

tiveram o diagnóstico de adenocarcinoma. Utilizou-se a classificação endoscópica do câncer de pulmão proposta por Ikeda. **Resultados:** Dos 94 casos de adenocarcinoma, 56 (59,57%) apresentaram lesão central e, em 29 (30,85%) casos, a localização foi periférica. Sinus indiretos de neoplasia foram observados em 9 (9,57%) casos. Nos tumores de localização central, o achado endoscópico mais frequente foi a infiltração de mucosa (29 casos) seguida da lesão vegetante (25 casos). **Conclusão:** A predominância de localização central pode estar relacionada à mudança de comportamento desse tumor.

P-117B ENDOSCOPIA DIGESTIVA NO DIAGNÓSTICO DE SCHWANOMA MALIGNO DO MEDIASTINO

Genta PR, Prezotti SOA, Cabral MM, Dohnikoff M, Takagaki TY
DIVISÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) - HC-FACULDADE DE MEDICINA DA USP; AV. DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR, 255, ICHC, SALA 7079, CEP 05403-900, SÃO PAULO (SP).

Introdução: O schwannoma maligno de mediastino é uma neoplasia rara de origem neurogênica cuja manifestação é geralmente decorrente de extensão a estruturas próximas. **Relato de caso:** Paciente masculino, 53 anos, com história de tosse seca com laivos de sangue ocasionais, disfagia e perda de peso de aproximadamente 6kg havia 2 meses, além de febre intermitente havia uma semana. RX de tórax com alargamento de mediastino causando desvio anterior da traquéia. TC de tórax evidenciou massa sólida de contornos bocelados ocupando o mediastino posterior com dimensão de 9x9 cm provocando compressão de traquéia e brônquios principais, além do esôfago, causando dilatação a montante do mesmo. Broncoscopia mostrava compressão da parede posterior da traquéia nos 2/3 distais com redução da sua luz em 30%, além de abaulamento da parede posterior do brônquio fonte esquerdo com redução de 70% de seu calibre. Endoscopia digestiva alta mostrava abaulamento da parede anterior do esôfago se estendendo de 30 a 35 cm da arcada dental superior, com área descamativa e friável a 31 cm da arcada, cuja biópsia evidenciou Schwannoma maligno. Devido ao tamanho do tumor e invasão do esôfago, optado por quimioterapia com Ifosfamida, Adriamicina e Cisplatina (3 ciclos), havendo resposta clínica com redução da disfagia, melhora da tosse e resolução da febre sem no entanto haver redução significativa do tumor à TC de tórax. Iniciada então radioterapia. **Conclusão:** Relatamos portanto o caso de um paciente portador de Schwannoma maligno do mediastino cujo diagnóstico foi feito de maneira pouco usual, através de biópsia esofágica por endoscopia digestiva.

P-118B PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA RECORRENTE JUVENIL COM DISSEMINAÇÃO BRONCOPULMONAR DISTAL

Cabral MM, Prezotti SOA, Jhaya TJ, Moussallem TM, Maciel EAP, Bogossian HB
DIVISÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) - HC-FACULDADE DE MEDICINA DA USP; AV. DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR, 255, ICHC, SALA 7079, CEP 05403-900, SÃO PAULO (SP).

Introdução: Estima-se a incidência da Papilomatose Respiratória Recorrente Juvenil (PRRJ) em 4,3 casos por 100.000 nos E.U.A. e o número de procedimentos cirúrgicos para tal em acima de 16.000 por ano. Relatamos um caso de PRRJ com comprometimento de via aérea distal e parênquima pulmonar. **Relato do Caso:** Paciente de 26 anos, sexo masculino, com diagnóstico de PRRJ desde os 3 anos quando apresentou quadro de insuficiência respiratória aguda por obstrução respiratória alta com necessidade de traqueostomia imediata. Desde então, mantém-se estável com traqueostomia e faz ressecções endoscópicas a cada 3 meses. Há 1 ano vem evoluindo com infecções respiratórias frequentes e com exames radiológicos evidenciando comprometimento de via aérea distal e parênquima pulmonar. A broncoscopia mostra lesões papilomatosas em laringe, traquéia, brônquios fontes e lobares e a tomografia computadorizada (TC) de tórax atelectasias, massas pulmonares sólidas e císticas. **Discussão:** Apesar da laringe ser o sítio de predileção da PRRJ o acometimento da traquéia pode ocorrer em 17 a 26% dos casos e a disseminação broncopulmonar distal em menos de 5%. Relatamos, portanto, um caso de PRRJ com acometimento pulmonar documentado pela TC de tórax.

