

## RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 1

### **Abordagem de carcinoma apócrino do tórax com toracectomia e linfadenectomia axilar: Relato de caso**

*Bruno Andrade Horta<sup>1</sup>; Marina Barela Braga de Oliveira<sup>2</sup>; Guilherme Brasil Lanza de Mello<sup>1</sup>; Ana Karen Alves<sup>1</sup>; Eduardo Barreto Rosa<sup>1</sup>; Gustavo Santana Esperidião<sup>1</sup>; Diana Neves Ladeira<sup>1</sup>; 1. Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais; 2. Hospital Mater Dei;*

Introdução: O carcinoma apócrino é um subtipo dos tumores apócrinos que, junto com as neoplasias pilosebáceas e écrinos, constituem o grupo de tumores anexiais da pele. Originam-se de um ou mais dos diferentes tipos de epitélio anexial da pele e podem ser benignos ou malignos. Seu diagnóstico e a diferenciação dependem da avaliação histológica, frequentemente classificados com base no componente morfológico predominante. Objetivo: Discorrer e realizar uma breve revisão na literatura sobre o Carcinoma Apócrino, a partir de relato de paciente acometido por carcinoma apócrino invasivo axilar, que foi submetido a tratamento cirúrgico por toracectomia. Relato de Caso: Paciente masculino, 88 anos, apresentava lesão nodular sólida em axila direita, indolor, com 3 meses de evolução, adjacente a pele, medindo 43x64 mm, com contornos lobulados e realce heterogêneo por contraste endovenoso à Tomografia Computadorizada. Realizada biópsia por punção da lesão, a qual evidenciou neoplasia anexial cutânea, com imuno-histoquímica sugestiva de carcinoma com diferenciação apócrina. Tomografia Computadorizada de Abdome e Cintilografia Óssea de estadiamento não apresentaram indício de lesões secundárias. Paciente foi então submetido à Toracectomia e Linfadenectomia Axilar. Anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou carcinoma invasivo apócrino com invasão perineural e angiolinfática, com margens livres sendo a anterior exígua (pele), e 15 linfonodos, todos negativos para metástases. Encaminhado para setor de Oncologia para seguimento. Discussão: Os tumores apócrinos são raros e ocorrem principalmente na região axilar, onde há maior concentração dessas glândulas. Diagnosticá-los é desafiador devido à raridade e semelhança clínica com outros tipos de tumores anexiais cutâneos. A biópsia é fundamental para o diagnóstico, preferencialmente excisional ou por punção, com análise imuno-histoquímica desempenhando papel crucial. Para carcinomas apócrinos primários, as evidências para o manejo são limitadas, sendo a excisão local ampla com margens, geralmente de 1-2 cm, o tratamento padrão, embora a largura ideal dessas margens não esteja bem estabelecida devido à escassez de estudos clínicos robustos. A radioterapia é considerada para pacientes não candidatos à cirurgia ou com margens cirúrgicas comprometidas, e a quimioterapia é uma opção para casos de doença metastática, sendo o esquema de tratamento individualizado. A recidiva local é uma preocupação significativa devido à agressividade local desses tumores. O preditor mais importante de sobrevivência é o estado dos linfonodos, com sobrevida média de 33 meses em pacientes com linfonodos positivos, em comparação com 55 meses se negativos. Conclusão: O carcinoma apócrino é um tumor raro, de diagnóstico desafiador, em geral localmente agressivo, com potencial de acometimento nodal e à distância, e evolução clínica reservada. Portanto, um diagnóstico adequado é essencial, para fins terapêuticos e prognósticos. Devido sua raridade, ainda são escassas as evidências quanto ao manejo ideal, sendo a excisão com margens adequadas amplamente aceita como a abordagem padrão para casos sem evidência de doença metastática.

Palavras-chave: Toracectomia , Carcinoma apócrino , Tumores anexiais



**RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 2**

**ABORDAGEM DO TRAUMA TORÁCICO COMPLEXO POR ACIDENTE COM ANIMAL PECUÁRIO.**

*Ryan Nogueira Lima<sup>3</sup>; Humberto Fernandes Veloso Neto<sup>5</sup>; Thiago Praça Brasil<sup>1</sup>; Antônia Fátima Rebecka Coutinho Brito<sup>2</sup>; Maristela Beatriz Falcão Silva<sup>7</sup>; Bruno Praça Brasil<sup>4</sup>; Rackell Ramos Everton Costa<sup>6</sup>; 1. ; 2. Centro Universitário INTA; 3. Hospital de Urgências de Teresina; 4. Hospital Geral Doutor Cesar Cals; 5. Hospital Universitário do Piauí; 6. Universidade estadual do Maranhão; 7. Universidade Estadual do Maranhão;*

