

ventilação preferencial do pulmão nativo e perfusão do pulmão transplantado, com conseqüente insuficiência ventilatória e/ou hemodinâmica. Concordante com a literatura, nosso segundo paciente mostrou importantes resultados após a redução do volume pulmonar através da lobectomia, como a melhora da função pulmonar e a diminuição da dispnéia, associados ao aumento da capacidade de exercício.

P.047 TUMOR DESMÓIDE INTRATORÁCICO

COSTA EB*, COSTA IL*, NAKAMA RY*, MAGALDI GP*, FILHO RN*

INSTITUIÇÃO - IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DA SANTA CASA DE LIMEIRA*

INTRODUÇÃO: Relato de um caso de um volumoso tumor desmóide intratorácico ocupando todo hemitórax direito. **OBJETIVO:** Mostrar as dimensões (34x25x14), peso (3986 gr) e a raridade dessa patologia além da sua localização extraperitoneal, e como a massa moldou-se às estruturas adjacentes a ela dentro da cavidade torácica direita, atelectasiando todo o pulmão direito. **MÉTODO:** Paciente J,S,S 58 anos, branco, sexo masculino com queixa de dispnéia, fraqueza, emagrecimento e hematuria macroscópica. Realizado USG de Rins e Vias Urinárias para pesquisa da hematuria macroscópica onde radiologista visualizou grande massa rechaçando fígado e rim direito sendo essa oriunda do tórax direito. Realizado Rx de tórax com opacificação de todo hemitórax direito e a TC de tórax mostrava volumosa massa sólida, captante de contraste com calcificações ocupando todo hemitórax direito. Em 25 de julho de 2005 paciente foi submetido à toracotomia postero-lateral ampliada com retirada da 6ª costela com visualização de grande massa tumoral sólida, multibocelada, ocupando toda cavidade pleural comprimindo e empurrando o mediastino contra-lateral e inferiormente o diafragma. Realizada extração completa do tumor, pois havia planos de clivagem entre o tumor e as estruturas mediastinais, diafragma e a parede torácica. Após a retirada do tumor, o pulmão direito que encontrava-se completamente atelectasiado re-expandiu completamente. **RESULTADOS:** Paciente evoluiu com expansão pulmonar completa no P01, recebendo alta da UTI no P08 sendo encaminhado para tratamento oncológico após alta hospitalar para realização de tratamento multidisciplinar. Anatomia- Patológico Limer-Lap B0003117305 compatível com fibromatose extraperitoneal do tórax. **CONCLUSÃO:** Os Sarcomas de Partes Moles são Tumores raros que segundo estatísticas recentes não chegam à 5000 casos/ano no Brasil. Portanto, o caso relatado acima é classificado como um Sarcoma de origem fibrosa sendo um Tumor Desmóide Extraperitoneal do Tórax tratado com sucesso cirúrgico e acompanhamento oncológico e multidisciplinar.

P.048 PREVALÊNCIA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR AVANÇADA CANDIDATOS A TRANSPLANTE PULMONAR

FORTUNATO GA*, MACHADO MM*, FELICETTI JC*, CAMARGO JJ*, ANDRADE CP*, CARDOSO PFG*
INSTITUIÇÃO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - RS*

INTRODUÇÃO: O Transplante pulmonar é a última opção de tratamento para certas doenças pulmonares em estágio terminal. Apesar dos avanços técnicos, a sobrevida em 5 anos após transplante pulmonar permanece inferior à de outros órgãos sólidos. Tal fato atribui-se, em parte, a elevada incidência de rejeição crônica, cujos agentes causais permanecem ainda pouco conhecidos. Como os avanços na imunossupressão não têm melhorado os índices de sobrevida tardia, causas não imunológicas como o refluxo gastroesofágico (RGE) tem sido estudadas na gênese da broquiolite obliterante. **MÉTODOS:** Foram analisados prospectivamente entre Junho de 2005 a Novembro de 2006, 55 pacientes incluídos em lista no programa de transplante pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Estes pacientes foram submetidos a esofagomanometria estacionária e pHmetria esofágica ambulatorial de 24 horas. **RESULTADOS:** A esofagomanometria foi anormal em 80% dos pacientes e a pHmetria revelou RGE ácido patológico em 24%. Os sintomas digestivos apresentaram sensibilidade de 50% e especificidade de 61% para RGE. Noventa e seis por cento dos pacientes com DPOC apresentaram alguma alteração manométrica em relação às outras doenças, sendo a hipotonia do esfíncter inferior a alteração mais comum (80%). Pacientes com bronquiectasias apresentaram a maior prevalência de RGE (50%). **CONCLUSÕES:** RGE é achado freqüente em pacientes com doença pulmonar avançada. Na população examinada, a presença de sintomas digestivos de RGE não foi preditiva de refluxo ácido patológico. A contribuição do RGE na rejeição crônica deve ser considerada e requer estudos posteriores para seu esclarecimento.

