

bectomia com sucesso. **Conclusão:** A arteriografia deve ser complementada com a cintilografia pulmonar quando o tratamento cirúrgico está sendo considerado. Há contra-indicações para o tratamento cirúrgico (doença cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crônica, FAVP bilateral e/ou difusa, etc). No insucesso da embolização a lobectomia mostrou ser uma boa opção terapêutica. FAVPs próximas à pleura visceral (mais periféricas) são melhor tratadas com ressecção local. Grandes ressecções do parênquima pulmonar aumentam o risco de desenvolvimento de outras FAVPs, principalmente em portadores de Telangiectasia Hemorrágica Hereditária. Não podemos afirmar que há uma cura permanente em todos os casos, pois as fistulas podem surgir em outro local do pulmão após a cirurgia ou haver uma persistência do fluxo pós-embolização.

PO244 COSTECTOMIA DE 10 E 20 ARCOS COSTAIS EM PACIENTE COM OSTEOCONDROMATOSE MÚLTIPLA

Abraão FC, Lopes I, Terra RM, Andrade Neto JD, Fernandez A
Disciplina de Cirurgia Torácica HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Palavras-chave: Osteocondromatose; Costectomia; Hereditária

Introdução: Osteocondromatose Múltipla é uma doença hereditária autossômica dominante, que se caracteriza pelo desenvolvimento de múltiplas exostoses oriundas da porção epifisária do osso. Ao contrário do osteocondroma solitário, a osteocondromatose múltipla é um fator de risco para degeneração maligna. **Objetivos:** Relatamos uma afecção de interesse para o cirurgião torácico, visto que esta entidade pode acometer arcos costais. Descrevemos sua resolução cirúrgica acrescido de revisão da literatura, mostrando tópicos relacionados à apresentação clínica e às modalidades terapêuticas. **Métodos:** Apresentação do caso com sua resolução cirúrgica e, revisão da literatura sobre esta doença mostrando alguns tópicos relacionados à apresentação clínica e às modalidades terapêuticas. **Resultados:** Paciente de 54 anos, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com dois familiares de 1o grau portadores de Osteocondromatose Múltipla e duas ressecções de osteocondromas em membros inferiores feitas no passado recente. Na admissão referia dor para-escapular irradiada para a região torácica ântero-superior a esquerda, há 1 ano. Na Tomografia Computadorizada de Tórax via-se uma lesão sólida originada do 2o arco costal a esquerda, elevando-se até acima do 1 arco, provocando compressão do tronco inferior do plexo braquial. **Conclusão:** A osteocondromatose Múltipla é uma afecção hereditária autossômica dominante, rara, a qual diferentemente dos outros Osteocondromas é mais sintomática e tem significativo risco de malignização, tendo por isso, indicação cirúrgica mais liberal que nas afecções localizadas.

PO245 RELATO DE UM CASO DE BRONCOLITÍASE POR CORPO ESTRANHO

Benthien F¹, Kreibich M², Kreibich MS³, Da Rosa DT⁴, José SFA⁵, Gomes LOS⁶, Rodrigues RP⁷, Fenili R⁸

1. Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC, Brasil; 2,8. Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil; 3,4,5,6,7. Hospital do Pulmão, Blumenau, SC, Brasil.

