

axilas, mãos e pés. O tratamento mais eficaz e permanente é a desnervação simpática das áreas atingidas, obtido pela ação cirúrgica no simpático torácico. **Objetivos:** Avaliar os resultados da simpatectomia e simpaticotomia torácica através da cirurgia torácica vídeo-assistida (CTVA) no tratamento HPL. **Método:** De fevereiro de 2000 a junho de 2002 foram tratados 60 pacientes com HPL. Sendo localizada nas mãos em 95% dos pacientes, nas axilas em 70% dos pacientes, nos pés em 65% e na face em 7% dos pacientes. O grupo I, 30 pacientes, foi realizada a simpatectomia e o grupo II, 30 pacientes, a simpaticotomia. No grupo I para os pacientes que apresentavam HPL apenas palmar, foi realizada uma simpatectomia de T2 a T3. Para a HPL axilar a simpatectomia foi de T3 e T4. No grupo II, a HPL facial foi tratada com simpaticotomia R², a HPL palmar foi tratada com simpaticotomia R³ e a HPL axilar com uma simpaticotomia R^{2,3}. **Resultados:** Não houve mortalidade nos dois grupos. Em apenas dois pacientes, do grupo I, o tempo de internação foi maior que 24h. Três pacientes permaneceram com o dreno torácico após o procedimento, dois por fuga aérea e um consequente aderências na HTE. Na avaliação pós-operatória foi observada a eficácia do procedimento, traduzida pela comparação do sistema de escore pré e pós-operatório, e pela frequência de transpiração compensatória (TC) localizada no abdome, dorso e pernas. Houve um insucesso total, grupo I. Todos os pacientes do grupo II tiveram sucesso terapêutico. A TC foi mais frequente e mais intensa no grupo I, comparada ao grupo II. **Conclusões:** os autores concluem que a simpaticotomia é um método que possui a mesma eficácia da simpatectomia, no entanto, apresenta menores índices de TC.

202-PD SIMPATECTOMIA BILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA

Montesi J, Almeida EP, Vieira JP, Ferrari MTM, Rabêlo FT, Ahouagi LB

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – CIRURGIA DO TÓRAX

Introdução: Pacientes com a síndrome da hiperidrose podem ter um marcante prejuízo em suas atividades profissionais e sociais. A simpatectomia torácica por vídeo tem sido cada vez mais indicada como tratamento para esta afecção, por ser um procedimento rápido e menos invasivo, sendo o acesso cirúrgico ao tronco simpático obtido por uma única incisão ao nível do 3º espaço intercostal, após colabamento do pulmão ipsilateral. **Objetivos:** Analisar resultados no pós-operatório demonstrando ser um procedimento bem tolerado e com índice de satisfação elevado por parte dos pacientes. **Resultados:** Foram realizados 71 procedimentos no período de março 2001-02 nos hospitais Universitário e Monte Sinai, sendo que 24 pacientes pertenciam ao sexo masculino e 47 ao feminino, com idade variando de 14-64 anos. A cauterização do tronco simpático foi realizada nos níveis de T2, T3 e T4 de acordo com o local da hiperidrose. Os locais acometidos foram palmar (67 pacientes), plantar (60), axilar (44) e facial (05). A taxa de complicação intra-operatória foi de 4,22% (03 pacientes). O efeito adverso predominante foi a hiperidrose compensatória, presente em 49 (69%) pacientes, geralmente de leve a moderada intensidade. Todos os pacientes se mostraram satisfeitos com o resultado cirúrgico. **Conclusão:** Trata-se de um procedimento simples, seguro e eficiente, que permite minimizar os efeitos restritivos pulmonares e os riscos de complicações. A hiperidrose compensatória ainda permanece frequente em região abdominal e lombar, o que não invalida a satisfação dos pacientes simpatectomizados.

