

Aplicação de broncoscopia rígida para desobstrução de via aérea e de videotoroscopia para ressecção de tumor mesenquimal pulmonar

Sérgio dos Santos Santana; Rômulo Matias Furtado; Karine Damasceno de Carvalho; Petrócio Abrantes
Universidade Federal da Paraíba; Sarmento;

O presente relato de caso tem como objetivo descrever as intervenções por broncoscopia rígida e videotoroscopia realizadas no tratamento de tumor mesenquimal de pulmão direito, assim como demonstrar em vídeo as técnicas utilizadas. Trata-se de paciente do sexo feminino, de 47 anos de idade, hipertensa, nega histórico de tabagismo, com quadro de dispneia aos esforços com piora progressiva iniciada há um ano. Há seis meses associou-se também ao quadro a presença de tosse seca. Há 2 meses ocorreu piora importante, com exacerbação dos sintomas, sendo internada. Tomografia de tórax evidenciou a presença de material discretamente hipodenso reduzindo calibre do segmento distal da traqueia e obliterando o brônquio fonte direito, provocando atelectasia total do pulmão direito. Submetida a broncoscopia flexível para avaliação confirmando tumoração obliterando completamente a luz do brônquio principal direito. Foi submetida a broncoscopia rígida para exérese de tumor endobrônquico. Utilizamos broncoscópio flexível e ótica de 5mm com pinça de biópsia para auxílio durante a broncoscopia rígida, sendo realizada exérese fragmentada do tumor com pinça de biópsia. Após o procedimento a paciente evoluiu com melhora importante da dispneia aos esforços e da tosse. O histopatológico do produto da exérese da lesão demonstrou neoplasia mesenquimal de padrões fusocelular e epiteloide com estroma e vasos sanguíneos focalmente hialinizados e o estudo imuno-histoquímico apresentou aspectos morfológicos consistentes com neoplasia maligna podendo corresponder a carcinoma ou sarcoma, sendo portanto recomendado a ressecção da lesão para definição diagnóstica. Realizamos o estadiamento da paciente com tomografias de crânio e abdome sem sinais de disseminação secundária e prosseguimos ao pré-operatório da paciente para ressecção da lesão. Na abordagem cirúrgica utilizamos inicialmente um portal de 10mm em linha axilar posterior do 9º espaço intercostal com passagem de trocar e insuflação com CO₂ a 8mmHg e fluxo de 15L/min, seguido de portal de 10mm em linha axilar anterior do 8º espaço intercostal e incisão acessória em 4º espaço intercostal com afastador de partes moles. À inspeção visualizamos a presença de tumoração em lobo médio determinando hepatização deste e alçapamento de ar em lobo inferior direito. Realizamos a dissecação das estruturas vasculares e expomos completamente a carina e o brônquio intermediário e isolando-o. A complementação das fissuras oblíqua e horizontal foi realizada com grampeamento com cargas verdes, e a ligadura das estruturas vasculares com grampeamento vascular. Realizamos abertura do brônquio intermediário com lâmina fria para verificar margem livre de tumor para o grampeamento. A margem brônquica proximal foi encaminhada para biópsia de congelação, sem evidencia de malignidade. Confeccionamos portal acessório de 5mm em região dorsal no 4º espaço intercostal para reparo e tração do coto do brônquio intermediário, facilitando seu grampeamento. A peça foi retirada pelo portal acessório após sua ampliação. Atualmente seguimos aguardando o laudo anatomopatológico.

Palavras-chave: Neoplasias Pulmonares , Toracosopia , Broncoscopia , Obstrução das Vias Respiratórias



Pneumectomia direita em manga sob ECMO para ressecção robótica de carcinoma adenoide cístico com invasão da carina

Daniel Sammartino Brandão²; Flavio Brito Filho¹; Eduardo de Souza Ponzio²; Alberto Bruning Guimaraes²;

