 2001 a setembro de 2008, que tivemos acompanhamento ambulatorial. Grupo I (n=162): termoablação do tronco simpático, tendo T2 como nível mais cranial da ablação, independentemente de outros níveis seccionados caudalmente. Grupo II (n=65): termoablação de tronco simpático, tendo T3 como nível mais cranial. Grupo III (n=381): termoablação do tronco simpático, tendo T4 como nível mais alto. **Resultados:** pós-operatório ótimo no controle da hiperidrose palmar/axilar em, respectivamente, 94/82% dos pacientes do grupo I, 89/89% do grupo II e 79,2/80,1% do grupo III. Sudorese reflexa em 67% dos pacientes dos grupos I e II, caindo para 60,4 no grupo III. Ocorreu sudorese reflexa severa em 32% dos pacientes do grupo I, 9% do grupo II e apenas 4,2% dos pacientes do grupo III. **Conclusão:** a simpaticotomia propiciou bom grau de satisfação e baixo índice de complicações. Não houve diferença na incidência de sudorese reflexa com diferentes níveis seccionados; porém, a intensidade desta complicação se mostrou menor quando optamos por níveis de bloqueio mais baixos, principalmente T4.

065 – SIMPATICOTOMIA TORÁCICA POR VÍDEOTORACOSCOPIA COM VENTILAÇÃO APNÉICA: ANÁLISE DO TEMPO CIRÚRGICO E VARIAÇÕES DE OXIMETRIA E CAPNOGRAFIA

Montessi J, Almeida E, Abreu M, Vieira JP, Silva V, Nascimento J, Montessi O

Introdução: vários serviços vêm utilizando a ventilação apnéica para realização de simpatectomia/simpaticotomia torácica videocirúrgica, havendo diversas citações na literatura mundial. Este é um estudo prospectivo que visa validar a segurança do método. **Objetivo:** avaliar as variações de capnografia e oximetria durante simpaticotomia torácica videocirúrgica, realizada com tubo de mono lúmen e ventilação apnéica. **Métodos:** estudo prospectivo de 59 pacientes submetidos a simpatectomia torácica videocirúrgica no Hospital Monte Sinai, no período de outubro de 2007 a setembro de 2008. Todos os pacientes foram submetidos a anestesia geral com intubação orotraqueal e ventilação mecânica com volume corrente de 7ml por kg de peso, FiO₂ 100%, e frequência respiratória de 12 incursões por minuto. A toracoscopia e termoablação do tronco simpático é realizada durante o período de apnéia. Registramos o tempo de apnéia e as variações na oximetria e na capnografia neste período, separadamente em cada um dos lados, que foram então analisados. **Resultados:** dos pacientes estudados, 59% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 24 anos. O tempo médio de apnéia foi de 159 segundos à direita e 147 segundos à esquerda. A variação média da oximetria foi de e de 6,3% a direita e de 3,8% a esquerda. Já a variação média da capnografia foi de 30,9 a 38,1 à direita e 31,9 a 36,8 à esquerda. **Conclusão:** as variações na capnografia e oximetria foram pequenas e não apresentaram repercussão clínica sobre o paciente, o que torna a simpaticotomia torácica videocirúrgica com ventilação apnéica um procedimento factível e seguro.

066 – DEGENERAÇÃO MALIGNA EM NEUROFIBROMATOSE TIPO I: RELATO DE CASO

Almeida E, Abreu M, Montessi J, Vieira JP, Silva V, Nascimento J

A neurofibromatose é uma doença autossômica dominante e pode ser dividida em tipos I e II, de acordo com suas manifestações clínicas. A neurofibromatose tipo I, ou Doença de Von Recklinghausen, é caracterizada, principalmente, por “manchas café com leite” e neurofibromas. Oito a 13% dos pacientes podem apresentar degeneração maligna das lesões. Nós relatamos o caso de um homem negro de 26 anos, portador de neurofibromatose tipo I, que foi admitido em nosso serviço apresentado grande massa em parede anterior de hemitórax esquerdo, dolorosa e de crescimento rápido, com início nos últimos dois meses. O paciente foi submetido a toracectomia ampla, com ressecção da lesão em bloco, com pele, musculatura de parede torácica, segmentos anteriores de três arcos costais e parte do esterno. A reconstrução da parede torácica foi feita com dupla tela de Márlex, fixada no periósteo dos arcos costais. O paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem instabilidade torácica, recebendo alta em 7 dias. O resultado da análise histopatológica da peça confirmou neurosarcoma.

067 – ESTERNECTOMIA + CONDRECTOMIA COSTAL BILATERAL: RECONSTRUÇÃO E EVOLUÇÃO SEM RESPIRAÇÃO PARADOXAL COM PERICÁRDIO BOVINO + MARLEX ANCORADOS EM ARCOS COSTAIS COM PROTEÇÃO MEDIASTINAL

