

de Ewing, dois neurofibromas, dois rhabdomyosarcomas, um sarcoma histiocítico, um sarcoma maligno de bainha de nervos periféricos, um sarcoma sinovial, um osteocondroma, um osteossarcoma, um endocondroma, um lipoma intramuscular e uma neoplasia pulmonar indiferenciada de pequenas células. Três pacientes apresentaram comprometimento secundário da parede torácica devido a metástase de rhabdomyosarcoma, envolvimento direto da parede torácica por neuroblastoma e ganglioneuroblastoma. Uma paciente foi operada no mesmo tempo para cirúrgico para linfangioma em parede inferior à direita e um hemangioma cavernoso em parede inferior à esquerda. Não houve qualquer morte no período pós-operatório. **Conclusões:** Nesta série, a grande maioria das lesões tumorais da parede torácica foram de etiologia primária, diferente do que observado na literatura. Este tipo de cirurgia mostrou-se seguro e com mínimos riscos, mesmo em pacientes submetidos a ressecções extensas de envolvimento primário ou secundário da parede torácica.

PO005 SEPARAÇÃO DE GÊMEOS XIFÓPAGOS - UMA SUCESSÃO DE COMPLEXAS, DIFÍCEIS E ANGUSTIANTES DECISÕES

ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; THIAGO GANGI BACHICHI; CAIO SANTOS HOLANDA; JOSE ERNESTO SUCCI; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Gêmeos conjugados são extremamente raros e o prognóstico varia de acordo com o grau de comunicação de órgãos e estruturas vasculares. A incidência mundial é de 1 a cada 200000 nascidos vivos com uma razão masculino/feminino de 3:1. Toracoconalópagos são o tipo mais comum, representando 70% dos casos. Estes pacientes tem 70% de mortalidade nos primeiros 3 meses de vida, e a separação precoce está associada ao aumento da mortalidade. A separação é recomendada após os 3 meses, com nutrição otimizada, uso de dermoexpansores e planejamento pré-operatório multidisciplinar. **Relato de Caso:** Relatamos aqui uma caso de gêmeas xifópagas, de 11 dias de vida, encaminhadas para avaliação no Hospital São Paulo após parto em outro serviço. Não foi feito o diagnóstico antenatal da malformação, apesar do acompanhamento pré natal ter sido realizado de forma correta. Nasceram a termo, em parto cesáreo, com peso combinado de 5 kg. Pelos exames de imagem, notamos fígado único, mas com dois hilos e duas vias biliares separadas. Após ecocardiograma persistiu a dúvida se havia fusão cardíaca e o grau de fusão. Pela condição crítica da gemelar número 2, devido a uma síndrome obstrutiva de via de saída do coração direito, optou-se pela separação para não colocar ambas em risco. Foi possível separar a parede torácica e o fígado, e não havia fusão cardíaca, apenas pericárdio único e ventrículos justapostos. O grande desafio foi separar a pele para fechar a parede toraco-abdominal de cada uma das gemelares. O fechamento foi possível graças ao uso de uma matriz colágena biodegradável e da estabilização da parede com barras metálicas transversais. A gemelar número 2 foi a óbito 11 horas após a cirurgia por complicações cardíacas, e a gemelar número 1 está saudável, em seguimento ambulatorial. **Discussão:** Muitos casos de separação de gemelares xifópagos são relatados, mas não há relato de outro caso onde foram usadas órteses metálicas para fixação da parede torácica. Com o auxílio da matriz colágena, essa foi uma boa solução para uma boa estabilização, ainda que temporária. A fusão pulmonar nesses casos é rara, não representando uma dificuldade descrita. Assim, o cirurgião torácico tem um papel fundamental dentro

da equipe multidisciplinar nesses casos, principalmente para a reconstrução da parede torácica.

PO006 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS METASTASES PULMONARES EM CRIANÇAS

