

**PO214 GANGLIONEUOMA MADIASTINAL DE GRANDES DIMENSÕES E APRESENTAÇÃO ATÍPICA – RELATO DE CASO**

Montessi J, De Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Silva VC, Pena AB, Magalhães EJC, De Souza RLP

*Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.*

**Palavras-chave:** Ganglioneuroma; Mediastino posterior; Tumor neurogênico

**Introdução:** O ganglioneuroma é um tumor do sistema nervoso periférico, usualmente benigno, derivado das células ganglionares simpáticas. É raro, acomete crianças e adultos jovens entre 10 e 40 anos de idade e tem preferência pelo mediastino posterior, seguido do retroperitônio. É freqüentemente assintomático e seu quadro clínico, quando presente, decorre de seu crescimento e compressão de estruturas adjacentes; raramente, o ganglioneuroma secreta catecolaminas. Ao corte transversal, exibe áreas de degeneração cística.

**Objetivos:** Relatar um caso de ganglioneuroma mediastinal de grandes dimensões e apresentação clínica atípica. **Métodos:** Revisão de literatura e relato do caso de paciente branco, 34 anos, sexo masculino, que comparece a Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora com queixa de dor pleurítica em hemitórax esquerdo. Foi realizada telerradiografia de tórax que evidenciou nódulo pulmonar em lobo superior de pulmão direito e condensação em base de hemitórax esquerdo sugestiva de derrame pleural; feita ultra-sonografia de tórax que sugeriu hérnia diafragmática à esquerda. Foi efetuada uma toracotomia exploradora à esquerda pela Cirurgia Geral, tendo sido visualizado tumor em mediastino posterior aparentemente trans-diafragmático. Como não foi possível a ressecção, o paciente foi encaminhado para a Cirurgia do Tórax para que se fizesse o procedimento definitivo. Não foi feita ressecção inicial devido à possibilidade de tumor neurogênico em halter invadindo coluna vertebral (apresentação de 10% dos neurogênicos). Solicitada ressonância nuclear magnética (RNM), que demonstrou não se tratar de tumor em halter; indicado procedimento cirúrgico com ressecção da lesão. O diagnóstico histopatológico da peça cirúrgica foi de ganglioneuroma. Considerando que até 14% destes podem conter elementos malignos primitivos e gerar metástases, no 30º dia pós-operatório foi excisado o nódulo pulmonar contralateral, cujo exame histopatológico diagnosticou tratar-se de fibrose pulmonar. **Resultados:** Um mês após a segunda abordagem cirúrgica, o paciente encontra-se em acompanhamento clínico-radiológico, sem intercorrências. **Conclusão:** Apesar de raro e freqüentemente assintomático, o ganglioneuroma deve ser considerado na investigação de paciente jovem com dor torácica, principalmente quando é notada imagem compatível em mediastino posterior. A ressecção cirúrgica de massas mediastinais posteriores não deve ser realizada antes de completa investigação do componente em canal medular (halter). A abordagem cirúrgica de nódulo pulmonar concomitante é justificável, pois, embora benigno, o ganglioneuroma pode sofrer degeneração maligna e gerar metástases em pequena parcela dos casos.

**PO215 ABORDAGEM POR TORACOTOMIA DIREITA PARA CORREÇÃO DE FÍSTULA BRÔNQUICA PÓS-PNEUMONECTOMIA ESQUERDA: RELATO DE CASO**

De Oliveira HG, Araujo LFL, Macedo Neto AV, Moreschi AH, Saueressig MG, Silveira MM, Tarso Roth Dalcin P, Gazzana MB