P-119B TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO. RELATO DE CASO

Magaldi, G.P.; Lima, A.G.; Toro, I.F.C.; Mussi, R.K.; Frazatto, Jr., C.
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP

Introdução: O tumor fibroso solitário, ou mesotelioma benigno, é uma forma infrequente de neoplasia de pleura, com apresentação multivariável. Descrevemos um caso de evolução favorável. **Relato de caso:** Paciente de 48 anos, sexo feminino, com história de duas pneumonias anteriores em lobo inferior direito, apresentando-se com derrames pleurais de repetição em base direita, sem diagnóstico conclusivo. Após seis meses de investigação, realizada tomografia de tórax, evidenciando massa tumoral de grandes proporções, com desvio contralateral do mediastino e desaparecimento do derrame. Biópsia transparietal revelando apenas fibrose. Optado por toracotomia exploradora, revelando massa de 30 por 33 centímetros, com aderências frouxas ao pulmão, superfície lisa, sem aderências à pleura parietal. Realizada ressecção da mesma, com diagnóstico histológico de tumor fibroso solitário. A paciente apresenta seguimento ambulatorial há 06 meses, sem queixas. **Discussão:** A apresentação do caso descrito condiz com os raros relatos na literatura do mesotelioma benigno, em que o derrame pleural é substituído pela lesão tumoral, frequentemente com efeito de massa, sendo o diagnóstico diferencial apenas conseguido com o procedimento cirúrgico, este, de evolução favorável.

P-120B BLASTOMA PULMONAR: AFECÇÃO RARA COM UMA APRESENTAÇÃO POUCO FREQUENTE

Alves, C.M.S.; Amaral, N.F.; Brito Fo., L.; Souza, P.M.F.; Berto, J.M.; Shettino, J.M.
HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKE - BELO HORIZONTE - MG.

Introdução: O Blastoma Pulmonar (BP) é um tipo de tumor primário maligno do pulmão pouco comum. Perfaz cerca de 0,5% de todas as neoplasias pulmonares. Tem comportamento semelhante ao dos carcinomas pulmonares não pequenas células (CPNPC). **Objetivos:** Relatamos caso dessa rara neoplasia pulmonar com uma apresentação pouco comum: grande

massa ocupando todo o hemitórax esquerdo. Apresentamos, também, revisão bibliográfica. **Material e Métodos:** Paciente V.B.S., 42 anos, relatava hemoptóicos e dor torácica há dois meses. Radiografia e tomografia computadorizada de tórax evidenciavam grande massa ocupando todo o hemitórax esquerdo e desviando as estruturas mediastinais contralateralmente. **Resultados:** O paciente foi submetido a pneumonectomia esquerda. A peça cirúrgica pesou 3.225g e o resultado anatomopatológico mostrou Blastoma Pulmonar Bifásico. **Conclusão:** A avaliação, indicação e ressecção cirúrgicas devem ser idênticas aos casos de CPNPC. Dentre os dois grupos de BP existentes, os Bifásicos têm pior prognóstico, sendo que aqueles menores que 5 cm mostram evolução mais favorável quando comparados às grandes lesões.

P-121B QUADRO NEUROLÓGICO COMO MANIFESTAÇÃO PRINCIPAL DE TUMOR DE PANCOAST - RELATO DE CASO

Schio, S.M., John, A.B., Henn, L.A.

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA/HCPA E DEPTO. DE MEDICINA INTERNA/FAMED/UFRGS

Introdução: A Síndrome de Pancoast ocorre em tumores envolvendo o ápice e o sulco posterior do pulmão e resulta da invasão local do plexo braquial e do simpático cervical. A manifestação clínica predominante consiste em dor no braço e no ombro, podendo ou não ser acompanhada pela Síndrome de Horner. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com apresentação atípica de Tumor de Pancoast. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, cor branca, 56 anos, casado, natural de Pelotas (RS), procedente de Viamão (RS), serralleiro. Tabagista pesado, procurou a Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em dezembro/99, com queixa de dor na nuca e porção superior do hemitórax esquerdo de surgimento há aproximadamente 7 meses. Neste período, atendimentos em vários serviços de urgência com indicação apenas de analgesia. Durante a internação, paciente apresentou parestesias e perda de força em membros inferiores com alcance até o abdômen, sendo submetido à laminectomia descompressiva após demonstração em exame de imagem de compressão medular em região torácica alta. Com o diagnóstico de carcinoma epidurmoide moderadamente diferenciado com invasão do canal medular cervicotorácico (estágio IIb) o paciente evoluiu para óbito 11 meses após início da sintomatologia. **Discussão:** A incidência de Tumor de Pancoast, quando comparada a outros carcinomas broncogênicos, é rara. Sintomas pulmonares são menos frequentes devido à localização periférica das lesões. O retardo entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo varia de 1 a 14 meses (média de 7 meses). Alguns estudos sugerem que, em pacientes selecionados que se encontram no estágio IIb, ressecção radical combinada do tumor do pulmão e da coluna pode preservar função neurológica e promover controle da dor. **Conclusão:** Um alto nível de suspeição levando a um diagnóstico precoce permite ressecção completa do tumor e contribui para melhora da sobrevida.

