

Grow-Hill 1998; 1453-1464.

2. Sandvliet Rulon H, Heysteeg Mick, Paul Marinus A. A large toracic mass in a 57 year old patient. In: Chest 2000; 117:897-900.

3. Churg Andrew. Localized malignant mesothelioma and other localized pleural tumors. In: USCAP Meeting, Washington, DC, March 1996.

4. Zeman Robert K, eds. Solitary fibrous tumors: a series of lesions, some in unusual sites. In: Kyung- Whan Min, MD, Oklahoma City

5. Parker Tony, eds. Joint Program in Nuclear Medicine, PET imaging of Pleural Mesothelioma. In: Care Group.harvard.edu, March 16, 1999.

6. Hierholzer Johannes, eds. MRI and CT in Differential Diagnosis of Pleural Disease. In: Chest 2000; 118:604-609.

7. Light Richard W. Clinics in chest medicine, WB. Saunders Company, London. 1985:130-131.

8. Walid Abu Arab. Solitary fibrous tumours of the pleura. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 41 (2012) 587-597.

#### PE640 ELASTOFIBROMA DA PAREDE TORÁCICA

NILTON HAERTEL GOMES; BRUNO DE MORAES GOMES; RENATA MULLER ROSENTHAL; JEFFERSON ANDRE PIRES; PIERO MOTTA BONFADA; EZEQUIEL ROCHA MATTOS; JULIANE DA SILVA NEMITZ; JUNIOR GIL VICENTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL.

Palavras-chave: Elastofibroma; escapula; tumor

**Introdução:** O elastofibroma é um tumor benigno de partes moles, estando normalmente localizado no pólo inferior da escapula ou subescapular. Caracteriza-se por um crescimento lento, de maior prevalência a partir da 5ª década e pode ser assintomático. **Relato de Caso:** Paciente I.T.K., 61 anos, feminino, aposentada, previamente hipertensa, natural e procedente de São Lourenço do Sul – Rio Grande do Sul. Procurou atendimento médico devido dor dorsal e cervicalgia com evolução de 3 anos. Realizou ultrassonografia que evidenciou área de aspecto nodular na topografia do músculo grande dorsal, sendo questionado a possibilidade de lipoma. Foi encaminhada a especialistas, como cirurgião geral, traumatologista e cirurgião plástico, sem ter resolução do problema. Realizou tomografia computadorizada que não evidenciou lesões tumeficantes na região dorsal. Paciente apresentou crescimento da lesão, piora da dor e associação de dispnéia às atividades do dia-a-dia. Consultou com cirurgião torácico e realizou ressonância magnética que evidenciou lesões tumeficantes com características elastofibromas, medindo 5,5 cm nas regiões subescapulares. Foi submetida a ressecção das lesões bilateralmente, cuja análise anatomopatológica evidenciou elastofibromas. **Discussão:** O elastofibroma é um tumor insidioso, de baixa prevalência (2% a partir dos 60 anos), ocasionando sintomas na cintura escapular como dor no ombro e limitação de movimentos. A fisiopatologia deve-se a pequenos traumatismos entre escapula e arcos costais posteriores, mas estudos sugerem também um componente genético. A avaliação anatomopatológica é fundamental para o diagnóstico diferencial com outras patologias como lipoma, lipossarcoma. A ressonância magnética é o exame diagnóstico de escolha. O tratamento baseia-se na excisão cirúrgica do tumor, sendo a recidiva tumoral nula se houver ressecção total da lesão.

1-Jarvi O, Saxen E: Elastofibroma dorsi. Acta Pathol Microbiol Scand 1961, 51(Suppl 144):83-84.

2-Nagamine N, Nohara Y, Ito E: Elastofibroma in Okinawa. A clinicopathologic study of 170 cases. Cancer 1982, 50(9):1794-1805.

