

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 MADIASTINO 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 MADIASTINO 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