203-PD INCISÃO AREOLAR NA SIMPATECTOMIA TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA

Garbelini FRO, Ferreira HP

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA-SP

Objetivo: Introduzir a incisão areolar e uso de trocarer "laparoscópico" na Simpatectomia Torácica por Videotoracosopia. **Métodos:** Foram avaliados 10 pacientes com idade entre 14 e 27 anos, média de 17,4 anos, no período de setembro de 2001 a maio de 2002. A incisão areolar foi realizada em todos os casos, bilateralmente, com 1,0cm de diâmetro na porção inferior da areola das mamas, dissecação entre pele e tecido mamário, introdução do trocarer de 10mm (laparoscópico) no 4º espaço intercostal. Posteriormente, faz-se uma incisão de 0,5cm no 2º espaço intercostal, linha axilar média e sob visão endoscópica, introduzimos o trocarer de 5mm (laparoscópico), sem divulsão dos tecidos. A Simpatectomia foi realizada por ablação, variando de T2 a T5 de acordo com a patologia. No trocarer de 5mm adaptamos o aspirador com o qual retiramos o ar residual do espaço pleural. A pele é suturada com pontos separados de Nylon 5.0. **Resultados:** A introdução do trocarer pela incisão areolar facilitou a visualização da cavidade pleural e da cadeia simpática; não houve necessidade de dissecação dos tecidos para o 2º porte, o qual foi realizado diretamente pelo trocarer de 5mm, com menor lesão tecidual; a retirada do trocarer de 10mm, por ser mais longo, permite observar todo o trajeto de sua introdução e se necessário, realizar eletrocauterização; a sonda de aspiração foi dispensada com aspiração direta pelo trocarer de 5mm; após 7 dias da cirurgia foram retirados os pontos. **Conclusão:** O uso de trocarer "laparoscópico" facilitou o manuseio da óptica, principalmente em pacientes com parede torácica espessa; houve menor lesão tecidual e consequentemente menos dor no pós-operatório; a sonda de aspiração foi dispensada, esteticamente a incisão areolar foi aprovada por todos os pacientes, tornando-se quase imperceptível após 60 dias de pós-operatório.

203A-PD DEZ ANOS DE CIRURGIA TORÁCICA VÍDEO-ASSISTIDA NO HUPE-URJ

Saïto EH, Higa C, Nunes RA, Dias Jr M, Pereira JC, Netto AR (in memoriam)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – CIRURGIA TORÁCICA

Objetivo: Analisar retrospectivamente os pacientes operados por este novo método em nosso Setor (Cirurgia Torácica), ressaltando suas vantagens e dificuldades na sua realização. **Material e métodos:** Foram analisados 124 pacientes submetidos a cirurgia torácica vídeo-assistida (CTVA), realizados de setembro de 1991 a maio de 2002, no Hospital Universitário Pedro Ernesto – URJ, com grande variedade na sua indicação, como: miastenia gravis, hiperidrose

axilar e/ou palmar uni ou bilateral, patologias pleurais, neoplasia de esôfago, neoplasia de pulmão, nódulo ou massa pulmonar de etiologia indefinida, pulmão encarcerado por empiema ou hemotórax coagulado, bolha pulmonar, massa mediastinal, tumoração de vértebra torácica e vasculopatia periférica de membros superiores. **Resultados:** Não tivemos mortalidade operatória. Em apenas três (2,42%) pacientes a CTVA não conseguiu realizar as operações (1 caso de timoma maligno, 1 de bolha pulmonar gigante aderida e 1 leiomioma de esôfago). A principal complicação foi a lesão vascular, observado em três (2,42%) pacientes que foram submetidos a reoperação para totalizar a timectomia (dois por videotoracosopia unilateral direita e um pela via combinada, cervicotomia e videotoracosopia bilateral radical), uma vez que tinham sido submetidos a uma timectomia incompleta pela via supraesternal e não obtiveram controle da miastenia gravis. **Conclusão:** Com esta análise observamos que a CTVA é um método alternativo e vantajoso em casos selecionados e que as complicações intra-operatórias foram relacionadas aos casos de reoperações. Em nossa casuística a metodização das técnicas se mostrou eficiente com uma menor necessidade de conversões para toracotomia.

