

ser pequeno, por essa razão o principal sintoma associado com essa patologia é a infecção respiratória de repetição. Porém nos casos onde a artéria nutricia é calibrosa pode-se desenvolver shunts arteriovenosos importantes a ponto de levar à cianose, hipoxemia e insuficiência cardíaca congestiva na infância. A cirurgia é o tratamento de escolha e quando o paciente apresenta-se sintomático deve ser realizada o mais breve possível a fim de evitar possíveis complicações.

- 1 - Jotsuka T, Matsuguma H, Sawafuji M, Yokoi K, Hirose T, Mori K, Tominaga K, Imura G. Intralobar pulmonary sequestration with three aberrant arteries: a case report and review of the Japanese literature. *Kyobu Geka*. 1998 Feb;51(2):142-6.
- 2 - Tsunozuka Y, Sato H. Intralobar pulmonary sequestration with three aberrant arteries in a 75-year-old patient. *Chest*. 1998 Sep;114(3):936-8.
- 3 - Theodoropoulos I, Schwartz MZ. Intralobar pulmonary sequestration: an uncommon case with triple arterial supply and systemic venous drainage. *Pediatr Surg Int*. 2012 Jul;28(7):741-4.

PE630 MIELOLIPOMA EM MEDIASTINO POSTERIOR - RELATO DE CASO

ERICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO
SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

Palavras-chave: Mielolipoma; mediastino; tumor mesenquimal

Introdução: O mielolipoma é um tumor benigno raro, constituído por células de tecido adiposo associado a tecido hematopoiético, geralmente encontrado na glândula supra-renal. Foram encontrados na literatura poucos relatos deste tipo de tumor em localização mediastinal, geralmente a região pré-sacral é a localização de preferência quando a localização é extra-adrenal. Outros sítios que podem ser acometidos são o espaço peri-renal, rim, região hepática e gástrica. Geralmente são assintomáticos, constituídos por tecido não funcionante e acabam sendo achado de exames radiológicos. Em uma minoria dos casos as lesões são grandes e acabam levando a sintomas como dor em região dorsal ou abdominal ou sangramentos. O diagnóstico definitivo é dado pelo anatomopatológico e não existe um consenso quanto ao tratamento que deva ser instituído. Alguns autores sugerem que tumores pequenos e assintomáticos, menores que 4 cm, podem ser acompanhados, enquanto que lesões sintomáticas ou maiores que 7 cm devem ser ressecadas. **Relato do Caso:** A.Z.J., 49 anos, masculino, branco, funileiro. Foi encaminhado para avaliação da Cirurgia Torácica devido achado radiológico de imagem. Negava sintomas respiratórios. Desde 1992 realizava seguimento com o a equipe da hematologia para tratamento de diseritropoese congênita e hemossiderose secundária à doença de base, necessitando realizar sangria a cada 60 dias para controle da doença. Em tomografia de abdome realizada para investigação de alterações hepáticas foi encontrada alteração radiológica em mediastino posterior. De antecedentes pessoais era ex-tabagista 28 anos.maço/dia e esplenectomizado há 5 anos. Ao exame físico apresentava-se sem nenhuma alteração. Para complementação diagnóstica foi realizada uma tomografia de tórax que evidenciou uma lesão bem delimitada, paravertebral direita, com densidade de partes moles e baixo realce ao contraste. Foi submetido à ressecção da lesão em mediastino posterior, que se apresentava com coloração violácea e muito sangrante durante a manipulação cirúrgica. O anatomopatológico foi compatível com mielolipoma. **Discussão:** Os tumores neurogênicos são a causa primária de massas mediastinais posteriores, sendo o tipo principal em adultos o schwannoma. Tumores mesenquimais são mais raros, ao passo que o mielolipoma é muito pouco descrito na literatura. Por se tratar de um tumor normalmente assintomático, o diagnóstico fica limitado à ressecção cirúrgica ou a biópsia incisional. Apesar de o paciente apresentar diseritropoese e hemossiderose, não encontramos na literatura associação do mielolipoma com nenhuma doença hematológica.