Palavras-chave: Broncolitíase; Pneumonia aspirativa; Corpo estranho

Introdução: O termo broncolitíase é usado para denominar a presença de material ossificado ou calcificado dentro do lúmen brônquico. A tuberculose e as neoplasias calcificadas representam as causas mais comuns em nosso meio. A aspiração de corpo estranho, embora mais comum em crianças, pode apresentar-se como causa também em adultos, principalmente após a sexta década de vida. Doenças neurológicas, uso de sedativos ou entubação orotraqueal seriam alguns dos fatores predisponentes. **Objetivos:** Relatar um caso de broncolitíase por aspiração de corpo estranho em adulto sem fator predisponente. **Métodos:** Revisão de caso em prontuário e revisão da literatura em base de dados do pubmed. **Resultados:** Paciente encaminhado para especialista após quadro de pneumonia em hemitórax esquerdo sem resolução. Referia outro episódio semelhante há 10 anos atrás. Tabagista ativo de 20 anos/maço negando história de etilismo ou de quadro de perda de consciência. Após inquérito referiu episódio de engasgo durante alimentação com forte episódio de dispnéia há 4 anos atrás, resolvendo após 3 dias. Radiograma de tórax mostrou opacidade pleuropulmonar esquerda com componente atelectásico e velamento do seio costofrênico esquerdo. TC tórax evidenciou lesão endobrônquica na emergência do brônquio do lobo superior esquerdo calcificada e permeada por tecido de partes moles. Espirometria mostrou distúrbio ventilatório moderado com CVF reduzida e sem variação ao broncodilatador no teste. Videobroncoscopia mostrou lesão calcificada com aderência importante em mucosa na emergência da lingula, com tecido de granulação em torno da lesão e sem possibilidade de retirada da lesão. Paciente foi submetido a broncoscopia rígida que mostrou mesma lesão sem possibilidade de retirada com procedimento habitual. Em mesmo tempo cirúrgico foi submetido a toracotomia com broncotomia lingular com a saída de abundante quantidade de secreção purulenta e material ossificado de origem sugestiva de osso de aves. Evoluiu com melhora sintomática e importante melhora da função pulmonar. **Conclusão:** A presença de corpo estranho na via aérea é apenas lembrada em adultos com fatores predisponentes. Embora bem menos freqüente que as doenças granulomatosas e as neoplasias, a aspiração de material ósseo pode apresentar-se como um quadro de broncolitíase, fato este que torna necessária a adequada investigação de imagem e endoscópica para um adequado manejo do caso.

PO246 BIÓPSIA PULMONAR NO DIAGNÓSTICOS DE NÓDULOS E MASSA PULMONARES INDETERMINADAS

Gazzana MB, Traesel T, Dos Santos CB, Araujo LFL, Saueressig MG, Moreschi AH, De Oliveira HG, Macedo Neto AV

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Nódulo pulmonar; Biópsia cirúrgica; Neoplasia

Introdução: O diagnóstico patológico de câncer pulmonar pode ser feito pela citologia do escarro (método menos invasivo, mas com pouca sensibilidade para lesões periféricas). Outros meios relativamente não invasivos são análise citológica do líquido pleural, biópsia,

análise citológica do aspirado de linfonodos cervicais e supraclaviculares, assim como biópsias de lesões cutâneas. Métodos mais invasivos incluem a broncoscopia, biópsia por punção, videotoracoscopia, mediastinoscopia cervical e toracotomia. Métodos invasivos, especialmente a toracotomia, são mais usados quando o diagnóstico de lesão maligna for de grande probabilidade. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da biópsia pulmonar a céu aberto quanto ao diagnóstico, conduta e segurança do método em pacientes internados no HCPA, submetidos a essa intervenção como procedimento diagnóstico. **Métodos:** Estudo transversal. Foram analisados retrospectivamente os prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à biópsia pulmonar ou à biópsia pulmonar a céu aberto entre Janeiro de 2005 e Julho de 2006 em um hospital-escola de Porto Alegre. **Resultados:** Foram avaliados 39 pacientes com idade média de 65,56 anos, sendo 33,33% do sexo feminino e 66,66% do sexo masculino. O tempo médio de internação desses pacientes foi de 25,59 dias. Nessa amostra, 12,82% são tabagistas, 51,28% ex-tabagistas e a co-morbidade mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica (33,33%), havendo também 2,56% de pacientes imunossuprimidos. 17,94% tiveram internação na UTI, durante a internação. Quando avaliamos a cirurgia da biópsia, a mudança no manejo da doença, após tal procedimento, ocorreu em 51,29% dos casos, sendo que para 89,75% dos pacientes já havia suspeita do diagnóstico posteriormente descrito no anatomopatológico. Devido à biópsia cirúrgica, 41,02% apresentaram complicações, sendo que 10,25% evoluíram para o óbito (50% desses devido à doença de base contra 50% devido a cirurgia). **Conclusão:** A biópsia pulmonar cirúrgica frequentemente altera o manejo do paciente, com mortalidade comparável a literatura médica.

