

melhora após a timentomia; desses, cerca de 35% alcançam a remissão livre de medicação. Entretanto, a melhora costuma ser postergada em meses ou anos. A vantagem da timentomia é oferecer a possibilidade de um benefício a longo prazo, em alguns casos reduzindo ou eliminando a necessidade de tratamento clínico contínuo. Em decorrência desses benefícios em potencial e do risco desprezível em mãos hábeis, a timentomia ganhou ampla aceitação no tratamento da MG.

1. BRAUNWALD, E.; KASPER, D. L.; FAUCI, A. S.; et al.; Medicina interna de Harisson. 18.ed. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 2013.
2. Weinberg A, Gelijns A, Moskowitz A, Jaretzki A. Myasthenia gravis: outcome analysis. 2000. Available at: <http://www.neurology.org>
3. Sanders DB, Scoppetta C. The treatment of patients with myasthenia gravis. *Neurol Clin North Am* 1994; 12:343-68.

PE653 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE NO TIMO: RELATO DE CASO

GUILHERME AUGUSTO OLIVEIRA; RAFAEL PANOSSO CADORE; WILLIAM LORENZI; HEYDER MAGALHÃES ESTEVÃO; MAURICIO GUIDI SAUERESSIG; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI; LUIS FELIPE LOPEZ ARAUJO; CRISTIANO FEIJO ANDRADE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose; timo; quilotórax
Introdução: A linfangioleiomiomatose pulmonar é uma doença rara que afeta mulheres jovens em idade fértil. A característica anatomopatológica é o aspecto de coleções intersticiais de músculo liso e formação de cistos nos pulmões. É caracterizada como uma neoplasia mesenquimal benigna. A doença tem causa desconhecida e pode ter acometimento pulmonar e extrapulmonar. Os sintomas mais comuns são dispneia aos esforços e pneumotórax de repetição. Os pacientes podem apresentar também hemoptise, tosse não produtiva, derrame pleural e ascite quilosos. O retroperitônio é o local de mais frequente acometimento extrapulmonar. Não há, porém, descrição na literatura de acometimento do timo. **Relato do Caso:** Paciente de 40 anos, sexo feminino, tabagista com carga tabágica de 20 anos.maço, admitida na emergência com quadro de dor torácica ventilatório dependente há 7 dias, dispneia, tosse com expectoração hialina e raia de sangue. Referia dispneia progressiva, com piora na última semana. Exame físico apresentava crepitações pulmonares finas, difusas em ambos hemitórax. Rx de tórax evidenciou alterações intersticiais difusas. Tomografia de tórax e abdome mostrou lesões císticas difusas em todo o parênquima pulmonar, lesão com densidade líquida no mediastino anterior e massa cística de contornos lobulados no retroperitônio. Testes de função pulmonar mostravam VEF1 de 1,69 litros (69,9% previsto) e Volume Corrente de 100% do previsto; redução importante da capacidade de difusão do monóxido de carbono 6,3 ml/mmHg/min (23,5% previsto). A paciente foi levada à biópsia pulmonar e da lesão no mediastino anterior através de incisão paraesternal direita. O exame imuno-histoquímico foi positivo para HHF35, Desmina, HMB45, Estrógeno, Progesterona, CD31 e CD 34. Diagnóstico anatomopatológico de proliferação de células musculares lisas, compatível com linfangioleiomiomatose pulmonar e em remanescente de timo. Paciente teve alta hospitalar, porém retornou 8 dias após com queixa de dispneia importante e secreção na ferida operatória. Realizou nova TC de tórax que evidenciou moderado derrame pleural à esquerda, realizada punção com retirada de 900mL de líquido pleural leitoso. Bioquímica com triglicérides 2404mg/dL. Apresentou recidiva do derrame pleural, sem melhora com tratamento conservador, levada então à pleuroscopia com pleurodese com talco. Evoluiu sem reacúmulo de derrame e com melhora sintomática. **Discussão:** O diagnóstico de linfangioleiomiomatose pode ser firmado em paciente com quadro clínico característico, lesões císticas pulmonares de paredes finas em TC de alta resolução e angiomiolipomas, sem a necessidade de biópsia. Todos estes achados estavam presentes nesta paciente. Havia, entretanto lesão no mediastino anterior que não costuma cursar com o quadro tí-

pico da doença. Por este motivo optou-se pela realização da biópsia que confirmou a suspeita de linfangioleiomiomatose pulmonar mas trouxe o diagnóstico ainda não descrito do acometimento tímico.