3-Majo J, Gracia I, Doncel A, Valera M, Nunez A, Guix M: Elastofibroma dorsi as a cause of shoulder pain or snapping scapula. Clin Orthop Relat Res 2001;200-204

4-Malghem J, Baudrez V, Lecouvet F, Lebon C, Maldague B, Vande Berg B: Imaging study findings in elastofibroma dorsi. Joint Bone Spine 2004, 71(6):536-541

#### PE641 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA

#### TRAQUEOESOFÁGICA EXTENSA: RELATO DE CASO

GUILHERME AUGUSTO OLIVEIRA; RAFAEL PANOSSO CADORE; WILLIAM LORENZI; DOUGLAS ELIAS CALDEIRA DOS SANTOS; 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: Fístula; traqueoesofágica; ventilação mecânica

**Introdução:** Fístula traqueoesofágica em pacientes intubados é rara, mas suas consequências podem ser devastadoras. Como complicações os pacientes podem desenvolver pneumonias aspirativas recorrentes, prolongando o tempo de ventilação mecânica. A alta pressão do cuff do tubo orotraqueal é o principal fator de risco. Outros fatores incluem altas pressões de fluxo aéreo, mobilidade excessiva do tubo e duração prolongada da ventilação mecânica. Manejo conservador está indicado até que o paciente tenha estabilidade clínica para ser submetido à correção cirúrgica. As opções cirúrgicas serão expostas no decorrer do relato. **Relato do Caso:** Paciente de 19 anos, sexo feminino, estudante. Vítima de atropelamento no dia 27/01/13 levada ao Pronto Socorro de Viamão, região metropolitana de Porto Alegre. Chegada em Glasgow 8 com intubação orotraqueal imediata. Foi realizada correção cirúrgica de fratura na órbita esquerda no mesmo dia. Evolução neurológica foi favorável com tentativa de extubação no dia 30/01, entretanto não conseguiu manter bom padrão ventilatório e necessitou de reintubação, desenvolveu, a seguir, pneumonia e sepsis respiratória. Utilizados diversos antibióticos sem resposta com identificação posterior de germes multiresistentes. Transferida para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre 08/02/13, em ventilação mecânica e em uso de vasopressor. Evoluiu com boa resposta aos antibióticos o que possibilitou sua extubação no dia 13/02 totalizando 17 dias de ventilação mecânica. Evoluiu com tosse, episódios de dispnéia e engasgos. Broncoscopia evidenciou grande fístula traqueoesofágica com diâmetro de 6cm. Recebeu alta e permaneceu com dieta por SNE até que reunisse condições clínicas para suportar a correção cirúrgica. Reinternação em Agosto/13 para abordagem cirúrgica. Realizada no dia 07/08/13, toracotomia direita com liberação da traquéia e esôfago que estava dilatado na área da fístula. Preservou-se flap de tecido esofágico junto à parede traqueal, usado para fechamento da parede posterior da traquéia em substituição à porção membranosa. Realizada esofagorrafia primária. Paciente apresentou pneumonia no pós-operatório, realizadas esofagostomia e jejunostomia no dia 28/08 para evitar aspirações. Teve alta em 05/09. Após 3 meses de seguimento sem intercorrências foi fechada a esofagostomia e, após, retirada jejunostomia. Mantém acompanhamento com sintomas eventuais de DRGE, em tratamento. **Discussão:** O plano cirúrgico inicial era toracotomia direita com esofagectomia + esofagostomia terminal e traqueoplastia intratorácica, no 2º tempo seria realizado levantamento gástrico retroesternal. Outra opção seria o levantamento gástrico no mesmo tempo cirúrgico por via mediastinal. Entretanto, no trans-operatório foram identificadas condições anatômicas que possibilitaram as rafia primárias. Julgamos ser este um procedimento menos mórbido e que ainda nos dava a possibilidade de realizar uma das outras opções em um segundo momento no caso de complicações.

01. Payne DK, Anderson WM, Romero MD, et al. Tracheoesophageal fistula formation in intubated patients. Risk factors and treatment with high-frequency jet ventilation. Chest 1990; 98:161.

02. Harley HR. Ulcerative tracheo-oesophageal fistula during treatment by tracheostomy and intermittent positive pressure ventilation. Thorax 1972; 27:338.

03. Stauffer JL, Olson DE, Petty TL. Complications and consequences of endotracheal intubation and tracheotomy. A prospective study of 150 critically ill adult patients. Am J Med 1981; 70:65.