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.*

**Palavras-chave:** Fístula brônquica; Pneumonectomia; Pleurostomia

**Introdução:** Paciente masculino de 65 anos, com DPOC grave (VEF1: 780ml), em acompanhamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre por fístula brônquica pós-pneumonectomia esquerda realizada há 7 anos em outra instituição devido à carcinoma broncogênico. Apresentava-se emagrecido, dispnéico aos pequenos esforços, cronicamente infectado, tanto o pulmão quanto o espaço pleural, com 11 internações em 24 meses. Estadiamento pós-cirúrgico não revelou metástases tardias. O paciente havia sido tratado até então somente com pleurostomia e apresentava função pulmonar limitrofe. Exame fibroscópico demonstrou a presença de árvore brônquica esquerda com seus ramos lobares e segmentares com suturas individuais para cada segmento brônquico, com fístulas em 2 ramos lingulares. Como palição, tentou-se por 2 vezes alcoolização endoscópica das fístulas, sem sucesso. Após diversas internações devido a infecções respiratórias graves de repetição, foi indicada cirurgia para correção das fístulas tendo como abordagem toracotomia direita. **Resultados:** Após otimização clínica foi submetido à toracotomia direita com acesso ao brônquio principal esquerdo e secção do mesmo com stapler linear cortante próximo à sua emergência. A seguir foi realizada dissecação romba dos cotos lobares e segmentares restantes e ressecção destes próximo às respectivas fístulas. Paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar após mais 15 dias de internação. Fibroscopia realizada 1 mês após a cirurgia evidenciou sutura íntegra a 0,5cm da carena traqueal. **Conclusão:** Fístula broncopleural é uma condição clínica que apresenta alta morbimortalidade, sendo observada mais freqüentemente após ressecções pulmonares. Existem diversas formas de tratamento, tanto endoscópicas quanto cirúrgicas. Apresentamos um relato de caso onde a opção pela abordagem contralateral para correção da fístula brônquica mostrou-se segura e eficaz. Plano de realizar a seguir fechamento de pleurostomia à Claget.

**PO216 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DA PLEURA PARIETAL**

Montessi J, Vieira JP, De Almeida EP, Abreu MM, Silva VC, De Souza RLP, Bolognani CED, Eleutério SJP

*Serviço de Cirurgia Torácica dos Hospitais Monte Sinai, Universitário – HU UFJF e ASCOMCER, Juiz de Fora, MG, Brasil.*

**Palavras-chave:** Tumor fibroso; Pleura; Mesotelioma

**Introdução:** O tumor fibroso solitário da pleura (TFSP) também conhecido como tumor gigante da pleura ou mesotelioma benigno é raro, representando menos de 5% das neoplasias pleurais, numa incidência estimada de 28 casos por milhão. A maior incidência é entre

os 40 e os 70 anos. Geralmente são assintomáticos, constituem achados em estudos radiográficos de tórax efetuados por rotina. O método de imagem mais importante para o diagnóstico é a radiografia do tórax. A TC e a RM são importantes para avaliar a relação do tumor com estruturas vizinhas e a sua ressecabilidade. O diagnóstico é obtido por exame anatomopatológico da peça operatória. **Objetivos:** Apresentar um caso raro de tumor fibroso solitário da pleura (TFSP). **Métodos:** Paciente 55 anos, feminino, branca, não tabagista, não etilista. Há 8 meses com astenia, hiporexia e perda ponderal, sem história de dor, tosse ou dispnéia. Na radiografia de tórax apresentou uma massa tumoral em campo pleuropulmonar esquerdo. A TC evidenciou massa hipotransparente em hemitórax esquerdo de 12cm por 8cm. A punção por agulha fina sugeriu pseudotumor inflamatório. **Resultados:** Realizada toracotomia posterior com exérese do tumor de 1243g aderido por pedículo à pleura parietal. O resultado da anatomia - patológica da lesão foi de padrão morfológico sugestivo de tumor fibroso solitário da pleura. O dreno de tórax foi retirado no 3º dia de pós-operatório sendo que no 4º dia a paciente recebeu alta hospitalar. **Conclusão:** O TFSP é uma entidade rara que pode ser confundida com doença infecciosa, neoplasia maligna, neoplasia benigna pulmonar ou extrapulmonar. O diagnóstico é estabelecido por exame anatomopatológico. A ressecção cirúrgica é curativa na grande maioria dos casos, podendo ocorrer recidiva tumoral décadas mais tarde.

**PO217 ANÁLISE COMPARATIVA DAS TÉCNICAS DE ANASTOMOSE BRÔNQUICA (TÉRMINO-TERMINAL VS. TELESCOPAGEM) NOS TRANSPLANTES PULMONARES**

Samano MN, Yamaçake KGR, Gomes HAP, Afonso Jr JE, Teixeira RHOB, Caramori ML, Pêgo-Fernandes PM, Jatene FB

