

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, hiperhidrose

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 empie-ma 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*.