Montessi J, Almeida E, Abreu M, Vieira JP, Silva V, Nascimento J

O condrossarcoma é o tumor maligno primário do osso, originado de células cartilaginosas. Usualmente, apresenta evolução clínica lenta, sendo o processo metastático infreqüente e, quando ocorre, o faz tardiamente. Tem tratamento essencialmente cirúrgico visando a ressecção em bloco do tumor com margens cirúrgicas livres. Relatamos o caso de uma mulher, branca, 28 anos, que iniciou em dezembro de 2005 um quadro de dor retroesternal sem outros sintomas associados. Procurou vários especialistas, tendo sido feito o diagnóstico de processo inflamatório. Em setembro de 2006, evoluiu com protrusão em região esternal, com crescimento progressivo. Em outubro realizou TC que evidenciou lesão expansiva em mediastino, sólida, insuflante esternal, de aspecto agressivo. Realizou biópsia esternal em nov/06, diagnosticando sarcoma de alto grau não osteogênico. A cintilografia óssea em jan/07 demonstrou reação osteogênica acentuada em corpo esternal. A paciente foi então encaminhada ao serviço de cirurgia torácica do Hospital Monte Sinai e optou-se, inicialmente, por quimioterapia neoadjuvante, sem resposta. Em abril de 2007 foi submetida à ressecção total de pele, esterno e cartilagens costais bilaterais, pericárdio anterior e segmento lateral do pulmão em monobloco. Realizado pertuito com furadeira óssea e com fio prolene nº 1 de dupla agulha foi fixado pericárdio bovino bilateralmente na face interna dos arcos costais, com moderada tensão. Usando o mesmo fio, foi fixada tela de Márlex dupla externamente, e com mesmo fio ancorado os arcos costais do mesmo nível para diminuir a tensão sobre o coração. Não foi realizada rotação muscular. Fechamento do subcutâneo e pele e drenagem do mesmo com dreno aspirativo. Colocação de dreno torácico bilateral. Obtivemos excelente resultado, com alta hospitalar em oito dias, sem a mínima instabilidade de parede torácica.

068 – TRAQUEOSTOMIAS NA UTI: ANÁLISE DE RESULTADOS

Abreu M, Almeida E, Montessi J, Vieira JP, Silva V, Nascimento J, Santos K

Introdução: a traqueostomia é um procedimento cirúrgico que faz parte da rotina do cirurgião torácico. Muito se discute à respeito da melhor técnica a ser empregada para a realização das mesmas (percutânea X convencional), bem como, qual seria o ambiente ideal para o procedimento (UTI X centro cirúrgico). **Objetivo:** analisar os resultados e complicações de 530 traqueostomias pela técnica convencional realizadas nas unidades de terapia intensiva de 3 hospitais gerais de nossa cidade no período entre fevereiro de 2003 e setembro de 2008. **Métodos:** estudo retrospectivo de 430 prontuários e prospectivo dos últimos 100, analisando as complicações relacionadas ao procedimento. **Resultados:** a idade média dos pacientes foi de 52 anos, variando de 0 a 98; 56,4% eram do sexo masculino. O tempo médio gasto para o procedimento foi de 13 minutos. A principal indicação foi a intubação orotraqueal prolongada, sendo que os procedimentos foram feitos entre 3 e 21 dias de intubação, com uma média de 12 dias. As complicações precoces ocorreram em 3,3% dos procedimentos sendo uma perda acidental da cânula e 17 casos de sangramento maior que o esperado, todos controlados sem a necessidade de re-intervenção. Tivemos 1 óbito em nossa série por broncoaspiração maciça de conteúdo gástrico em paciente com fístula traqueo-esofágica desconhecida previamente. **Conclusão:** acreditamos, que devido aos riscos associados ao transporte de pacientes críticos da UTI para o centro cirúrgico e à facilidade de execução à beira do leito, a UTI é um local seguro e adequado para a realização das traqueostomias.

069 – TRATAMENTO DA ESTENOSE TRAQUEAL ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA

Almeida E, Abreu M, Montessi J, Vieira JP, Silva V, Nascimento J

Introdução: a longa permanência de pacientes em ventilação mecânica, seja por intubação orotraqueal ou por traqueostomia é freqüente no cenário das nossas unidades de terapia intensiva. Diversas complicações podem advir deste fato, principalmente pela isquemia da mucosa traqueal relacionada à elevada pressão no interior dos balonetes. As complicações mais freqüentes em nosso meio são o granuloma, a traqueomalácia, a estenose traqueal e as fístulas **Objetivo:** analisar os resultados do tratamento de 46 pacientes que evoluíram com estenose traqueal associada ventilação mecânica e que foram referenciados ao nosso serviço no período entre janeiro de 2000 e junho de 2008. **Métodos:** estudo retrospectivo de prontuários, com análise da terapêutica empregada, terapêutica e resultados. **Resultados:** a idade média dos pacientes foi de 41 anos, variando de 17 a 67; 57% eram do sexo feminino. Todos os pacientes eram sintomáticos. A broncofibroscopia foi realizada em 100% dos casos e a tomografia computadorizada em 53%. Os pacientes não traqueostomizados (67%) foram submetidos a dilatações traqueais sucessivas até que estivessem prontos para cirurgia, e em 2 casos esta foi a única forma de tratamento. Em 18 pacientes utilizamos uma prótese de Montgomery para maior conforto dos pacientes, e esta foi o tratamento definitivo em 33% dos pacientes. 2 (4%) pacientes foram submetidos apenas a traqueostomia por não apresentarem condições cirúrgicas. 36 pacientes foram submetidos a traqueoplastia ou laringo-traqueoplastia com ressecção média de 5 anéis. Destes, 6 (14%) pacientes evoluíram com recidiva dos sintomas, sendo 3 (7%) resolvidos por dilatações sucessivas, 1 (2%) através de reoperação, 1 (2%) por meio da colocação da prótese de Montgomery e em 1 (2%) paciente houve falha terapêutica. **Conclusão:** a estenose traqueal vem se tornando cada vez mais freqüente em nosso meio, as estratégias terapêuticas são variadas e devem ser individualizadas para cada caso afim de alcançarmos elevado sucesso terapêutico.

