

em ratos submetidos à isquemia e reperfusão pulmonar (IRP). Sabendo que a resposta inflamatória que ocorre no pulmão submetido a IRP pode repercutir em outros órgãos (remota), propusemos um estudo que avaliasse a ação inflamatória remota, estudando o parênquima pulmonar contra-lateral de animais submetidos a IRP unilateral. **MÉTODO:** Ratos machos da raça Wistar (pesando de 350 a 450 g) foram divididos em dois grupos: grupo SHAM, animais operados não submetidos à IRP; grupo IR formado por animais submetidos à IRP. Os animais foram anestesiados artificialmente, sendo submetidos a toracotomia seguida de clampamento do hilo pulmonar esquerdo (artéria pulmonar, veia pulmonar e brônquio principal) por um período de isquemia de 90 min, após a remoção do clamp e ventilação e reperfusão forma restabelecidas por um período de 120 min. Ao término do procedimento de isquemia e reperfusão, a circulação pulmonar foi perfundida com solução salina para extração do conteúdo sanguíneo através do tronco arterial pulmonar. O edema pulmonar foi medido através do extravasamento de proteínas plasmáticas avaliando o acúmulo de albumina humana sérica marcada com 1125 no tecido pulmonar do órgão submetido a isquemia e reperfusão como no pulmão contralateral, a análise da infiltração neutrofílica de ambos os pulmões foi feita através da medida da atividade de mieloperoxidase (MPO). Os níveis séricos de IL-1 β , IL-10, TNF- α foram expressos em pg/ml. Os valores foram analisados pelo teste de ANOVA modificado por Bonferroni, e $P < 0,05$ foram dados como significante. **RESULTADOS:** A IRP causou acentuado aumento ($p < 0,05$) na permeabilidade vascular e na atividade da mieloperoxidase do pulmão direito dos animais submetidos a IRP do pulmão esquerdo, quando comparados ao grupo SHAM. O protocolo de isquemia e reperfusão também resultou em níveis elevados de IL-1 β e TNF- α no grupo IR quando comparado ao grupo SHAM. O nível sérico de IL-10 não apresentou alteração. **CONCLUSÕES:** Nossos dados indicam que a resposta inflamatória que ocorre em pulmões submetidos à isquemia e reperfusão pode provocar resposta remota em outros órgãos, tanto celular como humoral sugerindo a condição sistêmica da resposta inflamatória na IRP unilateral.

0.019 ANÁLISE DE 266 PACIENTES COM A UTILIZAÇÃO DE DRENO PLEURAL ÚNICO (28 FR) NO PÓS-OPERATÓRIO

COSTA JR. AS*, SOBRAL FH*, PERFEITO JAJ*, FORTE V*, LEÃO LEV*, SUCCI JE*, MARCHETTI MA*
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*
INTRODUÇÃO: A drenagem pleural foi descrita há mais de 2500 anos, desde a época de Hipócrates. O procedimento evoluiu com o tratamento do empiema pleural, sendo que em 1859, Charles Hunter descreveu o que consideramos a primeira toracocentese por agulha. Playfair, em 1872, foi o primeiro a desenvolver o sistema com selo d'água em frasco, porém fechado. O nosso sistema atual com uma saída para o ar no frasco coletor foi criado por James Kenyon (1917) e Lilienthal (1922) difundiu a utilização do sistema no pós-operatório de uma toracotomia (1). Munnell (1975) concluiu após uma pesquisa com mais de 300 cirurgiões torácicos, que o frasco de drenagem deveria ser graduado, com capacidade de 2 litros e que poderia ser esvaziado e usado novamente. A extensão deveria ter 180 cm e o conector deveria ser serrilhado (2). Estima-se que são utilizados mais de um milhão de frasco de drenagem por ano nos Estados Unidos, com um custo que supera 60 milhões de dólares (2). **OBJETIVO:** Temos como objetivo mostrar a utilização de um único dreno pleural 28 fr no pós-operatório de 266 pacientes. **MÉTODO:** Foram analisados os prontuários de 266 pacientes operados de 2000 a 2004 com drenagem pleural única. Avaliamos os pacientes quanto ao sexo, idade, procedimento realizado, diagnóstico, tempo de drenagem, tempo de internação e complicações. **RESULTADOS:** Os resultados mostraram 65% pacientes do sexo masculino e 35% do sexo feminino, a idade variou de 1 a 91 anos, com média de 49,3 anos, o tempo de internação médio foi de 6,5 dias, variando de 1 a 30 dias. A média do tempo de drenagem foi de 3,9 dias, variando de 1 a 20 dias. Tivemos quatro óbitos - mortalidade de 1,5% e uma morbidade de 10,5%, sendo a mais frequente pneumonia em 8 pacientes (3,0%). **CONCLUSÃO:** Concluímos que a utilização de um único dreno pleural com 28 Fr foi suficiente e eficaz para o pos-operatório, não sendo necessário dois drenos ou drenos mais calibrosos de 36 ou 38 Fr.