1. DFSTAR; 2. Thorax;

Paciente de 57 anos do sexo feminino, não tabagista, e com queixa de tosse e "chiado no peito" há mais de 1 ano, procurou atendimento médico devido a suspeita de pneumonia. Realizou tomografia do tórax com achado de massa no lobo superior do pulmão direito e atelectasia deste lobo, bem como obstrução subtotal do brônquio principal direito (BPD) e brônquio intermediário (BI). Foi então submetida a broncoscopia rígida de urgência para desobstrução do BPD e BI. Na ocasião foi confirmada a presença de tumor desde o terço distal da traqueia até os óstios dos lobos médio e inferior. Exame anatomopatológico confirmou tratar-se de um carcinoma adenoide cístico. PET CT mostrou doença localmente avançada T4N0. Exames de função pulmonar mostraram DLCO 95%, déficit perfusional no pulmão direito, e VO₂ máx. de 24mL/Kg/min. Desta forma, o caso foi discutido em reunião multidisciplinar e indicada uma pneumectomia direita em manga. A paciente consentiu com a proposta de tratamento e após algumas semanas foi submetida a uma pneumectomia em manga minimamente invasiva robótica sob ECMO. Foram introduzidas duas cânulas venosas percutâneas para instalação da circulação extracorpórea- ECMO veno-venosa, sendo uma na veia cava inferior para drenagem, e outra na veia cava superior para retorno. Após verificação de um bom funcionamento do sistema de ECMO, a paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo, foram introduzidos os 4 trocateres de 8mm do robô Da Vinci Xi ao longo do sétimo espaço intercostal direito (3 trocateres posteriores) e sexto espaço intercostal direito (1 trocater anterior), bem como adicionado um trocater acessório de 12mm no décimo espaço intercostal. Havia presença de aderências entre o lobo superior direito e a pleura mediastinal, bem como chamou atenção a disseminação da neoplasia pelo nervo vago e seus ramos para o plexo pulmonar e esofágico, confirmada pela biópsia de congelação. Foi realizada então uma ressecção ampla e em bloco desses nervos junto ao esôfago e parede torácica, seguida de linfadenectomia radical mediastinal e ligadura das veias pulmonares a direita e da artéria pulmonar direita. A seguir a ventilação para o pulmão esquerdo foi totalmente interrompida e, com a paciente exclusivamente em ECMO, foi feita a secção da traqueia em seu terço distal, cerca de 3cm acima da Carina, bem como do brônquio principal esquerdo, cerca de 1cm distal a Carina. Após extração da peça pela incisão acessória ampliada, e confirmação de margens livres na peça, foi feita reconstrução da via aérea com anastomose término-terminal entre a traqueia e o brônquio principal esquerdo com uso de fios PDS 3-0 e V-Lock 3-0. A anastomose foi testada e não apresentava vazamento de ar. Foi então feita aplicação de cola de fibrina, drenagem pleural e fechamento dos acessos. O procedimento teve duração de 5h e 45', tendo a paciente permanecido em ECMO por cerca de 8h. Paciente foi extubada em sala após desmame da ECMO, evoluiu sem intercorrências maiores e recebeu alta hospitalar sexto dia de pós-operatório.

Palavras-chave: carinectomia , pneumectomia , ECMO , robótica , cancer de pulmão



Pneumotórax secundário à tuberculose pulmonar complicado com fístula área e encarceramento pulmonar tratado por videotoracoscopia

Antero Gomes Neto¹; Larissa Cavalcante Amora¹; Gustavo Moreira Siqueira²; Lígia de Moraes Oliveira¹; Helena Rebonato Delazari³; Nathalia Souza e Silva Zacarias¹; George Cavalcante Dantas¹; 1. Hospital do Coração de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart; 2. Universidade Estadual do Ceará; 3. Universidade Federal do Ceará;