04. Zwillich CW, Pierson DJ, Creagh CE, et al. Complications of assisted ventilation. A prospective study of 354 consecutive

episódios. Am J Med 1974; 57:161.

05.El-Orbany M, Salem MR. Endotracheal tube cuff leaks: causes, consequences, and management. Anesth Analg 2013; 117:428.

**PE642 DOENÇA DE CASTLEMAN COM RARO ACOMETIMENTO PULMONAR**

JOHN ALEXANDER OLIVEIRA FREITAS; PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; ALINE ALVES LOPES; JULIANA MELO CABRAL DELGADO VIEIRA; CARLOS HENRIQUE BRONZEADO UFPB, JOAO PESSOA, PB, BRASIL

Palavras-chave: Doença de castleman; patologia rara; cirurgia torácica

**Introdução:** A Doença de Castleman (DC), também conhecida como hiperplasia angiofolicular, é uma doença rara que cursa com adenomegalias mediastinais em mais de 70% dos casos, embora qualquer cadeia linfonodal possa ser acometida. São descritas três variantes histológicas e duas apresentações clínicas da DC. O presente caso trata-se de um homem de 53 anos, portador de DC localizada, variante hialino vascular, acometendo pulmão esquerdo e linfonodos peribrônquicos. **Relato do Caso:** F.F.C., masculino, 53 anos, assintomático, foi submetido à radiografia de rotina que detectou incidentaloma no pulmão esquerdo. Tomografia de tórax revelou massa pulmonar expansiva à esquerda. Realizada broncoscopia, a qual mostrou árvore brônquica normal, biópsia de mucosa brônquica sem evidência de neoplasia, assim como escovado; seguimos com mediastinoscopia, que evidenciou linfonodos peribrônquicos aumentados, porém análise histológica negativa para neoplasia. Diante da falta de diagnóstico, submetemos o paciente a uma videotoracoscopia com biópsia intraoperatória da massa pulmonar (imprint intraoperatório sugeriu neoplasia maligna, porém inconclusivo), devido à massa ser volumosa e central, sem comprometimento neoplásico linfonodal, optou-se por realizar pneumectomia à esquerda associada à linfadenectomia radical. A histopatologia confirmou doença de Castleman variante hialino vascular. O paciente evoluiu bem e permanece em acompanhamento ambulatorial mensal pela cirurgia torácica e hematologia. **Discussão:** A apresentação unicêntrica da doença de Castleman relaciona-se comumente ao tipo histológico hialino vascular e caracteriza-se por ser assintomática, suspeitada a partir de exames de rotina alterados e passível de ressecção cirúrgica com bom prognóstico. Já a forma multicêntrica apresenta manifestações sistêmicas e respiratórias, lesões em múltiplas cadeias linfonodais e prognóstico reservado. Apesar de ainda não ter etiologia conhecida, hiperplasia reativa e resposta imune alterada são teorias propostas para tentar explicar o envolvimento dos linfonodos. Há descrição na literatura de associação da DC com miastenia gravis, síndrome POEMS, síndrome nefrótica, amiloidose, derrame pleural, linfoma de Hodgkin, sarcoma de Kaposi e herpes vírus tipo 8. O diagnóstico da DC é obtido através da anatomopatologia. O tratamento da forma localizada consiste em ressecção da lesão, com excelente prognóstico em longo prazo. Para pacientes com lesões irredutíveis ou com comorbidades que impedem a realização da cirurgia, a radioterapia deve ser considerada. Ressalta-se a importância de incluir a DC como diagnóstico diferencial das massas torácicas, linfáticas ou pulmonares. Embora o pulmão seja um órgão raramente acometido, a ressecção da lesão em tempo hábil pode garantir prognóstico favorável com baixos índices de recidiva.