**OBJETIVO:** O presente relato tem como objetivo descrever uma abordagem cirúrgica inovadora para o manejo de uma lesão torácica complexa decorrente de uma perfuração com chifre bovino, destacando a adaptação de técnicas em um contexto de recursos limitados. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo masculino, 59 anos, foi admitido em um hospital com serviço de emergência, com disponibilidade da cirurgia torácica, após ser vítima de uma perfuração com chifre de boi em tórax superior a direita. A lesão resultou em fraturas da segunda à nona costela e laceração do lobo superior direito, associada a trauma vascular da veia subclávia direita. A equipe de cirurgia torácica foi acionada de imediato, para avaliação do quadro, sendo optado por abordagem cirúrgica. Pela indisponibilidade de placas e parafusos para correção cirúrgica das fraturas de costelas e laceração da veia subclávia direita, foi decidido pela incisão vertical, sendo realizado alinhamento intercostal com sutura utilizando o fio Vicryl. Além disso, o acesso vertical, facilitou a abordagem da laceração da veia subclávia e permitiu a pneumorrafia do lobo superior direito, com sucesso. Após o procedimento, apesar das adversidades encontradas por um serviço de emergência em localidade extrema, sem a infraestrutura e recursos necessários, foi visto um sucesso na técnica utilizada para abordar o trauma torácico complexo no pós-operatório deste paciente em questão. Ainda, isto demonstrou como a adaptação das técnicas, por vezes sem utilizar a abordagem tradicional, pode interferir no sucesso de um procedimento para correção do quadro inicial. Ainda, vale ressaltar que a experiência do cirurgião sobre utilização da técnica escolhida é válida para o sucesso do procedimento e manejo do trauma torácico.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões , Traumatismos Torácicos , Lesões Acidentais



### RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 3

#### **Abordagens Cirúrgicas no Tratamento de Aneurismas da Aorta Abdominal: Uma Revisão de Literatura**

*Cintia Lima Carneiro; Catarina Vieira de Almeida Figueredo; Cristian Rocha Hidalgo; Deyse Rodrigues de Mesquita; Esdras Costa; Alberto Ponte; Jackson Costa; Centro Universitário INTA - UNINTA;*

**Objetivo:** Analisar as diferentes técnicas cirúrgicas aplicadas no tratamento de aneurismas na aorta abdominal, realçando os progressos tecnológicos, suas vantagens e desvantagens, além dos parâmetros considerados na escolha do procedimento cirúrgico mais apropriado. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de literatura com a seleção de 30 estudos para garantir a integração das melhores evidências disponíveis. Os dados foram coletados de fontes eletrônicas como PubMed, SciELO e Scopus, priorizando pesquisas originais, revisões sistemáticas e meta-análises publicadas entre 2019 e 2024. Foram incluídos artigos que abordassem o tratamento de aneurismas da aorta abdominal (AAA) por meio de técnicas cirúrgicas válidas, excluindo-se artigos irrelevantes e resumos que não tratavam diretamente das técnicas cirúrgicas para AAA. A estratégia de coleta de dados incluiu os descritores "Aneurisma de Aorta Abdominal", "Tratamento Cirúrgico", "Reparo Endovascular", "Cirurgia Aberta" e "Reparo de Aneurisma Aórtico", utilizando filtros para limitar os resultados aos últimos cinco anos e a artigos em inglês e português. Os dados foram extraídos de forma padronizada, abrangendo a categoria do estudo (original, revisão, meta-análise), ano de publicação, descrição das técnicas cirúrgicas, e os resultados e conclusões dos estudos. **Resultado:** A revisão de literatura analisou duas técnicas principais para o tratamento de aneurismas da aorta abdominal (AAA): a reparação endovascular (EVAR) e a cirurgia aberta. A EVAR, conforme 17 estudos, está associada a menores taxas de mortalidade perioperatória, especialmente em pacientes de alto risco. Por outro lado, 13 estudos indicam que a cirurgia aberta, apesar de mais invasiva, é uma opção viável para pacientes com anatomias inadequadas para EVAR, proporcionando reparação definitiva do aneurisma e menor incidência de complicações tardias como os endoleaks. Avanços tecnológicos recentes têm melhorado os desfechos cirúrgicos em ambas as técnicas. Na EVAR, progressos em instrumentos de navegação e técnicas de imagem aumentaram a precisão e segurança dos procedimentos, enquanto na cirurgia aberta, novas técnicas de sutura e materiais protéticos mais duráveis têm melhorado os resultados a longo prazo. **Conclusão:** A avaliação das técnicas cirúrgicas para tratar aneurismas da aorta abdominal (AAA) ressalta que tanto a reparação endovascular (EVAR) quanto a cirurgia aberta possuem suas próprias vantagens e desvantagens. A EVAR é menos invasiva, com recuperação mais rápida e menor mortalidade durante o período perioperatório, porém requer acompanhamento de longo prazo devido ao risco de endoleaks. Por outro lado, a cirurgia aberta oferece uma correção mais duradoura e é viável para uma variedade maior de anatomias, apesar de ser mais invasiva e associada a uma morbidade perioperatória mais elevada. A decisão sobre o método a adotar deve ser personalizada, levando em consideração a anatomia do aneurisma e o estado de saúde do paciente. Avanços tecnológicos em ambas as abordagens têm contribuído significativamente para melhorar os resultados dos tratamentos.