OBJETIVO O combate à tuberculose (TB) continua como embate na saúde pública mundial, sendo a segunda doença infecciosa que mais mata. Em 2022, cerca de 6 mil pessoas morreram devido complicações da TB, sendo as mais graves Insuficiência Respiratória, Pneumotórax e Hemorragias. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso do jovem internado em estado grave devido complicações da TB. RELATO DE CASO Masculino, 18 anos, com diagnóstico de TB pulmonar em novembro de 2023, realizou tratamento completo. Evoluiu com dor torácica e dispneia súbita em 04/05/24, buscou o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart e foi admitido no eixo vermelho com saturação de 60% em ar ambiente e frequência respiratória de 40 IRPM, logo foi ofertado Oxigênio (O₂) suplementar por meio de cateter nasal. Em radiografia, foi identificado pneumotórax à direita, prosseguida de drenagem pleural em selo d'água. Em exame de controle, não houve expansão pulmonar, complementando investigação com Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax, que evidenciou pneumotórax à direita, assim como múltiplas bandas fibróticas sequelares bilaterais e bronquiectasias císticas cilíndricas bilaterais. Em 06/05, evoluiu com taquipneia (FR 40 IRPM) e uso de musculatura acessória. Desse modo, foi realizada Intubação Orotraqueal (IOT) e encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva Respiratória (UTIR). Devido à reserva pulmonar limítrofe com risco de dificuldade no desmame de Ventilação Mecânica (VM), foi decidido manter conduta conservadora. Manteve sem expansão pulmonar e com permanência do escape aéreo mesmo com a presença do dreno de tórax corretamente posicionado, decidido, então, aposição de novo dreno em contexto de piora clínica, que foi colocado em aspiração, mas sem melhora clínica e radiográfica. Diante disso, observando-se os fatores biopsicossociais envolvidos, assim como os riscos e os benefícios ao paciente, foi decidida pela abordagem cirúrgica, realizada em 27/05/24. O procedimento cirúrgico foi feito por videotoracoscopia (incisão de trabalho em 5o espaço intercostal), sendo identificada moderada quantidade de fibrina e aderências firmes pleuropulmonares, nas regiões costal e mediastinal, que foram laboriosamente liberadas, seguidas de liberação da membrana fibrosa que recobria o lobo médio e inferior (descorticação), que expandiram completamente com a ventilação pulmonar. Feitas, também, bulectomias e segmentectomias não-anatômicas de áreas de tecidos fibrosos e hepatizados do lobo superior, utilizando cargas azuis de 60 mm e rafia com vycril3.0 para aerostasia de locais com fístula área em lobo superior. No pós-operatório, o paciente evoluiu com melhora clínica progressiva do desconforto respiratório e foi desmamado da oxigenioterapia. Em radiografia de controle (14/06), mostrou reexpansão quase completa dos lobos médio e inferior e o paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. Desse modo, pode-se inferir que pacientes com TB pulmonar podem evoluir com complicações, como o desenvolvimento de bronquiectasia, insuficiência respiratória crônica ou pneumotórax secundário, como no caso, sendo a equipe multidisciplinar especializada essencial para o seu manejo.

Palavras-chave: Tuberculose , Pneumotórax , Fístula aérea , Videotoracoscopia



Timectomia subxifoidea com ressecção de timoma usando plataforma robótica

Rafael de Lima Silva¹; Samuel Roque Alves¹; Isabele Alves Chirichela¹; Fabio Eiti Nishibe Minamoto³; Ricardo Mingarini Terra²;
1. HCFMUSP; 2. Hospital Israelita Albert Einstein e Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - HCFMUSP; 3. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - HCFMUSP;

Objetivo: apresentar um caso (vídeo) de Timectomia subxifoidea com ressecção de timoma RATS, esse acesso possibilita melhor visualização bilateral do nervo frênico e outras estruturas torácicas bilateral. Relato de caso: Paciente feminina, 69 anos, descobriu massa mediastinal em 2023 em exames de pré-operatório para correção de hérnia inguinal. Encontrava-se assintomática. Tc de tórax demonstrava: Lesão expansiva heterogênea, hipervascularizada no mediastino anterior paramediano à direita medindo 6,3 x 4,8 cm, em contato com a aurícula direita e o parênquima pulmonar do lobo médio, com atelectasias adjacentes. No mediastino adjacente à lesão observava-se exuberante circulação colateral. Devido ao tamanho da lesão optou-se pela realização de biópsia percutânea guiada por tomografia, a qual confirmou timoma AB. Diante dos achados foi optado pela realização de timectomia subxifoidea com ressecção da lesão por acesso subxifoide usando a plataforma robótica Da Vinci Si. O procedimento foi realizado sob anestesia geral com intubação seletiva, paciente em decúbito dorsal horizontal com coxim subescapular. A cirurgia foi iniciada com incisão mediana de 4 cm abaixo na região do processo xifóide com dissecação digital do mediastino até confecção de um portal de 12 mm em 8º EIC na linha hemiclavicular direita para introdução de ótica 30º. Realizado na sequência liberação do mediastino e abertura das pleuras bilaterais com auxílio de pinça de energia bipolar Ligasure® maryland. Confecção dos demais portais de 10mm a direita LAA, e a esquerda na LHC e LAA no mesmo 8ºEIC. Foram usados um cardiere e pinça maryland. Realizado rafia de incisão subxifoidea mantendo acesso para portal de 12mm e introdução da ótica e usado trocater da LHC direita para o auxiliar. Foi utilizado 2 insufladores de gás para manter pressão adequada na cavidade torácica.. Dado, então, sequência a abertura do mediastino e visualização dos nervos frênicos bilateralmente e timoma que localizava-se completamente em hemitórax direito sem sinais de invasão. Iniciado timectomia pelo lado esquerdo, seguida do lado direito com ligadura de veias tímicas usando fio de algodão 3.0. Prosseguiu-se então pela ressecção do timoma sem intercorrências. Revisão da hemostasia e retirada da peça por incisão subxifóidea. Alocado dreno único por incisão usada pelo auxiliar. Paciente encaminhada à enfermaria, evoluindo bem, retirado dreno e alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório. Anatomopatológico final Timoma tipo AB estadiamento pT1apN0 e classificação Masaoka I.