PO247 PAPEL DA BIÓPSIA PULMONAR CIRÚRGICA NO DIAGNÓSTICO DAS PNEUMOPATIAS DIFUSAS

Gazzana MB, Traesel T, Dos Santos CB, Araujo LFL, Saueressig MG, Moreschi AH, De Oliveira HG, Macedo Neto AV

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Palavras-chave: Doenças pulmonares difusas; Biópsia pulmonar; Complicação

Introdução: O diagnóstico da maioria das doenças pulmonares difusas depende do exame histopatológico do parênquima pulmonar a partir de um material colhido mediante a biópsia pulmonar. A biópsia transbrônquica deve ser realizada se a sarcoidose ou doença de preenchimento alveolar forem prováveis. Uma biópsia por toracoscopia ou a céu aberto é necessária para assegurar a etiologia e para estadiar a maioria das doenças pulmonares difusas. Quando a biópsia é a céu aberto, comparada com as outras duas, há um maior risco de mortalidade (apesar de ter uma taxa de mortalidade inferior a 1%) e de morbidade (apesar de ter uma taxa de morbidade inferior a 3%). Ainda assim, a biópsia pulmonar a céu aberto é considerada o melhor método para o diagnóstico de doença difusa pulmonar. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da biópsia pulmonar a céu aberto quanto ao diagnóstico, conduta e segurança do método em pacientes internados no HCPA, submetidos a essa intervenção como procedimento diagnóstico. **Métodos:** Estudo transversal. Foram analisados retrospectivamente os prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à biópsia pulmonar ou à biópsia pulmonar a céu aberto entre Janeiro de 2005 e Julho de 2006 em um hospital-escola de Porto Alegre. **Resultados:** Foram avaliados 10 pacientes com idade média de 50,8 anos, sendo 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino. O tempo médio de internação desses pacientes foi de 20,2 dias. Nessa amostra, 10% são tabagistas, 20% ex-tabagistas e a co-morbidade mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica (40%), havendo também 40% de pacientes imunossuprimidos. 40% da amostra tiveram internação na UTI, durante a internação. Quando avaliamos a cirurgia de biópsia, a mudança no manejo da doença, após tal procedimento, ocorreu em 40% dos casos, sendo que para 70% dos pacientes já havia suspeita do diagnóstico descrito posteriormente no anatomopatológico. Devido à biópsia cirúrgica, 20% apresentaram complicações, sendo que 10% evoluíram para o óbito devido a cirurgia contra 40% que evoluíram para o óbito devido a doença de base. **Conclusão:** A biópsia pulmonar cirúrgica é um método que permite o diagnóstico casos de doenças pulmonares cirúrgicas, mas deve ser indicada com precisão, tendo em vista as possíveis complicações.

PO248 ESTERNECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA UTILIZANDO PRÓTESE DE MARLEX E METACRILATO, SECUNDÁRIO A METÁSTASE DE CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREÓIDE. RELATO DE CASO

Da Costa Sales AC¹, Lima IK², Zacca F³, Coury AP⁴, Gonçalves TT⁵, Monteiro JTC⁶, Aguiar Neto AF⁷, Do Valle RL⁸

1,2. Hospital Ophir Loyola, Belém, PA, Brasil; 3,4,5,6,7,8. HOL, Belém, PA, Brasil.

Palavras-chave: Esternectomia; Tumor de esterno; Prótese esternal

Introdução: O carcinoma papilífero de tireóide corresponde a 85% dos tumores malignos da tireóide e tem como sítio incomum de metástase o osso esterno, sendo considerado neste caso, pacientes de alto risco e com sobrevida a longo prazo que podem chegar a 60%. **Objetivos:** Temos como objetivo relatar um caso raro de carcinoma papilífero de tireóide que evoluiu com metástase para o osso esterno, tendo sido submetido a ressecção cirúrgica com reconstrução de parede torácica e apresentar o resultado deste e os achados na literatura. **Métodos:** CBS, 67 anos, feminino, há ± 30 anos apresenta bócio, tendo iniciado iodoterapia por 2 meses com abandono do tratamento, e que há ± 1 ano surgiu uma massa na região da fúrcula esternal de crescimento lento e progressivo, pulsátil com sopro local. Tomografia de pescoço e tórax: massa heterogênea, de contornos lobulados, apresentando captação irregular de meio de contraste e calcificações amorfas de perimeio, medindo aproximadamente nos seus maiores eixos 7,1x5,8cm, localizado na topografia da glândula tireóide invadindo o mediastino superior, envolvendo e destruindo as paredes do osso esterno. USG do Tórax com doppler (05/05/2006): massa sólida de contornos irregulares na face ântero-superior do tórax, medindo 93x79x75mm, nos maiores diâmetros, ao doppler observamos fluxo aumentado nesta área. Arteriografia de carótidas (23/05/06): Observa-se "Blush" tumoral ao nível da fúrcula esternal provavelmente nutrido pela artéria torácica interna