- 1 - Nakagawa M, Kohno T, Mun M, Yoshiya T. Bilateral video-assisted thoracoscopic surgery resection for multiple mediastinal myelolipoma: report of a case. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*. 2014 Apr;47(2):189-92.
- 2 - Ema T, Kawano R. Myelolipoma of the posterior mediastinum: report of a case. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2013 Mar 11. [Epub ahead of print]
- 3 - Gao B, Sugimura H, Sugimura S, Hattori Y, Iriyama T, Kano H. Mediastinal myelolipoma. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2002 Jun;10(2):189-90.
- 4 - Vaziri M, Sadeghipour A, Pazooki A, Shoolami LZ. Primary mediastinal myelolipoma. *Ann Thorac Surg*. 2008 May;85(5):1805-6.
- 5 - Sagan D, Zdunek M, Korobowicz E. Primary myelolipoma of the chest wall. *Ann Thorac Surg*. 2009 Oct;88(4):e39-41.
- 6 - Geng C, Liu N, Yang G, Qi M, Chen W. Primary mediastinal myelolipoma: A case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2013 Mar;5(3):862-864.

PE631 LINFOMA LINFOBÁSTICO DE MEDIASTINO ANTERIOR SIMULANDO TIMOMA ASSOCIADO A MIASTENIA GRAVIS - RELATO DE CASO

GUILHERME AUGUSTO OLIVEIRA; RAFAEL PANOSSO CADORE; MAURICIO GUIDI SAUERESSIG; LUIS FELIPE LOPEZ ARAUJO; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI; CRISTIANO FEIJO ANDRADE; WILLIAM LORENZI; DOUGLAS ELIAS CALDEIRA DOS SANTOS
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Palavras-chave: Miastenia; linfoma; timoma
Paciente masculino, 36 anos, previamente hígido, apresentando fraqueza proximal de membros superiores, disfagia e dispnéia leve procurando a emergência do HCPA, quadro compatível com Miastenia Gravis e tomografia de tórax com contraste evidenciando massa em mediastino anterossuperior com cerca de 5 x 3,5cm cm compatível com a suspeita clínica de Timoma. Houve melhora clínica importante após início de piridostigmina confirmando diagnóstico. Após realização de profilaxia para crise miastênica o paciente foi submetido à esternotomia mediana, evidenciando massa mediastino anterior próximo a veia inominada esquerda sem sinais de implantes pleuropulmonares ou pericárdicos, submetido então a timectomia estendida, procedimento realizado sem intercorrências. No 1º pós-operatório o paciente apresentou crise miastênica moderada necessitando de transferência para CTI para suporte com ventilação não-invasiva e tratamento da crise com aumento da imunossupressão. Após 4 dias teve alta do CTI e após 10 dias alta hospitalar. No exame anatomopatológico evidenciou-se neoplasia tímica de predomínio linfóide com alto índice mitótico. Perfil imuno-histoquímico com positividade para CD 3, CD 4, CD 8, CD10, TdT e Ki 67 90%, achados compatíveis com linfoma linfoblástico. Realizou estadiamento para Linfoma com BMO negativa, sem outros sítios acometidos, laboratoriais normais. Ao longo da internação já começou a apresentar melhora gradativa da fraqueza proximal sem novas crises miastênicas e com redução da dose de piridostigmina e sem uso adicional de corticosteroides. Transferido à equipe de Hematologia que iniciou esquema Hyper CVAD com boa tolerância.

PE632 CISTO INTRA-TÍMICO - RELATO DE CASO

GUILHERME AUGUSTO OLIVEIRA; RAFAEL PANOSSO CADORE; CRISTIANO FEIJO ANDRADE; DOUGLAS ELIAS CALDEIRA DOS SANTOS; VINÍCIUS CARDOSO NÓBREGA; MAURICIO GUIDI SAUERESSIG; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI; WILLIAM LORENZI
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Palavras-chave: Timoma; cisto tímico; mediastino
Homem de 46 anos, Hipertenso, asmático investigando dor torácica atípica com descoberta acidental em uma angiogramografia de tórax de lesão com cerca de 4cm em mediastino anterior com diagnóstico radiológico inicial por tomografia de Timoma. O paciente não apresentava síndrome miastênica