ANA CRISTINA DOS SANTOS SABRITO; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI; IGOR PIRES DRACHLER; GUSTAVO DIEHL ZIEMINIZAK;
CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A ressecção de metástases pulmonares de tumores sólidos pediátricos vem se mostrando como um tratamento seguro e potencialmente curativo, com baixa morbidade, o que justifica uma abordagem agressiva para a ressecção cirúrgica em combinação com quimioterapia. **Objetivos:** Descrever o perfil e avaliar os resultados de pacientes com idade inferior a 18 anos que foram submetidos a ressecções de metástases pulmonares no período de janeiro de 2005 a setembro de 2014 no Serviço de Cirurgia Torácica Pediátrica do Hospital Santo Antônio, em Porto Alegre -RS. **Métodos:** Foram revisados os prontuários de 238 pacientes submetidos a ressecções pulmonares no Hospital da Criança Santo Antônio e selecionados 19 pacientes, que apresentaram o diagnóstico de tumor primário completamente eradicado e sem qualquer recorrência local, sem evidência de doença metastática extrapulmonar e com todas as metástases pulmonares ressecáveis com baixo risco operatório e reserva pulmonar suficiente para resistir à ressecção completa, independentemente do volume ou da localização da doença pulmonar. Foram imediatamente excluídos da análise os pacientes submetidos à metastasectomia pulmonar em outra unidade de saúde, com seus prontuários com informações incompletas e/ou com nódulos ressecados que se revelaram benignos à histologia. Os pacientes foram avaliados quanto à etiologia, número de nódulos ressecados, complicações pós-operatórias imediatas (até 30 dias após a cirurgia) e tardias (tempo >30 dias), tempo de acompanhamento pós-ressecção. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 8,50 anos, sendo 62,5% pacientes do sexo feminino. As principais patologias foram: osteossarcoma 31,6% (n=6), Tumor de Wilms 15,8% (n=3) e outras neoplasias 42,1% (n=8). Foram ressecados em média 2 nódulos por procedimento. Apenas três pacientes 15,7% foram submetidos a mais de uma ressecção neste período. Complicações pós-operatórias foram observadas em 36,5% dos pacientes, consistindo em dor (n=6) e pneumotórax (n=1), exclusivamente. Desses pacientes, apenas um apresentou associação das duas complicações. Houve um óbito pós-operatório relacionado à síndrome da angústia respiratória. Como complicações tardias, tivemos seis óbitos registrados em um intervalo maior que 30 dias do procedimento de ressecção de metástase pulmonar, com média de tempo de acompanhamento dos pacientes igual a 213 dias. **Conclusão:** As ressecções de metástases pulmonares realizadas em pacientes pediátricos são procedimentos seguros, com baixa morbidade e mortalidade no período pós-operatório imediato, devendo ser usadas como importante ferramenta no tratamento oncológico para tumores sólidos pediátricos.

PO007 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MASSAS MEDIASTINAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE¹; JULIO DE OLIVEIRA ESPINEL²; JOSÉ CARLOS FELICETTI²; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI²; GUSTAVO DIEHL ZIEMINIZAK²; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ²

1. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO E HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: As massas mediastinais em crianças compreendem um grupo heterogêneo de lesões que apresentam origem embrionária distinta. Elas podem apresentar-se desde cistos benignos até lesões sólidas que normalmente são malignas. **Objetivo:** Apresentar a experiência recente do serviço de cirurgia torácica pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio no manejo de pacientes pediátricos que foram diagnosticados e submetidos à ressecção de massas mediastinais. **Métodos:** Foram analisados os dados clínicos de 48 pacientes submetidos a ressecções de massas mediastinais no período de janeiro de 2005 a Dezembro de 2014. Foram coletadas informações referentes a dados epidemiológicos, localização, diagnóstico etiológico e classificação dos lesões mediastinais. **Resultados:** Vinte e seis pacientes eram do sexo masculino (54,1%), sendo que vinte e seis pacientes (54,1%) foram operados com menos de quatro anos de idade. A média de idade dos pacientes foi de 4,23 anos. Quanto à sua localização, vinte e seis (54,15%) massas encontravam-se no mediastino posterior, quinze (31,25%) no mediastino anterosuperior e sete (14,6%) no mediastino médio. O diagnóstico foi realizado na maioria das vezes pelo achado casual ao raio-x simples de tórax. O tipo histológico mais comum foram os tumores de bainha nervosa (n=18), seguido pelos cistos broncogênicos (n=7), teratoma (n=7), cistos de duplicação entérica (n=5), lesões tímicas (um timoma e dois cistos tímicos), cistos mesoteliais (n=3), um hibernoma, um angioma cavernoso, um lipoblastoma, um linfangioma cístico e um rhabdomyosarcoma. Entre os 18 casos de tumores de bainha nervosa, onze eram benignos (7 ganglioneuromas, 3 neurofibromas e 1 Schwannoma) e sete malignos (três neuroblastomas e quatro ganglioneuroblastomas). Não houve nenhum óbito nesta série. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico das lesões mediastinais é seguro, mesmo em pacientes jovens e menores de 4 anos. Há uma predominância por tumores de origem de bainha nervosa sendo a maioria deles benignos.