070 – CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE NO PULMÃO DE CRIANÇA - RELATO DE CASO

Amaral NF, Alves CMS, Camargos PA, Camelo LC

Serviço de Cirurgia Torácica e Endoscopia Respiratória – Hospital de Clínicas da UFMG – Belo Horizonte – MG

Introdução: o carcinoma mucoepidermóide representa menos de 0,5% dos casos de câncer no pulmão. Caracteriza-se por sintomas inespecíficos, evolução clínica arrastada, lesão obstrutiva brônquica e bom prognóstico nos casos do tipo 'baixo grau'. **Objetivo e Método:** relato de caso e revisão da literatura. **Relato do caso:** PHFC, masculino, 5 anos, com quadro de tosse persistente e 'chieira' há 3 anos. Teve diagnóstico de rinite alérgica e asma persistente grave. O tratamento incluiu vasta medicação associada a fisioterapia respiratória. As radiografias de tórax – feita após um ano de sintoma e outra recente – mostravam hiperinsuflação à direita. A tomografia computadorizada confirmou a hiperinsuflação e sugeriu uma lesão obstrutiva no brônquio principal direito que foi confirmada à broncoscopia e biopsiada. O resultado foi carcinoma mucoepidermóide de baixo grau. A criança foi submetida a lobectomia superior direita em manga com broncoplastia. Evoluiu sem intercorrências e sem necessidade dos medicamentos usados anteriormente. **Discussão:** os carcinomas mucoepidermóides são neoplasias primárias raras no pulmão. Classificam-se em: baixo e alto grau. São considerados, histologicamente, benignos, mas com potencial de malignidade. Apresentam evolução insidiosa. O diagnóstico histopatológico diferencial inclui o adenoma de glândula mucosa, outros tumores pulmonares do tipo glandular e o adenoma pleomórfico, além das formas mais comuns de carcinoma brônquico. O tratamento dos carcinomas mucoepidermóides é essencialmente cirúrgico - os de baixo grau podem ser completamente removidos com ressecções econômicas. Já os carcinomas mucoepidermóides de alto grau devem ser tratados de forma similar aos carcinomas brônquicos, com margens amplas e dissecação linfonodal mediastinal. O uso da quimioterapia e da radioterapia nos tumores de alto grau ainda é controverso, devido à pobre resposta desse tumor. **Conclusão:** no caso descrito deve-se destacar: a necessidade de investigação rigorosa em casos de asma de difícil controle; a ressecção econômica empregada; e a pouca frequência do tumor mucoepidermóide no pulmão.

071 – ANÁLISE DOS CASOS DE ESTENOSE TRAQUEAIS E LARINGO-TRAQUEAIS EM CRIANÇA TRATADAS COM DILATAÇÃO POR BRONCOSCOPIA

Alves CMS, Rodrigues LB

Introdução: a obstrução de vias aéreas é uma complicação comum após intubação endotraqueal em crianças, sendo identificada até mesmo após curto período de permanência do tubo orotraqueal. A maioria da literatura relata o tratamento cirúrgico destas lesões. As reconstruções laringotraqueais são procedimentos complexos que nem sempre possibilitam a decanulação após o procedimento, necessitando um maior tempo de seguimento dos pacientes até atingir o momento cirúrgico adequado. **Objetivo:** o objetivo deste estudo é avaliar os resultados obtidos através da dilatação sequenciais das estenoses laringotraqueais e traqueais. **Método:** análise retrospectiva de pacientes tratados através de dilatação por broncoscopias rígidas sequenciais. Dois grupos de pacientes foram submetidos ao tratamento broncoscópico; 1) pacientes encaminhados de outros serviços após já terem sido submetidos a traqueostomia; 2) pacientes encaminhados à realização de broncoscopia devido a sinais e sintomas de obstrução de vias aéreas. Todos os pacientes foram submetidos a broncoscopia rígida, imediatamente após a suspeita clínica, com dilatação da estenose, seguidos de acompanhamento ambulatorial, sendo programadas novas broncoscopias seriadas cuja frequência dependia da severidade dos achados. Nos pacientes traqueostomizados, além da dilatação, foi posicionada cânula de traqueostomia que permitisse fluxo aéreo ao redor da cânula. **Resultados:** os pacientes que evoluíram com diâmetro traqueal satisfatório e resolução do processo inflamatório após a sequencia de broncoscopias permaneceram sob acompanhamento ambulatorial sem sintomas de obstrução de vias aéreas. Os pacientes anteriormente traqueostomizados que preencheram os mesmos critérios foram decanulados, seguido de oclusão do traqueostoma e também permanecem sob acompanhamento ambulatorial sem sinais de obstrução. **Conclusão:** A broncoscopia deve ser considerada assim que houver a suspeita clínica de obstrução de vias aéreas uma vez que consiste em um método diagnóstico e terapêutico. A dilatação traqueal através da broncoscopia rígida é um procedimento seguro, com considerável índice de sucesso e baixa morbidade no tratamento das estenoses subglóticas e traqueais.