ou outras síndromes paraneoplásicas. Também não tinha antecedentes pessoais ou familiares de neoplasia. Após extensa investigação foi excluída causa cardíaca para a dor torácica. O paciente então foi levado a timectomia estendida videotóraxoscópica direita em que evidenciou-se massa móvel em na topografia tímica em íntimo contato com a veia inomina esquerda, sem aderência às estruturas adjacentes. Não foi necessária abordagem adicional pelo hemitórax esquerdo ou conversão para cirurgia aberta. Houve boa evolução pós-operatória com retirada do dreno no 4 dia e alta no quinto dia. O resultado anatomopatológico revelou tecido tímico contendo massa de aspecto cístico com 4cm de diâmetro revestido por epitélio respiratório concluindo tratar-se de cisto intra-tímico. Há na literatura poucos casos de cistos tímicos, uma minoria deles sendo diagnosticado no pré-operatório devido à sua semelhança na tomografia com Timoma. Se trata de uma lesão benigna sem relatos de malignização e com potencial de produzir sintomas devido a compressão de estruturas do mediastino anterior embora mais comumente diagnosticado acidentalmente em exames de imagem por outros motivos. Seu diagnóstico bem como seu tratamento são cirúrgicos, não requerendo biópsia pré-operatória uma vez que seu diagnóstico através de espécimes muito pequenos é inconclusivo necessitando da lesão inteira para seu diagnóstico conclusivo excluindo outras lesões malignas tímicas.

PE633 MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE CÍSTICA CONGENITA DO PULMÃO DIAGNOSTICADO EM ADULTO.

SÉRGIO PONTES PRADO¹; JANAINA DA SILVA DOMINGUES²
1.INSTITUTO INSONO, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Palavras-chave: Malformação adenomatoide cística; malformação congênita; pulmão

Introdução: A malformação adenomatoide cística(MAC)é uma malformação congênita das vias aéreas e pulmão de acometimento raro caracterizada por massa multicística de arquitetura variável. **RELATO:** O caso relatado aborda uma mulher de 47 anos previamente hígida, sem histórico de doenças pulmonares que em 1 ano apresentou 4 pneumonias. Foi diagnosticada com MAC através de tomografia de tórax mostrando lesões císticas em lobo inferior esquerdo e tratada cirurgicamente através de lobectomia. **Discussão:** As MACs são responsáveis por aproximadamente 25-30% das malformações pulmonares congêntas e tem incidência em torno de 1 por 10.000-35.000 gestações. Ocorre mais frequentemente em lobos inferiores, são unilaterais e mais comuns no sexo masculino. A maioria dos acometidos são assintomáticos no período neonatal e apenas 30% são diagnosticados no pós-natal. O quadro clínico é amplo com aparecimento de morte perinatal, cianose, hidropisia fetal, infecções pulmonares e pneumotórax. A tomografia de tórax é importante para caracterizar o tamanho e a extensão dos cistos e pesquisar outras anomalias associadas(neoplasias). O tratamento padrão é cirúrgico principalmente nos casos sintomáticos e nos casos assintomáticos é controverso, mas na maioria das vezes, é realizado a lobectomia pelo risco de infecções e transformação neoplásica.

Ándrade CF, Ferreira HPC, Fischer GB. Malformações pulmonares congêntas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(2):259-271, 2011.

Giubergia V et al. Malformação cística congênita das vias aéreas. *Jornal de Pediatria*, vol. 88, N° 2, 2012.

Nai GA, Zelandi FC, Viero RM, Defaveri J. Malformação congênita adenomatóide cística do pulmão: relato de quatro casos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 24(5), set-out, 1998.