- Berger, J. L., and M. I. Shaff, 1981, Pulmonary lymphangioleiomyomatosis: *J Comput Assist Tomogr*, v. 5, p. 565-7.
2. Bonetti, F., P. L. Chiodera, M. Pea, G. Martignoni, F. Bosi, G. Zamboni, and G. M. Mariuzzi, 1993, Transbronchial biopsy in lymphangiomyomatosis of the lung. HMB45 for diagnosis: *Am J Surg Pathol*, v. 17, p. 1092-102.
 3. Cai, X., G. Pacheco-Rodriguez, M. Haughey, L. Samsel, S. Xu, H. P. Wu, J. P. McCoy, M. Stylianou, T. N. Darling, and J. Moss, 2013, Sirolimus decreases circulating LAM cells in patients with lymphangioleiomyomatosis: *Chest*.
 4. Carrington, C. B., D. W. Cugell, E. A. Gaensler, A. Marks, R. A. Redding, J. T. Schaaf, and A. Tomasian, 1977, Lymphangioleiomyomatosis. Physiologic-pathologic-radiologic correlations: *Am Rev Respir Dis*, v. 116, p. 977-95.
 5. Castro, M., C. W. Shepherd, M. R. Gomez, J. T. Lie, and J. H. Ryu, 1995, Pulmonary tuberous sclerosis: *Chest*, v. 107, p. 189-95.
 6. Chachaj, A., K. Drozd, M. Chabowski, P. Dziegiel, I. Grzegorek, A. Wojnar, P. Jazwiec, and A. Szuba, 2012, Chylothorax, chylothorax and lower extremity lymphedema in woman with sporadic lymphangioleiomyomatosis successfully treated with sirolimus: a case report: *Lymphology*, v. 45, p. 53-7.
 7. Corrin, B., A. A. Liebow, and P. J. Friedman, 1975, Pulmonary lymphangiomyomatosis. A review: *Am J Pathol*, v. 79, p. 348-82.
 8. Costello, L. C., T. E. Hartman, and J. H. Ryu, 2000, High frequency of pulmonary lymphangioleiomyomatosis in women with tuberous sclerosis complex: *Mayo Clin Proc*, v. 75, p. 591-4.
 9. Hohman, D. W., D. Noghrehkar, and S. Ratnayake, 2008, Lymphangioleiomyomatosis: A review: *Eur J Intern Med*, v. 19, p. 319-24.
 10. Johnson, S. R., J. F. Cordier, R. Lazor, V. Cottin, U. Costabel, S. Harari, M. Reynaud-Gaubert, A. Boehler, M. Brauner, H. Popper, F. Bonetti, C. Kingswood, and R. P. o. t. E. L. T. Force, 2010, European Respiratory Society guidelines for the diagnosis and management of lymphangioleiomyomatosis: *Eur Respir J*, v. 35, p. 14-26.

PE654 FRATURA BRÔNQUICA - TRATAMENTO CIRÚRGICO

FEDERICO ENRIQUE GARCIA CIPRIANO; LYCIO UMEDA DESSOTE; FABIO CESAR DOMINGUES FAVARA; ALFREDO JOSÉ RODRIGUES; WALTER VILLELA DE ANDRADE VICENTE; PAULO ROBERTO BARBOSA ÉVORA
FACULDADE DE MEDICINA USP RIBEIRÃO PRETO - FMRP-USP - DIVISÃO DE CIRURGIA TORÁCICA E CARDIOVASCULAR, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Palavras-chave: Trauma torácico; fratura brônquica; estenose brônquica

Introdução: A incidência das lesões traqueobrônquicas, nos traumas de tórax, varia de 0,3% a 1%. Embora raras, as lesões da traqueia e grandes brônquios cursam com taxas de letalidade em torno de 30%. Mesmo quando a correção cirúrgica é realizada, o óbito acontece em 14 a 25% dos pacientes, geralmente causado pelas lesões associadas. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 18 anos, natural e procedente de Ribeirão Preto (SP), sem patologias prévias conhecidas. Motociclista, vítima de acidente contra ônibus (sem informações sobre cinética do trauma). Encontrado na cena do acidente, com capacete, acordado, porém com grave desconforto respiratório que indicou intubação orotraqueal imediata. Também com fratura exposta de membro inferior direito. Radiografias diagnosticaram pneumotórax volumoso à esquerda com atelectasia parcial do pulmão esquerdo e pequeno derrame pleural, submetido a drenagem pleural. Extubado após 48 horas de ventilação mecânica sem intercorrências. Oito horas após extubação apresenta severa insuficiência respiratória com necessidade de reintubação orotraqueal (tentativa de mais duas