072 – HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA DIREITA – RELATO DE CASO

Brito BBA, Lima FC, Anderson PAV, Bedim JM, Magalhães WLR, Alves RMP, Cintra APS

Hospital São José do Avaí – Itaperuna – RJ

Introdução: Hérnia diafragmática congênita (HDC) é uma anomalia congênita causada pela mal formação do diafragma póstero-lateral que ocorre na nona semana de gestação. Alguns autores encontraram como defeito isolado em apenas 45% dos casos e à direita em 12%. Sua incidência varia de 1:2000 a 1:7000. Existe predominância pelo sexo masculino e O diagnóstico pré-natal é feito pela ultra-sonografia e complementado pela ressonância magnética. **Casuística e Métodos:** DFNS, neonato de 3 dias, branco, residente em Campos dos Goytacases-RJ, iniciou com quadro de esforço respiratório grave com insuficiência respiratória e gemência logo após o nascimento, sendo intubado e transferido para UTI neonatal. Radiografia de tórax, evidenciou presença de alças intestinais no hemitórax direito sugerindo o diagnóstico de hérnia diafragmática à direita. **Resultados:** submetido a toracotomia lateral direita e fechamento primário do defeito diafragmático. Boa evolução pós-operatória. Ventilação espontânea no pós-operatório imediato. Alta hospitalar no 5º dia pós-operatório. **Conclusões:** a hérnia diafragmática congênita direita é causa de insuficiência respiratória no recém nascido. A correção cirúrgica através de toracotomia lateral é factível e apresenta bons resultados.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

073 – INTERRUPTÃO PROXIMAL DA ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA EM CRIANÇA DE 5 ANOS

Brito BBA, Lima FC, Anderson PAV, Bedim JM, Magalhães WLR, Alves RMP, Cintra APS

Hospital São José do Avaí – Itaperuna – RJ

Introdução: interrupção proximal da artéria pulmonar, quando unilateral, é uma desordem congênita cardiovascular rara, caracterizada pela falta de desenvolvimento embriológico do sexto arco aórtico à direita ou à esquerda tendo como consequência uma interrupção proximal da artéria pulmonar e redução no fluxo sanguíneo. Essa afecção também é conhecida como agenesia unilateral e atresia. Aproximadamente 119 casos foram relatados desde 1978 e com maior frequência do lado direito. **Casuística e Métodos:** paciente EAFP, 5 anos, branca, natural de Muriaé MG, deu entrada no setor de pediatria deste hospital em investigação de pneumonias recorrentes, tosse persistente e quadros de infecções de vias aéreas superiores associadas à crises de broncoespasmo. Ao exame clínico do aparelho respiratório a paciente apresentava murmúrio vesicular preservado e discreto sibilos expiratórios sem desconforto respiratório. A criança foi submetida à investigação imaginológica. **Resultados:** estudos baseados em radiografia de tórax, angiotomografia, eco Collor Doppler do coração e cintilografia de perfusão pulmonar confirmaram o diagnóstico de interrupção proximal da artéria pulmonar esquerda. **Conclusões:** o pulmão afetado desses pacientes geralmente é hipoplásico e funcionalmente excluído.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

074 – BIÓPSIA TRANSTORÁCICA COM AGULHA DE TRUCUT NOS NÓDULOS E MASSAS PULMONARES E MEDIASTINAIS – EXPERIÊNCIA INICIAL

Brito BBA, Lima FC, Anderson PAV, Bedim JM, Heynnam AA, Pereira BSR, Brito LBA, Azevedo JCG

Hospital São José do Avaí – Itaperuna; Hospital do Câncer de Muriaé; Serviço de Cirurgia Torácica

Introdução: a maioria das biópsias guiadas por tomografia eram feitas através de punção aspirativa com agulha fina, o que permitia o diagnóstico citológico diferencial de benignidade e malignidade. Recentemente, o uso da core biópsia tem permitido a análise histológica das amostras. O uso concomitante da PAAF e da biópsia trucut das lesões pulmonares tem sido usada para melhorar a acurácia diagnóstica. **Casuística e Métodos:** estudo retrospectivo através da análise dos prontuários e imagens dos pacientes submetidos à punção biópsia guiada por tomografia computadorizada no período de 01 de junho a 31 de dezembro de 2008. **Resultados:** foram revisados 21 prontuários. Sexo masculino 10 feminino 11. 16 massas e 5 nódulos. Tamanho médio das massas no eixo axial: 7,12 cm (4,1- 14,9). Tamanho médio dos nódulos: 2,67 (1,9 – 2,95) Número médio de punções pleurais: 5,6. Tipo histológico: Adenocarcinoma: 8 casos, carcinoma de células escamosas: 3, linfoma: 1 caso, Carcinoma pouco diferenciado: 1, timoma: 1 inconclusivos: 7 casos. Complicações: Pneumotórax 2 casos, hemorragia intraparenquimatosa: 1 caso. **Conclusões:** a biópsia transtorácica permite diagnóstico histológico dos nódulos, massas pulmonares e mediastinais. A taxa de complicações é baixa.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

075 – NÚMERO NECESSÁRIO DE FRAGMENTOS DA BIÓPSIA TRANSTORÁCICA COM AGULHA DE TRUCUT PARA O DIAGNÓSTICO DOS NÓDULOS, MASSAS PULMONARES E MEDIASTINAIS

Brito BBA, Anderson PAV, Bedim JM, Heynnam AA, Pereira BSR, Brito LBA, Azevedo JCG

Hospital São José do Avaí – Itaperuna; Hospital do Câncer de Muriaé; Serviço de Cirurgia Torácica