PE634 EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA NÃO TRAUMÁTICA

SÉRGIO PONTES PRADO¹; JANAINA DA SILVA DOMINGUES²
1.INSTITUTO INSONO, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

Palavras-chave: Eventração diafragmática; diafragma; elevação de cúpula

Introdução: A eventração diafragmática(ED) é uma alteração

rara em que a cúpula diafragmática sofre uma elevação por disfunção do nervo frênico, porém sem rompimento. **RELATO:** Mulher com 72 anos, hipertensa e diabética, sem histórico de trauma, cirurgias e/ou infecções recentes, apresentava queixa de dor abdominal predominantemente à esquerda e dispneia, principalmente após as refeições. Durante a investigação clínica foi observado elevação significativa de hemidiafragma esquerdo com presença da bolha gástrica comprimindo o pulmão esquerdo, mas sem contato direto. Atualmente, a paciente encontra-se em pré-operatório para toracotomia corretiva. **Discussão:** Na ED, na maioria das vezes, a lesão no nervo frênico ocorre por acometimento primário da musculatura inspiratória diafragmática na ausência de doença pulmonar. Mas, essa disfunção associa-se também a traumas torácicos fechados, lesões iatrogênicas pós-cirúrgicas, tumores torácicos, infecções e desordens neuromusculares. A incidência exata desta patologia é desconhecida, tem relação 4:3 entre os sexos masculino e feminino e, na maioria dos casos, a eventração é encontrada no lado esquerdo, como nas hérnias do diafragma. A dispneia é o principal sintoma referido, mas ocorre também dor torácica e abdominal além de alterações inespecíficas como vômitos e náuseas. Muitos pacientes mesmo com a elevação diafragmática e conseqüentemente diminuição da força inspiratória não sofrem dessaturação e mantém o volume-minuto através do recrutamento da musculatura acessória e do hemidiafragma íntegro. O diagnóstico é quase sempre feito por radiografias e a fluoroscopia é usada para avaliar a viabilidade da musculatura em idosos com suspeita de rigidez para correção cirúrgica. A espirometria pode apresentar alterações de acordo com o grau de comprometimento pulmonar que diminui após a correção cirúrgica. Os pacientes assintomáticos podem ser acompanhados de forma conservadora, mas os pacientes sintomáticos requerem cirurgia. Nessa cirurgia o músculo diafragma é tracionado até adquirir um formato quase normal e deixará assim de comprimir áreas pulmonares. O tratamento pode ser feito por meio de vídeo-cirurgia do tórax ou cirurgia do tórax minimamente invasiva.

Calvinho, P et al. Diaphragmatic eventration: long-term follow-up and Results of open-chest plicature. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 2009.

Christensen, P. Eventration of the diaphragm. *Thorax*, 14, 311, 1959.

Kansal, AP et al. Right-sided diaphragmatic eventration: A rare entity. *Lung India*, 26(2): 48-50, 2009.

PE635 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO ENDOBRÔNQUICO - RELATO DE CASO

ERICA NISHIDA HASIMOTO¹; DANIELE CRISTINA CATANEO¹; CRISTIANO CLAUDINO OLIVEIRA²; JULIO DEFAVERI²; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO¹

1.SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.SERVIÇO DE PATOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

Palavras-chave: Tumor fibroso solitário; tumor endobrônquico; tumor traqueal

Introdução: O tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia benigna rara, derivada da proliferação de células fusiformes de origem mesenquimal. O sítio mais comum é a pleura, porém já foram descritos na cavidade nasal, faringe, tireóide, pulmão, mediastino, pericárdio, fígado, estômago, ovário, rim, meninges, pele e tecido celular subcutâneo. Na localização endobrônquica há apenas 2 relatos na literatura. O diagnóstico geralmente ocorre após os 20 anos, pois são tumores de crescimento muito lento. O prognóstico é bom após a sua ressecção completa, porém existe a possibilidade de recidiva. Por ser um tumor encontrando frequentemente na cavidade pleural, o diagnóstico pré-operatório dos tumores extra-pleurais acaba sendo muito difícil. **Relato do Caso:** Feminino, 47 anos, branca. Há 4 anos refere início de tosse com expectoração hialina acompanhada de chiado no peito. Foi diagnosticada como portadora de asma, sendo iniciado tratamento, porém evoluiu com piora progressiva dos sintomas e há 1 ano começou a