0.020 INFLUÊNCIA DO LOCAL ESCOLHIDO PARA BIÓPSIA PULMONAR CIRÚRGICA EM PACIENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA NO RESULTADO HISTOPATOLÓGICO

GONÇALVES JJS*, FERREIRA RG*, LEÃO LEV*, OTA LH*, OLIVEIRA R*, FORTE V*
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO; ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP/EPM-SÃO PAULO - SP*
INTRODUÇÃO: Pacientes com doença intersticial pulmonar submetidos à biópsia cirúrgica necessitam de fragmentos com boa representatividade para definição diagnóstica. Avaliar se o local escolhido pode influenciar no diagnóstico final é fundamental para a escolha do lobo ou segmento a ser retirado. **OBJETIVOS:** Analisar histopatologicamente por avaliação semi-quantitativa os fragmentos pulmonares retirados de dois ou mais lobos e/ou segmentos pulmonares a repercussão no diagnóstico final. ou "Avaliar a repercussão, ou o impacto no diagnóstico histopatológico final ao se estudar histopatologicamente espécimes pulmonares (parte de lobo ou segmento), de obtidos de dois locais distintos, através de uma avaliação semi-quantitativa" **MÉTODOS:** Entre 1995 a 2005, na EPM/Unifesp, todas as biópsias pulmonares cirúrgicas dos pacientes, portadores de pneumonia intersticial usual (PIU), foram obtidas no lobo médio e/ou língula. Para efeito de comparação, de um mesmo paciente, foram obtidas amostras de tecido pulmonar de outro lobo e/ou segmento, do mesmo paciente sendo que dos 59 com PIU, foram obtidas 89 biópsias cirúrgicas. Devido o critério de seleção que exigia duas ou mais biópsias e com resultados histopatológicos concordantes, entre os dois locais realizados, apenas 16 pacientes preencheram estes critérios. O escore semi-quantitativo descrito por CHERNIACK R. M. et al (1991) foi empregado por um patologista pulmonar do Departamento de Patologia e, submetido à análise estatística. Utilizou-se o pacote estatístico SPSS versão 13.0 para esta análise, aplicando-se o teste de Mann-Whitney comparando LM (lobo médio) vs LID (lobo inferior direito) e Língula vs LIE (lobo inferior esquerdo). **RESULTADOS:** Adotamos o nível de significância de 5% para a aplicação dos testes estatísticos deste estudo. Não encontramos diferenças significantes nesta amostra quanto ao grau de fibrose pulmonar e estágio da doença. Em todos os casos o diagnóstico foi conclusivo nos dois locais, sem prejuízo por serem amostras de lobo médio e/ou segmento lingular. Notamos uma diferença estatisticamente significante no volume da amostra pulmonar quando a biópsia é feita no lobo médio ($p < 0,013$). Notamos também um aumento de foco fibroblástico em lobo inferior esquerdo ($p < 0,003$), em comparação a qualquer outro lobo. **CONCLUSÕES:** Nesta amostra podemos evidenciar, com base na análise histopatológica, que a recomendação de não realizar biópsia no lobo médio e segmento lingular não encontra justificativa científica. As peculiaridades anatômicas deste dois locais (língula e lobo médio) favorecem a retirada grandes volumes de tecido pulmonar por pequenas incisões bem como facilidade técnica à vídeo-toroscopia.