Introdução: a maioria das biópsias guiadas por tomografia eram feitas através de punção aspirativa com agulha fina, o que permitia o diagnóstico citológico diferencial de benignidade e malignidade.(6,7) Recentemente, o uso da core biópsia tem permitido a análise histológica das amostras.(8-10) O uso concomitante da PAAF e da biópsia trucut das lesões pulmonares tem sido usada para melhorar a acurácia diagnóstica. O Número necessário de fragmentos não está definido. **Casuística e Métodos:** estudo prospectivo. A lesão era localizada através do posicionamento de agulha fina, usando cortes tomográficos intermitentes. Quando a lesão alvo era atingida, realizava-se a punção aspirativa e posteriormente o posicionamento da agulha de trucut, guiada novamente por tomografia. Constatada a posição da agulha, esta era disparada, sempre eram obtidos 3 fragmentos. Os fragmentos foram enviados em frascos separados numerados de 1 a 3, de acordo com a ordem de retirada dos fragmentos. **Resultados:** foram realizadas biópsias com agulha de trucut em 21 pacientes. Os fragmentos foram positivos em 14 casos. A positividade dos fragmentos de acordo com a ordem de retirada: 1 – 14, 2 – 14, 3 – 14. **Conclusões:** quando retira-se 3 fragmentos da massa ou nódulo pulmonar, o diagnóstico obtido no primeiro fragmento, é semelhante aos resultados do segundo e terceiro fragmento.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

076 – ANCILOSTOMÍASE E TOSSE CRÔNICA – RELATO DE CASO

Brito BBA, Brum AV, Tinoco RC, Costa LMPM, Brito LBA, Costa LGFS, Vieira MA

Hospital São José do Avaí – Itaperuna

Introdução: é uma infestação de vermes nematódeos no intestino delgado e pulmões. A doença afeta 700 milhões de pessoas em todo o mundo, em regiões tropicais e subtropicais úmidas. As larvas (forma imatura do verme) penetram na pele, onde aparece uma erupção pruriginosa, conhecida como prurido ; migram para os pulmões pela corrente sanguínea e penetram nas vias respiratórias até os brônquios, produzindo tosse. Depois de ter os brônquios atingidos, a pessoa infectada acaba deglutindo as larvas, as quais se instalam no intestino delgado, onde se tornam adultas. A seguir, os vermes e as larvas são eliminados com as fezes.

Casuística e Métodos: relato de caso. **Resultados:** paciente de 53 anos com quadro de tosse seca há 50 dias, associada a dispnéia. Nega febre ou dor torácica. Nega emagrecimento. Realizou dois cursos de antibioticoterapia e corticóide sistêmico sem melhora. Evoluiu com tosse produtiva amarelada. Realizou 6 amostras de escarro para baciloscopia, que não evidenciou bacilos da tuberculose. Submetida a Radiografia e tomografia computadorizada de tórax, que foram normais. História de lobectomia superior esquerda devido a seqüela de tuberculose pulmonar. Nega diabetes, hipertensão. A broncoscopia evidenciou larvas em brônquio do lobo inferior direito, que foram retiradas. O exame direto identificou ancilostomídeo com características típicas de necator americanus. Submetida a tratamento sistêmico com mebendazol 100 mg 12/12hs durante 3 dias, apresentou remissão completa da tosse. **Conclusões:** a broncoscopia apresenta papel importante na propedêutica da tosse crônica. Nos casos de tosse crônica o diagnóstico de ancilostomíase deve ser cogitado.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

077 – MÍASE NA PLEUROSTOMIA – TRATAMENTO CIRÚRGICO?

Brito BBA, Tinoco RC, Corrêa LS, Brito LBA, Alvim AX, Novaes RC, Teixeira LRM

Hospital São José do Avaí – Itaperuna

Introdução: Míases são afecções causadas pela presença de larvas de moscas em órgãos e tecidos do homem ou de outros animais vertebrados, onde elas se nutrem e evoluem como parasitas. As míases humanas são enfermidades freqüentes em países tropicais, acometendo mais comumente habitantes da zona rural. Há dois critérios de classificação das míases: o clínico e o parasitológico. Clinicamente, as míases são classificadas de acordo com a sua localização anatômica em cutâneas, cavitárias e intestinais. Em áreas urbanas, a infestação acomete, na maioria das vezes, as regiões expostas do corpo, em indivíduos com hábitos precários de higiene, baixo nível de instrução, pacientes com distúrbios psiquiátricos, etilistas, diabéticos ou imunodeprimidos. **Casuística e Métodos:** paciente etilista, de 45 anos, portador de pleurostomia desde 1996, para tratamento de empiema tuberculoso. Evoluiu há cerca de 2 meses com quadro de febre alta e dor torácica próxima a borda da pleurostomia. Há 7 dias com quadro de saída espontânea de larvas pelo orifício da pleurostomia. Submetido a videotoracoscopia, que evidenciou cavidade pleural infestada de larvas. Realizada exérese de 79 larvas e antibioticoterapia de largo espectro e ivermectina oral, evoluiu com melhora. Retornou ao serviço após 20 dias, com recidiva do quadro. Realizada reabertura da pleurostomia e novo ciclo de antibioticoterapia e ivermectina, com remissão completa da doença após seguimento de 4 meses. **Conclusões:** o tratamento da míase na pleurostomia consiste na remoção cirúrgica das larvas, antibioticoterapia e o uso de ivermectina. A cavidade pleural deve estar limpa e sem coleções para a resolução completa do caso.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