P-122B CISTO BRONCOGÊNICO EM ADULTOS: RELATO DE CASO

Oliveira C.T.M., John A.B., Menna Barreto S.S., Macedo A., Moreschi A.

SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA/HCPA

Introdução: Os cistos broncogênicos são anomalias congênitas da árvore traqueobrônquica. São entidades raras e frequentemente assintomáticas em adultos. Nas séries sobre massas mediastinais, a prevalência de cistos primários varia de 10-25%. **Objetivos:** Relatar um caso de massa em mediastino posterior com subseqüente diagnóstico de cisto broncogênico. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, asiática, 25 anos, casada, nacionalidade brasileira, funcionária de indústria de produtos de informática no Japão. Paciente assintomática que, ao realizar exame periódico de saúde em seu emprego, foi demonstrada, no raio X de tórax, lesão expansiva em mediastino posterior na junção esôfago-diafragma. Realizada ressonância magnética (RNM) que evidenciou lesão em mediastino médio posterior, anterior à coluna torácica com densidade de partes moles. Tomografia computadorizada (TC) de tórax não foi conclusiva e na fibrobroncoscopia não foi visualizada lesão endobrônquica. Ressecção de tumor cístico por videotoracotomia, cujo anatomopatológico mostrou cisto broncogênico roto. Apresentou boa evolução no pós-operatório e permaneceu assintomática. **Comentários:** Aproximadamente 75% dos casos de cistos broncogênicos são reconhecidos na infância. A localização mais frequente é o mediastino médio posterior. Sintomas incluem tosse, dispnéia e estridor. A presença de um cisto broncogênico é sugerido pelo raio X de tórax em mais de 2/3 dos casos em qualquer faixa etária. A aparência usual é de uma massa ovóide medindo 2-10 cm, homogênea, que se localiza no mediastino, ao nível do hilo ou da carina. Um nível hidroaéreo sugere também a persistência de uma comunicação brônquica ou de uma infecção secundária. A TC permite um diagnóstico acurado das lesões. RNM é importante quando o diagnóstico diferencial com outros tumores mediastinais se torna difícil. Intervenção cirúrgica através de toracotomia ou videotoracoscopia com ressecção completa do cisto está sempre indicada, a fim de estabelecer o diagnóstico definitivo, evitar sintomas e complicações tardias e prevenir recorrência. **Conclusões:** Relatado um caso de cisto broncogênico com evolução favorável por ressecção cirúrgica.

P-123B LINFOMA NÃO HODGKIN PULMONAR

Rosemberg, N.P.; Sebenello, C.S.; Leuck Jr., I.; De Luca Jr., M.; Castro Jr., M.A.M.; Laste, S.E.

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE-RS. O linfoma não Hodgkin primário de pulmão é uma entidade rara que compreende apenas 0,4% de todos os linfomas. Muitos linfomas primários de pulmão são provenientes do tecido linfóide associado à mucosa (MALT) dos brônquios. O fato de o linfoma não Hodgkin primário de pulmão ser uma patologia infrequente e de bom prognóstico quando tratada adequadamente motivou o relato do presente caso. Paciente feminina, procedente de Gravataí - RS, é encaminhada ao serviço com queixa de tosse, fadiga, perda ponderal importante e o Rx de tórax evidenciando volumosa lesão tumefaciente de contornos imprecisos com densidade de tecidos moles. A tomografia computadorizada descrevia massa medindo 9cm x 5cm localizada no lobo inferior direito, segmento superior. A fibrobroncoscopia mostrava estenose no brônquio para o segmento 6 do lobo inferior direito. A biópsia endobrônquica e o lavado broncoalveolar foram negativos. A mediastinoscopia foi negativa. Cintilografia de esqueleto normal. Foi submetida a pneumonectomia direita, com boa evolução pós-operatória. O exame