0.021 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ESTENOSES LARÍNGEAS E TRAQUEAIS

TERRA RM*, MINAMOTO H*, JUNQUEIRA JJM*, JATENE FB*
Instituição: Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP - São Paulo - SP*
INTRODUÇÃO: Recentemente temos observado que as lesões laringotraqueais, secundárias a IOT prolongada, vêm se tornando mais frequentes enquanto as traqueais puras, mais raras. O acometimento da laringe leva à necessidade de procedimentos complexos para a resolução da estenose, estes, associados a menores taxas de sucesso e maior morbidade. **OBJETIVO:** Avaliar a situação atual do tratamento cirúrgico das estenoses de laringe e/ou traquéia em nossa Instituição. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo de 50 pacientes com estenose laringea e/ou traqueal submetidos a tratamento cirúrgico nos últimos 3 anos, divididos em 3 grupos conforme o procedimento realizado: ressecção e anastomose traqueal (grupo 1), ressecção cricotraqueal e anastomose (grupo 2) ou laringofissura (grupo 3). **RESULTADOS:** Grupo 1: 23 pacientes (5F/18M), com idade média de 29,2 anos, sendo que em 22 a etiologia da estenose foi IOT prolongada (14,47 \pm 8,88 dias) e em um melanoma primário de traquéia. A broncoscopia flexível foi inacurada, visto que 6 pacientes foram diagnosticados como portadores de lesão de traquéia e laringe, porém a lesão laringea não foi confirmada no intra-operatório. Todos foram submetidos à ressecção e anastomose término-terminal sem traqueo de proteção e sem posterior complicação significativa. Grupo 2: 12 pacientes (2F/10M), com idade média de 38,9 anos, em 11 a etiologia foi IOT prolongada (13,30 \pm 7,79 dias) e em um neoplasia de tireóide. Em todos a lesão comprometia a cricóide com distância mínima de 1cm da prega vocal e foram submetidos à ressecção cricotraqueal e anastomose tiro-traqueal, ficando apenas um paciente com traqueo de proteção. 2 pacientes tiveram disfonia e 1 abscesso cervical. Grupo 3: 15 pacientes (7F/8M), com idade média de 32,6 anos, em todos a etiologia da estenose foi IOT prolongada (18,45 \pm 11,63 dias). Todos tinham lesão glótica ou a menos de 1cm desta e foram submetidos laringofissura anterior e posterior com enxerto de cartilagem. 9 pacientes estão decanulados, 4 com Montgomery e houve 2 falhas (traqueomalácia). **CONCLUSÃO:** A broncoscopia flexível como método único de localização da estenose foi inacurada. O acometimento laringeo ocorreu em 54% dos pacientes. O tratamento cirúrgico das estenoses laringeas e traqueais através de qualquer uma das três técnicas demonstrou bom resultado, com altos índices de decanulação e baixos índices de complicações.