078 – ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO – RELATO DE 2 CASOS

Brito BBA, Guimarães R, Tinoco RC, Tavares JG, Conde LM, Sueth DM, Brito LBA

Hospital São José do Avaí – Itaperuna; Serviço de Cirurgia Torácica

Introdução: a aspiração de corpo estranho é freqüente e importante causa de morbidade e mortalidade. O quadro clínico varia desde ausência de sintomas até grave insuficiência respiratória. Os achados radiológicos mais freqüentes são enfisema obstrutivo, atelectasia e consolidação. Dificuldade diagnóstica está relacionada a anamnese feita sem questionamento dirigido para essa possibilidade. **Métodos:** relato de Caso. **Resultados:** 1. PCMG, masculino, 52 anos, tabagista, febre há 1 semana, dor pleurítica, dispnéia, tosse produtiva e emagrecimento de 10Kg/6meses. Quatro internações prévias por pneumonia. Hemograma, Tomografia de tórax e broncoscopia diagnosticaram abscesso pulmonar secundário a obstrução brônquica por lesão vegetante, sendo iniciado antibioticoterapia, drenagem postural e aguardado o resultado biópsia (negativa para malignidade). Repetida a broncoscopia (regressão bronquite e corpo estranho em árvore brônquica), sendo realizada exérese do corpo estranho (fragmentos ósseos). 2. BNP, 63 anos, masculino. Tosse persistente, hemoptóicos. História de ingestão de 10 pregos. Etilista. Distúrbios psiquiátricos relacionados à abstinência alcoólica. Radiografia de tórax evidenciou 2 pregos em árvore brônquica, um em brônquio principal direito e outro em brônquio principal esquerdo. Retirados através de fibrobroncoscopia. **Conclusões:** na aspiração de corpo estranho, o diagnóstico precoce é fundamental para o manejo adequado e prevenção de seqüelas brônquicas.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

079 – NÓDULOS PULMONARES CAVITADOS – METÁSTASE OU TUBERCULOSE?

Brito BBA, Santos AMVCE, Santos DAE, Santos TT, Brum RMV, Sueth DM, Anderson LAF

Hospital São José do Avaí; Serviço de Cirurgia Torácica

Introdução: as lesões pulmonares cavitadas podem ter várias etiologias como tuberculose, neoplasia, abscessos pulmonares e bronquiectasias. O diagnóstico etiológico de certeza é fundamental para o tratamento. **Casuística e Métodos:** relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** ASS, masculino, 46 anos, encaminhado ao ambulatório de oncologia devido a suspeita clínica de metástase pulmonar. Paciente com quadro de tosse seca associada a febre, sudorese noturna, astenia e emagrecimento importante iniciados há 7 meses. Ao exame físico, paciente emagrecido com MV diminuído em base hemitórax direito. Hemograma completo (normal), pesquisa BAAR no escarro (negativa), Rx tórax (nódulos pulmonares cavitários em lobo médio/inferior pulmão direito). Tomografia tórax (nódulos pulmonares localizados no lobo médio e inferior do pulmão direito, de paredes espessadas). Biópsia transtorácica com agulha Trucut (inconclusiva, ausência malignidade). Foi optado então pela biópsia pulmonar a céu aberto e o histopatológico concluiu tuberculose pulmonar. **Conclusões:** a tuberculose pode ter apresentação radiológica variada. O diagnóstico etiológico é fundamental no tratamento dos nódulos pulmonares cavitados.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

080 – MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO – RELATO DE 2 CASOS

Brito BBA, Santos AMVCE, Barros MGCRM, Brum RMV, Sueth DM, Anderson LAF, Vieira MA

Hospital São José do Avaí, Serviço de Cirurgia Torácica

Introdução: o mesotelioma pleural maligno (MPM), apesar de raro, é a principal neoplasia maligna primária da pleura, a qual ganha progressivamente destaque e importância devido à incidência crescente observada nas últimas décadas. **Métodos:** relato de caso. **Resultados:** Caso 1- JG, masculino, 57 anos, negro, tabagista, há 03 meses iniciou quadro dispnéia ao repouso, dor torácica ventilatório-dependente e emagrecimento importante. Relata 01 internação prévia por derrame pleural, sendo tratado sem continuidade da investigação. Emagrecido, mucosas hipocoradas, taquinéia, MV abolido e expansibilidade diminuída em HTE. Radiografia de tórax (derrame pleural e atelectasia em HTE), TC tórax(espessamento pleural difuso e derrame pleural à esquerda) e biópsia transtorácica com agulha de trucut guiada por TC, sendo confirmado o diagnóstico e encaminhado ao serviço de oncologia. Caso 2 - APS, feminino, 89 anos, branca, hipertensa, dor torácica tipo pleurítica, evoluindo com tosse seca, astenia e dispnéia aos moderados esforços. Mucosas hipocoradas, taquiplnéia, hipertensa(160x100mmhg), MV abolido e expansibilidade diminuída em HTD. RX tórax(derrame pleural à direita), TC tórax(derrame pleural envelopamento pulmonar, espessamento pleural difuso, atelectasia), biópsia pleural com agulha de Cope confirmando o diagnóstico, sendo encaminhada ao serviço de oncologia para o tratamento. **Conclusões:** a biópsia pleural deve ser feita nos casos de espessamento pleural difuso. O mesotelioma está associado a derrame pleural volumoso.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

081 – RABDOMIOSARCOMA DE PAREDE TORÁCICA – RELATO DE CASO

Brito BBA, Falcão Junior PC, Tinoco EC, Nascimento M, Freitas CSM, Martins PV, Melo BLG

Hospital São José do Avaí ; Hospital do Câncer de Muriaé; Serviço de Cirurgia Torácica