DIAFRAGMA

PO008 APRESENTAÇÃO DE UM NOVO ELETRODO INTRAMUSCULAR PARA MARCA-PASSO DIAFRAGMÁTICO CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; RODRIGO GUELLNER GHEDINI; ARTUR DE OLIVEIRA PALUDO; RODRIGO MARIANO; ÉVERTON FRANCO SILVA; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ
HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Objetivo: A utilização de eletrodos intramusculares é uma alternativa para a aplicação da corrente elétrica diretamente no músculo, podendo restaurar a capacidade ventilatória em pacientes selecionados. O presente estudo refere-se à criação e desenvolvimento de inovação de um dispositivo de aplicação médica, para ser implantado diretamente no músculo diafragma, constituído de um eletrodo intramuscular e a ferramenta específica para sua implantação. Tem como finalidade específica conectar o tecido muscular ao equipamento gerador de corrente elétrica. **Métodos:** Foi desenvolvido um eletrodo para implante cirúrgico composto por uma porção distal terminal feita de material metálico condutor biocompatível, com formato de espiral com diâmetro variando entre 6-9mm, com a extremidade mais distal afilada para permitir a fácil

penetração no músculo. O corpo isolante tem a forma circular em material não condutivo e biocompatível, com um cabo condutor recoberto por arame metálico e capa isolante, que conecta a porção distal (eletrodo) com a porção proximal (pino de conexão) para ser conectado a um gerador de correntes. Para a implantação do eletrodo foi desenvolvida uma ferramenta em forma de tubo em material rígido, não condutor, permitindo guiar o eletrodo durante o procedimento cirúrgico, para a exploração e a localização do ponto motor do músculo. Os eletrodos foram implantados diretamente no diafragma em 24 suínos através de técnica de videolaparoscopia e mantidos em laboratório experimental para a observação. Para confirmar a localização dos pontos motores foi utilizado um sistema de aquisição de sinal eletroneuromiográfico. Após 15 dias, foi aplicada uma corrente elétrica no diafragma com intensidade suficiente para manter uma ventilação pulmonar e uma troca gasosa adequada por um período de 3 horas. Foram coletadas gasometrias arteriais em três momentos durante o experimento: início, 1 hora e 3 horas. Após este período de observação os animais foram sacrificados para a avaliação da integridade e estabilidade mecânica do eletrodo. **Resultados:** Não houve complicações na implantação dos eletrodos durante o procedimento cirúrgico. Foi possível identificar os pontos motores das hem cúpulas do diafragma e realizar a implantação definitiva do eletrodo de forma ágil e segura. Tempo cirúrgico médio foi de 50 minutos (45-90 min). Ao final das 3 horas de eletroventilação em média foi observado nas gasometrias arteriais um PH 7,48, Pco2 44mmHg, Tco2 32,75mmHg e uma Po2 121,2mmHg em ar ambiente. A eletroneuromiografia foi capaz de confirmar o posicionamento correto dos eletrodos nos pontos motores dos diafragmas de todos os animais. O desenho do eletrodo proporcionou uma adequada estabilidade mecânica com o tecido muscular, sem apresentar solturas ou perda de contato. **Conclusão:** Este eletrodo implantado através de videolaparoscopia mostrou-se eficaz para estimulação diafragmática em suínos, possibilitando uma contração muscular efetiva e ventilação adequada de todos os animais. Este modelo de eletrodo para a estimulação direta do diafragma foi registrado no Instituto Nacional de propriedade intelectual (INPI) em 01/10/2014 sob o número BR 2020140245214.

PO009 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA: RELATO DE CASO

DANIEL BONOMI; ANDREY BARBOSA PIMENTA; SERGIO MANOEL ALVES FERREIRA; ERLON DE AVILA CARVALHO; ASTUNALDO JR MACEDO PINHO; RODRIGO LOIOLA DE GUIMARAES
INSTITUTO MARIO PENNA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A Hérnia diafragmática Congênita descrita pela primeira vez em 1948 por Bochdalek é caracterizada por um defeito na porção póstero-lateral(muscular) do diafragma. É uma patologia rara e geralmente se manifesta em recém nascidos ou crianças na primeira infância, evoluindo geralmente com síndrome do desconforto respiratório. Em adultos cerca de 1/4 a metades dos casos são descobertos acidentalmente ou apresentam sintomas não específicos relacionados ao trato digestivo(dor abdominal,vômitos, disfagia) e sintomas respiratórios (dor torácica e dispnéia). Tem incidência estimada em 1 para cada 2000- 5000 nascidos vivos. O lado esquerdo é o mais afetado (70-80%) dos casos embora em adultos o lado direito ocorra mais frequentemente. **Objetivo:** Relatar caso com manifestação clínica curiosa e discutir dificuldades diagnósticas e terapêuticas. Paciente JMS, 57anos, natural de Belo Horizonte procurou assistência médica com queixa de dor abdominal mais dispnéia de intensidade progressiva há 6