0.022 LINFONODO SENTINELA EM CARCINOMA NÃO DE PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO

BUSTOS MEF*, ANDRADE CF*, CAMARGO JJP*, GEYER G*, CAMARGO SM*
INSTITUIÇÃO: SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - PORTO ALEGRE - RS*
INTRODUÇÃO: O estadiamento baseado na identificação de linfonodo sentinela (LNS) já é formalmente aceito na literatura e vem sendo utilizado em inúmeros tipos de neoplasias como o melanoma, carcinoma de mama, estômago, cólon, assim como no carcinoma brônquico. A detecção do linfonodo sentinela, visa facilitar a identificação da via de drenagem linfática do tumor, com a intenção de realizar um esvaziamento ganglionar preciso, melhorando assim o prognóstico e reduzindo a recidiva tumoral e consequentemente aumentando a sobrevida dos pacientes portadores de neoplasia. **OBJETIVOS:** Avaliar a acurácia do Azul Patente V (AP V) na identificação de Linfonodo Sentinela em pacientes com carcinoma brônquico não de pequenas células (CBNPC). **MÉTODOS:** Entre março de 2004 e março de 2006, foram analisados prospectivamente 32 pacientes com CBNPC com estágios clínicos IA a IIB. Todos os pacientes foram submetidos a exames de rotina pré-operatórios para exclusão de doença disseminada. Logo depois de efetuada a toracotomia antero-lateral e identificado o tumor, eram injetados 0,5 mililitros de Azul Patente V em cada um dos quatro quadrantes do tumor e depois de um intervalo entre 10 a 20 minutos identificava-se sob visão direta o linfonodo que estivesse tingido com corante, classificando o mesmo como "Linfonodo Sentinela", o qual era separado do resto dos linfonodos para posterior análise histológica através de H&E e imunohistoquímica. **RESULTADOS:** Foram identificados 15 pacientes com LNS no intra-operatório. Deste total foram encontrados 19 linfonodos sentinelas já que quatro pacientes possuíam dois LNS. Acurácia, sensibilidade e especificidade do método foram de 46,9%, 100% e 94,6% respectivamente e o VPn de 100%. Em 86,7% dos casos, o LNS correspondeu aos gânglios das estações 10 e 11. **CONCLUSÃO:** A identificação de linfonodo sentinela em pacientes com CBNPC através da utilização do Azul Patente V mostra-se como uma abordagem exequível, embora com baixo nível de acurácia para ser utilizado isoladamente como método de estadiamento mediastinal. No entanto é um método importante para identificar as primeiras estações ganglionares a serem biopsadas nestes pacientes. A maior dificuldade na identificação do LNS através do uso do AP V é a coloração escurecida dos gânglios, a qual interfere na visualização do meio de contraste dentro deles.

0.023 TIMECTOMIA TORACOSCÓPICA POR ABORDAJE DERECHO EN EL TRATAMIENTO DE LA MIASTENIA GRAVIS Y TIMOMA

LOSCERTALES J*, CONGREGADO M*, JIMENEZ-MERCHAN R*, GALLARDO G*, GIRON JC*, ARENAS C*, AYARRA J*
INSTITUIÇÃO: SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y TORÁCICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA - SEVILLA - ESPAÑA*
OBJETIVO: Mostrar nuestra experiencia y describir la técnica de timectomia por videotoroscopia que nosotros hemos desarrollado. **MÉTODO:** Desde 1993 hasta Noviembre de 2005 hemos realizado 49 timectomías videotoroscópicas. Sexo: 24 varones y 25 mujeres; Edad media: 46,3 años, (14-74). Motivo de timectomia: Miastenia gravis: 33; Timoma: 16 (no invasivo clínica ni en la exploración toracoscópica). La vía de abordaje en cuatro pacientes fue por el hemitórax izquierdo y por el derecho en el resto (n = 45). En los dos últimos casos, se empleó la insuflación CO₂, para facilitar la visión y disección del tiempo. Técnica: Paciente en semidecúbito supino (30°), se disecciona el tiempo abriendo la pleura mediastínica junto a la vena cava superior, respetando el nervio frénico derecho. Se continúa la disección, hasta identificar perfectamente el confluente de Pirogoff y la vena innominada, y se diseccionan y seccionan las venas tímicas. La hemostasia de estas se practicó con clips al principio de la serie (33), con bisturí ultrasónico (15) y en 1 con Endogía vascular de 30 mm. **RESULTADOS:** El 85 % de los casos tuvieron unos resultados excelentes pero fue necesario practicar dos minitoracotomías (4-5 cm), uno por dificultades técnicas y otro, para la extracción de una pieza quirúrgica, demasiado grande para salir por una puerta de 12 mm. Conversiones: 2 por hemorragia de la vena tímica y 1 por dificultades técnicas que impedían la disección de la vena innominada. Duración media: 104 minutos (57-193). Estancia postoperatoria: 4,1 días.