Introdução: o Rabdomiosarcoma é um sarcoma de partes moles que tem predileção pela região da cabeça e pescoço, trato genitourinário e extremidades. Relatamos um caso de rabdomiosarcoma de parede torácica. **Métodos:** relato de Caso. **Resultados:** paciente de 64 anos, encaminhado ao Serviço de Cirurgia Torácica, devido a quadro clínico de dor torácica posterior, emagrecimento de 10 kg em 5 meses. Radiografia de Tórax evidenciou massa em terço médio e superior do hemitórax direito. A tomografia de tórax evidenciou tumoração de grande volume acometendo do 2º ao 5º arco costal direito. Os exames de estadiamento diagnosticaram aneurisma de aorta abdominal com comprometimento dos vasos ilíacos. Paciente submetido a colocação de endoprótese para o tratamento do aneurisma abdominal e posteriormente a ressecção cirúrgica com toracectomia do 2º ao 5ª arco costal, reconstrução primária com tela de marlex e retalho muscular. Boa evolução pós-operatória atualmente em tratamento oncológico específico. **Conclusões:** a Programação cirúrgica na ressecção do rabdomiosarcoma de parede torácica é fundamental para o sucesso terapêutico. O tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal com alto risco de ruptura pode ser realizado antes da cirurgia oncológica.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

082 – TIMOMA PLEURAL - ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS E RADIOLÓGICOS

Brito BBA, Falcão Junior PC, Ribeiro EA, Pereira LCFO, Pereira BSR, Brito LBA, Martins PV

Hospital do Câncer de Muriaé; Serviço de Cirurgia Torácica

Introdução: o Timoma é uma neoplasia epitelial tímica. Focos ectópicos com acometimento pleural extenso, timoma pleural, são infrequentes. **Métodos:** relato de Caso e revisão da literatura. **Resultados:** paciente de 56 anos, encaminhado do serviço de cirurgia oncológica, com quadro de espessamento pleural extenso em hemitórax direito e massa mediastinal anterior. Assintomático respiratório. Achado ocasional a radiografia de tórax. Submetido a tomografia computadorizada de tórax e biópsia transtorácica com agulha de trucut da massa pleural, evidenciou-se blocos de células epitelíoides com atipias discretas. Figuras de mitoses raras. Abundante quantidade de linfócitos pequenos de permeio à neoplasia. O estudo imunohistoquímico revelou expressão para citoceratina com padrão anastomosante. Há positividade focal para proteína p 63 e sinaptofisina. Os achados são consistentes com timoma ectópico. A negatividade para calretinina e WT-1 afasta o diagnóstico de mesotelioma. Estadiamento evidenciou masaoka IV. O paciente foi submetido a quimioterapia e radioterapia, que mostrou regressão da tumoração mediastinal e manutenção da massa pleural. Atualmente em acompanhamento oncológico. **Conclusões:** o diagnóstico de Timoma pleural deve ser cogitado nos casos de massa mediastinal e espessamento pleural extenso. A biópsia transtorácica com agulha de trucut, associada ao estudo imunohistoquímico permitem a conclusão diagnóstica.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

083 – TRAQUEOSTOMIA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO UNIVERSITÁRIO

Brito BBA, Tinoco RC, Macedo SK, Brum AV, Barcelos AM, Alvim FNT, Freitas OD

Introdução: o momento da realização da traqueostomia é influenciada pelo prognóstico, duração esperada da doença, consentimento da família, habilidade do cirurgião e a disponibilidade dos métodos menos invasivos de suporte ventilatório. **Métodos:** estudo retrospectivo, 01 de janeiro à 31 de julho de 2009. **Resultados:** 62 pacientes submetidos a traqueostomia. 30 (48,38%) no CTI Geral, 25 (40,32%) na UTI Neurovascular e 7 (11,29%) UTI Cardiovascular. CTI Geral, 17 homens, idade 20-89 anos, traqueostomia do 3º ao 14º dia, 13 mulheres variando a idade entre 45-84 anos, traqueostomia feita entre os 5º e o 18º dia UTI Cardiovascular. 2 (28,57%) homens com idade entre 73-90 anos, traqueostomia feita no 11º e 12º dia. 5 (71,42%) mulheres idade entre 61-75 anos, traqueostomia realizada entre o 4º e o 14º dia. UTI Neurovascular. 13 homens (52%) entre 21-82 anos, traqueostomia entre o 1º e o 8º dia e 12 mulheres (48%) com a idade entre 42-82 anos e traqueostomia entre o 4º e o 20º dia. **Conclusões:** A traqueostomia é realizada rotineiramente pelo serviço de cirurgia torácica. A incidência em cada unidade de terapia intensiva varia de acordo com o perfil dos doentes internados. A traqueostomia é realizada precocemente na maioria dos casos.

E-mail do autor: britobruno@hotmail.com

084 – ANALYSIS OF OGG1 GENETIC VARIANTS AMONG NON-SMALL CELL LUNG CANCER BRAZILIAN PATIENTS

Vilhena AF, Alves CMS, Amaral NF, Carneiro JG, Leidennz FAB, Carolino RM, Bastos L, Bicalho MA, Marco LAC
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte - Minas Gerais- Brazil; Hospital Júlia Kubitschek- Rede FHEMIG - Belo Horizonte - Minas Gerais- Brazil