P.049 ABLAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CARCINOMA BRÔNQUICO IN SITU POR ELETROCOAGULAÇÃO COM ARGÔNIO

OTA LH*, GONÇALVES JJS*, FERREIRA RG*, LEÃO LEV*, FORTE V*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os autores descreve a experiência inicial com sucesso no Brasil de eletrocoagulação por argônio em via aérea inferior. Este primeiro caso utilizado foi em um paciente com DPOC grave sem condições cirúrgicas, portador de um carcinoma in situ no brônquio intermediário. **OBJETIVO:** Relatar e comentar o uso de mais esta ferramenta terapêutica, argônio, no tratamento endoscópico de lesões endobrônquicas. **MÉTODO:** Um paciente do sexo masculino, 48 anos, tabagista (28 anos/maço) com DPOC grave e ineligível para uma cirurgia de ressecção pulmonar. Submetido a uma avaliação endoscópica da via aérea inferior constatou-se uma discreta elevação da mucosa da parede posterior do brônquio intermediário. Na época a primeira biópsia revelou tratar-se de uma metaplasia escamosa com atipia. Um mês após foi realizada uma nova biópsia no mesmo local e novamente o diagnóstico histopatológico foi o mesmo. Nova biópsia foi feita agora com dois meses e mais uma vez o diagnóstico permaneceu inalterado. Permaneceu em acompanhamento no serviço de Pneumologia para tratamento da DPOC e reabilitação com melhora clínica. Nove meses após a última biópsia refez a broncoscopia e novamente a lesão vista na parede posterior do brônquio intermediário permanecia inalterada, superfície granulosa e elevada. Mas nesta ocasião, 18 meses após a primeira broncoscopia, a biópsia revelou displasia acentuada com carcinoma in situ. O caso em estudo é o de um paciente com um carcinoma in situ, de cerca de 2 cm no maior diâmetro, localizado entre os brônquios intermediário e principal direito, radiograficamente oculto, sem indícios de infiltrar planos além da mucosa, com limites bem precisos. A proposta terapêutica empregada foi a ablação do tumor através da eletrocoagulação com plasma de argônio. A cromoscopia com azul de metileno a 1% delimitou a lesão e, a seguir, procedeu-se à cauterização com bisturi de gás argônio, na potência de 45 Joules, em uso intermitente, tracionando-se o cateter condutor, sobre as áreas demarcadas pelo corante. **RESULTADOS:** Não houve hemorragia ou perfuração; o paciente referia dor torácica persistente, 35 dias após a ablação, ventilatório-dependente e tosse aos esforços. No exame de controle

5 semanas após havia uma úlcera com tampão fibrinoso, no local atingido pelo bisturi de argônio. Não repetimos a biópsia devido ao achado inflamatório intenso e tampão fibrinoso. No exame de controle tardio, após 4 meses, apresentou mucosa de aspecto normal e na biópsia ausência de neoplasia. **CONCLUSÕES:** Vários tratamentos foram propostos para a neoplasia precoce endobrônquica: Terapia fotodinâmica, Braquiterapia, Eletrocauterio, Crioterapia e Nd-YAG laser. O uso do coagulador de plasma de argônio (APC) é menos usual e o utilizamos em nosso serviço com sucesso imediato em um paciente com carcinoma in situ. O presente relato visa discutir esta modalidade terapêutica que até pouco tempo esteve restrita ao tratamento do esfôgado de Barrett. O diferencial deste relato está tanto na raridade de neoplasia precoce em nosso meio, bem como o uso da cromoscopia com corante vital (azul de metileno) para delimitar o local da coagulação com argônio e a opção terapêutica em paciente ineligível para uma cirurgia convencional.