1. YAMASHINA, Thamy et al. Doença de Castleman: hiperplasia com aspectos de neoplasia. Revista de Ciências Médicas, Campinas, v.15(2), 173-177, mar./abr.,2006. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1129>

2. KRAWCZUN, Guilherme Andrade et al. Doença de Castleman ou hiperplasia angiofolicular como nódulo pulmonar solitário. J Bras Pneumologia. 2007; 33(2): 226-228. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n2/16.pdf>

3. Murinello N, Matos C, Nogueira F. Doença de Castleman: uma apresentação pouco frequente. J Bras Pneumol. 2011; 37(1):129-132. Disponível em: [http://www.jornaldepneumologia.com.br/sitetemporario/detalhe\\_artigo.asp?id=939](http://www.jornaldepneumologia.com.br/sitetemporario/detalhe_artigo.asp?id=939)

4. YEKELER, Erdal et al. Castleman's Disease: a report of two rare cases. Temmuz, 2009, Cilt 17, Sayı 3, Sayfa(lar) 210-213. Disponível em: <http://tgkdc.dergisi.org/text.php3?id=1245>

5. JOSEPH, Allen et al. An intra thoracic presentation of Castleman's Disease. Indian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Vellore.2004;20: 207-209. Disponível em: <http://medind.nic.in/ibq/t04/i4/ibqt04i4p207.pdf>

6. FARRUGIA, Piero et al. Castleman's disease in childhood: report of three cases and review of the literature. Ital J Pediatr. 2011; 37: 50.disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3219574/>

7. Weisenburger DD et al. International Castleman's Disease Organization, updated: February 24, 2010. Disponível em: <http://www.castlemans.org/about>

8. WESTPHAL, Fernando Luiz et al . Doença de Castleman associada a sarcoma de células dendríticas foliculares e miastenia gravis. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 36, n. 6, Dec. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&tid=S1806-37132010000600020&lng=en&nr=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&tid=S1806-37132010000600020&lng=en&nr=iso)>. access on 09 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000600020>.

9. PINTO NETO, Jorge V.. Síndrome de POEMS (mieloma osteoesclerótico). Rev. Bras. Hematol. Hemoter., São José do Rio Preto , v. 29, n. 1, Mar. 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&tid=S1516-84842007000100018&lng=en&nr=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&tid=S1516-84842007000100018&lng=en&nr=iso)>. access on 09 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842007000100018>.

10. LEAO, J.C. et al . Herpes vírus humano-8 e Sarcoma de Kaposi. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 45, n. 1, Mar. 1999 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&tid=S0104-42301999000100011&lng=en&nr=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&tid=S0104-42301999000100011&lng=en&nr=iso)>. access on 09 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301999000100011>.

11. CURIONI, Simona et al. Castleman disease with nephritic syndrome, amyloidosis and autoimmune manifestations. Nephrol Dial Transplant (2001) 16: 1475-1478. Disponível em: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/16/7/1475.full.pdf>

12. PINHEIRO, Valéria Góes Ferreira et al . Doença de Castleman associada a derrame pleural. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 34, n. 8, Aug. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&tid=S1806-37132008000800014&lng=en&nr=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&tid=S1806-37132008000800014&lng=en&nr=iso)>. access on 09 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008000800014>.

13. SOUSA, Vitor; CARVALHO, Lina. Hiperplasia linfóide angiofolicular - Doença de Castleman - do mediastino: Apresentação de um caso clínico. Rev Port Pneumol, Lisboa, v. 12, n. 3, maio 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&tid=S0873-21592006000300006&lng=pt&nr=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&tid=S0873-21592006000300006&lng=pt&nr=iso)>. acessos em 09 jul. 2014.

14. Miranda FA, Faria VHC, Arruda GV, Silva GB. Radioterapia do tratamento da doença de Castleman localizada. J Bras Pneumol. 2013; 30(1): 116-118. Disponível em: [http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1800](http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=1800)

15. McAdams HP et al. Castleman disease of the thorax: radiologic features with clinical and histopathologic correlation. Radiology, 1998 Oct; 209(1):221-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9769835>

16. AA Awotendu, BA Otulana, CO Ukoli. Giant lymph node hyperplasia of the lung (Castleman's disease) associated with recurrent pleural effusion. Thorax BMJ Open Respiratory Research 1990; 45: 775-776. Disponível em: <http://thorax.bmj.com/content/45/10/775.full.pdf+html>