Background: DNA repair defects are trusted to be one of the causes of cancer development. The 8-oxoguanine DNA glycosylase 1(OGG1) gene is mapped on human chromosome 3. It participates on the base-excision repair pathway by encoding a DNA repair enzyme that removes 8-hydroxyguanine (8-OHG), an oxidatively damage products from double-stranded DNA. A Ser326Cys variant is found on OGG1 gene, and its prevalence is higher in Asian compared to Caucasian population. It has been demonstrated that OGG1-326Cys protein has a lower ability to prevent DNA damage repair than OGG1 326-Ser protein. Previous studies have shown an association between OGG1 Ser326Cys polymorphism and an increased risk of Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC), especially among smokers. The present work aims to establish a relationship among the presence of Ser326Cys polymorphism, smoking status and incidence of lung cancer among patients of a Brazilian population. **Methods:** forty-seven non-small cell lung cancer patients [33 men and 14 women, average 61.1± 9.5 years (mean ± SD, range 35-77)] were selected for this study. These patients were classified according tumor histological type and smoking status. DNA was extracted from tumor tissue samples and PCR reactions covering the whole gene were done. Sequencing analyses of OGG1 exons were performed to verify any alterations at the gene level, including Ser326Cys polymorphism. **Results:** sequencing analyses showed that 25.5% of our patients carry the polymorphic allele encoding a cysteine at position 326 of Ogg1 protein. From this, 33.3% are in homozygosity state. All patients whom the polymorphism was found were heavy-smokers, with the exception of one. According to cancer histological type, 50.0% were classified as squamous cellular carcinoma 41.7% as adenocarcinoma and one case of big cell carcinoma. Interestingly, an intronic polymorphism IVS4-15C>G was found only among patients with OGG1 Ser326Cys polymorphism. **Conclusions:** The present study has shown a prevalence of the polymorphic OGG1-326Cys allele in 25.5% of NSCLC patients. This percentage is higher than the prevalence of this variant among Caucasians showed in previous studies. The high percentage found in our study could be explained by the great heterogeneity of Brazilian population. However, we need to increase the number of cases in our work to confirm our data. It is also of great interest to perform more studies on this DNA repair pathway.

085 – CASO CLÍNICO: CAVERNOSTOMIA PARA TRATAMENTO DE MICETOMA

Neves TA, Pereira SP, Peixoto LC, Resende MA, Brito Filho L

Clínica de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Introdução: A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa antiga, e foi a maior causa de morte por pandemias durante várias centenas de anos. Atualmente, com a padronização dos esquemas de tratamento com os atuais tuberculostáticos (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida), foi possível um melhor controle da doença. O tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar iniciou-se no século XIX, sendo a maioria das intervenções terapêuticas de colapso, como a toracoplastia, a plumbagem, o pneumotórax artificial, o pneumoperitônio e a destruição frênica. O objetivo dessas intervenções era privar o bacilo aeróbio *M. tuberculosis* do oxigênio, colapsando as cavidades pulmonares, na tentativa de cura da doença. Também foram muito utilizados procedimentos de drenagem, como as cavernostomias, naqueles casos onde a toracoplastia não era indicada, além de pleurostomias e decorticações, como opção de tratamento do empiema pleural tuberculoso. **Relato do caso:** paciente do sexo masculino, 66 anos, ex-tabagista (55 anos-maço) e ex-trabalhador em mina de extração de ouro (por 20 anos), com diagnóstico de silicose e passado de tuberculose pulmonar, tratado com esquema RIP havia 9 anos. Um mês após o tratamento, começou a apresentar episódios de hemoptise leve semanais. Tomografia de tórax solicitada em 2006 revelou extensa sequela no pulmão esquerdo, principalmente em lobo superior, onde havia uma grande caverna com micetoma em seu interior. Como o paciente tinha alterações importantes na função pulmonar, foi realizada cavernostomia em hemitórax superior esquerdo, medialmente à escápula. Não houve intercorrências no ato operatório e a cavernostomia permaneceu pérvia por 5 meses. Atualmente encontra-se assintomático. Ainda em controle ambulatorial, nega episódios de hemoptise após a alta hospitalar. **Discussão:** até a década de 1940, os resultados do tratamento cirúrgico da tuberculose eram insatisfatórios. Após o advento da antibioticoterapia e a evolução das técnicas cirúrgicas, as ressecções pulmonares tornaram-se mais resolutivas. Entretanto, a associação de tuberculostáticos fez diminuir a necessidade desse tipo de intervenção, e assim, as ressecções ficaram reservadas às sequelas e complicações da tuberculose, bem como aos casos de infecção fúngica ou bacteriana secundárias e na dúvida sobre carcinoma broncogênico. A cavernostomia está indicada nos pacientes sem função pulmonar para realização de pleurolobectomia ou pleuropneumectomia.

086 – ANÁLISE DAS LARINGOTRAQUEOPLASTIAS E TRAQUEOPLASTIAS REALIZADAS PELO SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA E ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA DO HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK

Amaral NF, Silva FL, César JMS, Barreto AV, Alves CMS, Vilhena AF, Brito CCA, Rodrigues LB

Hospital Júlia Kubitschek – FHEMIG (Belo Horizonte-MG)

É um estudo preliminar com o intuito de analisar as indicações e técnicas cirúrgicas, bem como os perfis dos pacientes e de suas moléstias ao longo de 35 anos. Foram realizadas 155 laringotraqueoplastias e traqueoplastias entre 1974 e 2008. Os primeiros dados revelam um aumento exponencial das correções cirúrgicas na última década (gráfico). A idade média dos pacientes foi de 31 anos, revelando um perfil jovem. A maioria absoluta das indicações para tratamento de doença benigna (estenoses cicatriciais), com apenas dois casos para ressecção de neoplasia maligna de traquéia. Estes resultados preliminares demonstram uma demanda atual do tratamento cirúrgico das estenoses das vias aéreas, que são consequência, na grande maioria das vezes, de seqüela de pacientes vítimas de afecções graves, com histórico de passagem por unidades de cuidados intensivos.