P.050 BRONCOSTOMIA: DA EXPERIMENTAÇÃO À PRÁTICA CIRÚRGICA, RELATO DE UM CASO

SAAD RJ*, MINAMOTO H*, DORGAN VN*, BOTTER M*, PERLINGEIRO JAG*, GONÇALVES R*, RIVABEN JH*, YASSINE HN*, LOPEZ JMA*

INSTITUIÇÃO - SANTA CASA DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: A broncostomia foi provada que é viável, de fácil execução e compatível com a vida quando realizada em cães para tratamento de um coto brônquico. O que nunca se tentou foi em seres humanos realizar o mesmo procedimento. Na prática diária nos vemos em situações não habituais que desafiam os conhecimentos até então ditados e que não são suficientes para resolver determinadas situações. Com o aprendizado adquirido do experimento realizado em cães, foi proposto a broncostomia para um doente que se apresentava em uma situação não habitual. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um doente que necessitou de broncostomia como tática cirúrgica para o tratamento de tumor traqueal próximo à carina. **RELATO:** Doente de 45 anos, masculino, apresentando tosse e dispnéia há 01 ano. Era tabagista e estava sendo tratado como asmático. Ao exame apresentava taquipnéia, dificuldade expiratória e ruído respiratório alto. Após medidas gerais não houve melhora e decidiu-se pela realização de broncoscopia que evidenciou um tumor traqueal de 2,5cm de extensão, próximo à carina e obstrutivo. Realizado a biópsia do tumor que revelou em se tratar de carcinoma adenocístico. Doente foi levado para procedimento operatório e a intubação foi realizada após traqueostomia e dilatação da área acometida. A toracotomia póstero-lateral direita fora escolhida e após exposição traqueal foi ressecado o tumor com margens de segurança que incluía a carina principal. O pulmão esquerdo manteve-se ventilando por cânula através do campo operatório. Não foi possível realizar a anastomose do brônquio fonte esquerdo (BFE) à traquéia mesmo após manobras de liberação. Procedido a anastomose entre o brônquio fonte direito e a traquéia. Tentou-se fechar o BFE, porém ocorria hipóxia incompatível com a vida quando interrompida a ventilação deste pulmão. A opção escolhida foi a broncostomia, o procedimento transcorreu sem intercorrências e de fácil execução, inclusive ventilaram o doente com um segundo respirador pela broncostomia no pós operatório imediato. Após 8 dias e compensação do quadro respiratório o doente foi reabordado por esternotomia mediana e realizado a pneumonectomia esquerda. Apresentou uma boa evolução. **CONCLUSÃO:** A broncostomia neste caso foi compatível com a vida.

P.051 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA CIRURGIA DA SEQÜELA DA TUBERCULOSE PULMONAR

SAID MM*

INSTITUIÇÃO - HOSPITAL CELSO PIERRO, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA - PUC - CAMPINAS - SP*

INTRODUÇÃO: Apesar da grande evolução no tratamento da tuberculose pulmonar os pacientes ainda apresentam seqüelas complexas nas cavidades do parênquima destruído tais como abscessos, bronquiectasias, contaminações fúngicas. São situações refratárias ao tratamento clínico e que levam à necessidade de ressecção cirúrgica da área comprometida. Pacientes com a imunidade comprometida e condições de grande espessamento pleural com síndeses pleuropulmonares intensas, tornam estas cirurgias em grandes desafios ao cirurgião. **OBJETIVOS:** Analisar as complicações das ressecções pulmonares em uma série de pacientes com seqüelas de tuberculose pulmonar refratárias ao tratamento clínico. **MÉTODOS:** No período de janeiro de 1999 até dezembro de 2006 foram analisados 40 pacientes com seqüelas complexas de tuberculose submetidos à ressecção pulmonar. A faixa etária variou de 16 até 66 anos com média de 38,6 anos. Foram 23(57,5%) do sexo masculino e 17(42,5%) do sexo feminino. As indicações para a ressecção foram: hemoptise recorrente em 6(15%), bronquiectasias em 4(10%), aspergiloma em 6(15%), infecções em 24(60%). Foram realizadas 20(50%) lobectomias, 19(47,5) pneumectomias, uma segmentectomia (2,5%). **RESULTADOS:** Não tivemos óbitos nesta série de pacientes. Em 28 pacientes (70%) não ocorreu nenhuma complicação. Nos 12 pacientes (30%) que apresentaram complicações em três(7,5%) houve broncopneumonia com boa evolução após tratamento clínico; em dois (5%) espaço pleural residual tratados com drenagem aberta prolongada que evoluíram com espessamento pleural e obliteração do espaço; um (2,5%) apresentou hemoptise por tempo prolongado sendo acompanhado com broncoscopia e tratamento clínico cessando espontaneamente; em seis (15%) ocorreu hemorragia pelo dreno sendo que em 4 (10%) foi indicada reoperação para revisão da hemostasia que foi alcançada com a colocação de compressas na cavidade as quais foram retiradas após 72 horas. Na análise comparativa do tipo de cirurgia as complicações ocorreram em 7 das 19 pneumectomias (36,8%) e em 4 das 20 lobectomias (20%). **CONCLUSÕES:** Os autores concluem que a cirurgia da seqüela da tuberculose pulmonar é complexa com alto índice de complicações (30%), sendo mais freqüentes nas pneumectomias. A hemostasia na cavidade da pneumectomia deve ser rigorosa.

P.052 ROTAÇÃO ESPONTÂNEA DE LOBO PULMONAR: RELATO DE CASO

OLIVEIRA R*, GONÇALVES JJS*, OTA LH*, LEÃO LEV*, FORTE V*

INSTITUIÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - SÃO PAULO - SP*

INTRODUÇÃO: Os autores relatam um raro caso de rotação espontânea de lobo inferior do pulmão direito provocando insuficiência ventilatória progressiva. **OBJETIVOS:** Descrever evolução e mecanismos fisiopatológicos envolvidos. **MÉTODO:** O paciente O.S.G. 35 anos, natural de Pernambuco e procedente de São Caetano, refere episódio de dor torácica súbita e dispnéia noturna há 10 anos. Desde então a dispnéia evoluiu com piora progressiva, tendo inúmeras internações, com diagnóstico de insuficiência ventilatória e asma. Ao exame físico de admissão hospitalar apresentava murmúrio vesicular abolido à direita e sem sibilos. A Espirometria pulmonar pré-operatória evidenciou padrão obstrutivo grave com componente restritivo,