Palavras-chave: Timectomia , RATS , Timoma , Timectomia Subxifoidea



Traqueoplastia mediastinal por vídeotoracoscopia

Davi Sartório Cypriano¹; Gustavo Moreira Siqueira²; Nathalia Souza e Silva Zacarias¹; Paulo André Pereira Lobo¹; Rafael Fernandes Viana de Araújo¹; Francisco Matheus Tavares Fernandes Vieira¹; Israel Lopes de Medeiros¹;
1. Hospital do Coração de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart; 2. Universidade Estadual do Ceará;

OBJETIVO A estenose traqueal consiste em um estreitamento da traqueia, órgão tubular e cartilaginoso que compõe o sistema respiratório. Tal condição é reconhecida como a complicação de longo prazo mais comum após a intubação orotraqueal. Uma das suas causas mais comum é a hiperinsuflação dos balonetes endotraqueais acima de 20 a 25 mmHg, causando necrose isquêmica da mucosa e, por fim, estenose. Ademais, períodos prolongados de intubação expõem o indivíduo a fatores que causam lesões traqueais, que também podem evoluir com tal complicação. Esse evento é considerado raro em serviços especializados, porém, em locais em que não há adequado manejo do dispositivo orotraqueal, isso pode se tornar algo recorrente. O processo inflamatório dessas lesões culmina com processo de cicatrização e estenose local, obstruindo vias aéreas e causando insuficiência respiratória. Seu tratamento se baseia, principalmente, em casos cabíveis, na ressecção da cicatriz/estenose e realização da traqueoplastia. Na maioria das vezes, a estenose se situa em região proximal da traqueia e este procedimento é realizado por via de cervicotomia. No entanto, na minoria dos casos, essa estenose pode ser gerada na parte distal da traqueia, tornando a sua abordagem torácica a melhor via. Desse modo, o objetivo do presente estudo é relatar um caso de estenose traqueal em região distal da via aérea submetido a traqueoplastia por vídeotoracoscopia sem o auxílio do ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorpórea). **RELATO DE CASO** Sexo feminino, 34 anos, buscou atendimento no serviço de cirurgia torácica do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart em junho de 2023 em virtude de desconforto respiratório importante associado a estridor iniciados em janeiro. Paciente possuía história de Intubação Orotraqueal (IOT) no contexto de uma crise tireotóxica no fim do ano de 2022. Em nosso serviço, sob investigação diagnóstica, em junho de 2023, realizou exame de broncoscopia, que evidenciou estenose traqueal distal cicatricial madura, distando aproximadamente 9 cm das pregas vocais e 1,5 cm da carina principal, que ocluía cerca de 75% da luz, justificando o estridor e a dispneia iniciados cerca de 3 meses após o episódio de IOT. Nessa ocasião, realizou-se exame tomográfico, que demonstrou estenose com cerca de 2cm de extensão, sem outras alterações significativas. A cirurgia prevista e proposta para esse caso foi uma vídeotoracoscopia a direita com traqueoplastia mediastinal, a qual foi realizada, sem intercorrências, em julho de 2023. Em nova broncoscopia de pós-operatório, realizada em dezembro de 2023, foi possível identificar o sucesso do procedimento cirúrgico, o que garantiu a melhora completa dos sintomas da paciente. Assim, concluímos que através de um bom planejamento cirúrgico, a estenose traqueal intratorácica por sim ser tratada por vídeotoracoscopia sem a necessidade de ECMO. Apesar de literaturas atuais influenciarem o seu uso⁴, tal procedimento, pode ser sim feito sem a membrana, como visto em nosso relato, evitando assim complicações geradas pela invasão do aparelho, como hemorragias, infecção, complicações vasculares e problemas mecânicos associados ao dispositivo.

Palavras-chave: Estenose Traqueal , Traqueoplastia , Vídeotoracoscopia , ECMO