*INCOR-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

**Palavras-chave:** Transplante de pulmão; Complicações cirúrgicas; Anastomoses cirúrgicas

**Introdução:** Estima-se que 27% dos pacientes submetidos ao transplante pulmonar desenvolverão complicações brônquicas decorrentes da anastomose. Este tipo de complicação ocorre principalmente pela pobreza da irrigação sanguínea da árvore traqueobrônquica, que faz com que esta cicatrização seja deficitária. Com o intuito de diminuir este índice, várias técnicas foram desenvolvidas como a anastomose por telescopagem e as proteções da anastomose, seja com pedículo de grande omento ou de intercostal. **Objetivos:** Comparação das duas técnicas de anastomose brônquica empregadas nos transplantes pulmonares: término-terminal (TT) e telescopagem (TS), correlacionando-as com o número de complicações, tempo de UTI e ventilação mecânica e sobrevida. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de 40 pacientes transplantados no Instituto do Coração do HCFMUSP, no período de 2000 a 2005. Estes foram divididos em dois grupos de acordo com o tipo de anastomose empregada (Grupo 1 – anastomose TS e Grupo 2 – anastomose TT). **Resultados:** Foram realizadas 14 anastomoses TS (Grupo 1), correspondendo aos 14 transplantes iniciais, todo unilaterais entre setembro/2000 e setembro de 2003. Nos transplantes realizados a partir de então, foi adotada a técnica TT em 36 anastomoses (Grupo 2), dos quais 24 corresponderam a transplantes bilaterais. O índice total de complicações brônquicas foi de 11,5%, sendo mais freqüente nas anastomoses TS (21,4%) do que nas anastomoses TT (7,9%). Analisando comparativamente estes grupos, não houve diferença significativa no tempo de permanência em UTI e no tempo de internação. Porém, menor tempo de ventilação mecânica foi observado no grupo 2. A sobrevida também apresentou diferença estatística significativa, sendo superior para anastomose T-T. **Conclusão:** As complicações decorrentes da anastomose brônquica nos transplantes pulmonares permanecem como fatores de aumento de morbimortalidade. De acordo com nosso estudo, a anastomose TT foi superior à anastomose TS apresentando menor índice de complicações. Observamos ainda menor tempo de ventilação mecânica e melhor sobrevida neste grupo de pacientes.

**PO218 COMPRESSÃO TRAQUEAL POR ANEL VASCULAR**

Terra RM, Pereira AEA, Mariani AW, Abrão FC, Minamoto H, Jatene FB

*Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

**Palavras-chave:** Anel vascular; Compressão traqueal; Silbilância

**Introdução:** Anéis vasculares são entidades congênicas raras. Formam o anel vascular: o arco aórtico duplo, o arco aórtico direito, o anel de artéria pulmonar, a compressão por artéria inomada e a artéria subclávia aberrante; podendo acarretar compressão traqueal e/ou esofágica. Manifestam-se por silbilância, estridor ou infecções respiratórias de repetição em lactentes, podendo também provocar disfagia. Freqüentemente seus sintomas são atribuídos a asma ou doença do refluxo gastroesofágico levando a atraso no diagnóstico. No passado o diagnóstico era confirmado com esofagograma contrastado. Atualmente o uso da angiogramografia computadorizada (TC) e, em alguns casos, da ressonância nuclear magnética (RNM) tem se tornado padrão na investigação diagnóstica desses pacientes. **Objetivos:** Relato de caso de um lactente com diagnóstico de compressão traqueal por anel vascular e revisão da literatura. **Métodos:** Revisão retrospectiva do prontuário de paciente com diagnóstico de compressão traqueal por anel vascular operado no nosso serviço. **Resultados:** Paciente masculino de 03 meses e 15 dias de idade com dispnéia às mamadas, engasgo e tosse desde o nascimento. Aos 02 meses de idade evoluiu com febre associada a tosse produtiva e dispnéia em repouso. Foi internado em outro serviço por duas oportunidades com diagnóstico de bronquiolite e tratado com medidas de suporte clínico, evoluindo com melhora parcial. Na ocasião foi realizada traqueobroncoscopia que evidenciou estenose traqueal justa-carinal pulsátil, sendo encaminhado ao nosso Serviço com diagnóstico de compressão extrínseca de traquéia. Não havia história de complicações gestacionais ou perinatais ou de outras comorbidades. O paciente encontrava-se dispnéico em repouso, com estridor inspiratório, sem outras alterações no exame físico. A radiografia de tórax mostrava infiltrado pulmonar bilateral discreto. A ecocardiografia sugeriu o diagnóstico de arco aórtico à direita sem outras alterações ana-