Fibrose cística em crianças e adultos

Data: 19/10/2002 – Horário: 08:00-12:00h

Local: Sala Port Elizabeth

204-PD PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES ADOLESCENTES E ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA EM ACOMPANHAMENTO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Dalcin PTR, Mallmann F, Fernandes AK, Machado FJ, Lacerda C, Veronezi J, John AB, Faccin C, Xavier R

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)/FACULDADE DE MEDICINA/UFRGS

A fibrose cística (FC) é uma doença genética irreversível que não permita que os pacientes sobrevivessem até a adolescência. Nas últimas décadas, com o avanço das medidas terapêuticas, a sobrevida média destes pacientes atingiu 31 anos. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico dos pacientes fibrocísticos adolescentes e adultos em acompanhamento no HCPA, estabelecendo associações das características clínicas com achados microbiológicos do escarro. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, analisando achados clínicos, nutricionais, funcionais pulmonares, laboratoriais e microbiologia do escarro. Conforme a microbiologia do escarro, os pacientes foram classificados como portadores de *B. cepacea* (BC), *P. aeruginosa* (PA) ou outras bactérias (OB). **Resultados:** Em 2001, 31 pacientes (idade média: 21 anos; homens: 61,3%; brancos: 96,8%), tiveram acompanhamento regular, sendo que a média do escore de Schwachman foi 68,3 pontos, VEF₁ 54,3% prev., IMC 19,8kg/m², escore radiológico do tórax 8,65 e escore ecográfico hepático 4,0 pontos. A idade média do diagnóstico foi 7,8 anos, contrastando com 1,7 anos do início dos sintomas. Cinco pacientes foram portadores de BC no escarro, 19 de PA e 7 de OB, diferindo-se diferiram entre si significativamente nos seguintes parâmetros: escore radiológico, respectivamente, 11, 10 e 3 pontos ($p = 0,02$); opacificação dos seios, 100%, 92% e 33% de envolvimento ($p = 0,02$); idade do diagnóstico, 3,4, 5,0 e 18,0 anos ($p = 0,003$); e genotipagem (homozigotos para deltaF508) 60%, 43% e 17% ($p = 0,005$). **Conclusão:** O grupo de pacientes com FC portadores de OB apresentou achados radiológicos de tórax e seios da face de menor gravidade, idade mais tardia de diagnóstico e menor frequência mutações deltaF508 homozigotas, quando comparados aos grupos BC e PA.

205-PD FIBROSE CÍSTICA EM ADULTOS: ASPECTOS CLÍNICOS E DE FUNÇÃO PULMONAR

Matos ED, Santana MA, Fontoura MS, Santana PR, Barreto D, Guimarães AG, El-Khoury MG, Guedes CMF, Lemos ACM

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA E CENTRO DE FIBROSE DO HOSPITAL OCTÁVIO MANGABEIRA (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA)

Introdução: A fibrose cística (FC) é diagnosticada usualmente na infância. Poucos estudos publicados abordam o diagnóstico da FC na idade adulta. **Objetivo:** Descrever as características clínicas, laboratoriais e de função pulmonar dos pacientes com fibrose cística diagnosticados na idade adulta, na Bahia (Brasil). **Método:** Foram avaliados 28 pacientes cujo diagnóstico de fibrose cística foi feito na idade adulta. As variáveis de maior interesse foram: idade, sexo, raça, índice de massa corpórea (IMC), cultivo do escarro, capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁) e declínio anual do VEF₁ independente da idade. Para análise estatística dos dados foram utilizados o teste de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Spearman. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 31,1 ± 12,4 anos. A proporção de negros e mulatos era de 53,4% e 64,3% tinham índice de massa corpórea (IMC) < 20kg/m². Em doze pacientes (43%) foi isolada *P. aeruginosa* do escarro. As médias ± DP dos percentuais da CVF, do VEF₁ e do declínio anual do VEF₁ independente da idade foram de 58,9 ± 21,6%, 44,1 ± 23% e 2,1 ± 1,3%/ano, respectivamente. No grupo colonizado por *P. aeruginosa* as médias dos parâmetros de função pulmonar foram inferiores às do grupo não colonizado. Entretanto, somente em relação à CVF esta diferença alcançou significância estatística ($p = 0,007$). Observou-se uma correlação inversa entre o declínio do VEF₁ e a idade do diagnóstico de FC ($r = -0,731$; $p = 0,0001$). **Conclusões:** O diagnóstico de FC deve ser investigado em pacientes com infecções respiratórias de repetição, sinusite e bronquiectasias, mesmo na idade adulta. A deterioração da função pulmonar foi menor em pacientes quando o diagnóstico foi feito tardiamente e nos não colonizados por *P. aeruginosa*.