**Palavras-chave:** Aneurisma de Aorta Abdominal , Tratamento Cirúrgico , Reparo Endovascular , Cirurgia Aberta , Reparo de Aneurisma Aórtico



**RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 4**

**ACESSO DE JANELA PERICÁRDICA PELO TRIÂNGULO DE SEGURANÇA DE TORACOSTOMIA**

*Vinicius Pereira Uchoa; Bruna de Oliveira Montes do Rosário; Douglas da Costa Siqueira; Raphael de Matos Lima; Vitória Maria Morais Santos; Layza Hellen Fernandes Menezes; Bruno Mileno Magalhães de Carvalho;*

*Universidade Federal do Maranhão - campus Pinheiro;*

**OBJETIVO** Apresentar um novo acesso para a pericardiocentese, através da incisão do dreno torácico, para tratamento de um volumoso derrame pericárdico lateral à esquerda. **RELATO DE CASO** Paciente L.S.S, 58 anos, com mieloma múltiplo na medula óssea sem invasão venosa, linfática ou com tumor residual, é admitido ao serviço de saúde por intercorrência com desconforto respiratório, sendo necessária internação. Na anamnese de admissão, nega comorbidades como hipertensão e diabetes. Na solicitação de exame de imagem, foi identificado um derrame pleural volumoso à esquerda e discreto à direita, determinando atelectasia compressiva do parênquima pulmonar adjacente; bem como volume pericárdico abundante. Foi realizada drenagem torácica, com paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral. Após assepsia e antisepsia, foi feita incisão em triângulo de segurança de hemotórax esquerdo, seguida de diérese por planos até espaço pleural com saída de líquido citrino e subsequente exploração digital, pela qual foi possível sentir o pericárdio. Dessa maneira, dada a importante cardiomegalia e a topografia do coração, houve predileção pelo método de janela pericárdica pelo triângulo de segurança, em detrimento da técnica subxifoide, mais comumente utilizada. Nesta, é feito um acesso para a janela subxifoidea por meio de uma incisão de 5 a 10 cm de extensão sobre o apêndice xifoide, estendendo-se por cerca de 4 cm abaixo deste; realiza-se dissecação contínua até a linha alba, a qual é seccionada, mantendo o peritônio intacto; o processo xifoide deve ser removido ou tracionado, prosseguindo-se com dissecação romba para cima, na direção do ombro esquerdo; a gordura pericárdica é identificada e deslocada do pericárdio, e, em seguida, realiza-se a pericardiocentese sob visão direta. Optou-se, no entanto, por realizar a janela pericárdica através da incisão do dreno torácico, uma vez que, nesse caso, essa alternativa tornou-se superior às técnicas tradicionais. O procedimento sucedeu sem pneumotórax ou posteriores complicações, apresentando boa resolução, com alta do paciente do serviço de saúde.

**Palavras-chave:** Derrame pleural , Pericardiocentese , Toracostomia



**RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 5**

**ACOMETIMENTO MULTISEGMENTAR POR FERIMENTO POR ARMA DE FOGO NO TÓRAX**

*Ryan Nogueira Lima<sup>3</sup>; Humberto Fernandes Veloso Neto<sup>5</sup>; Thiago Praça Brasil<sup>1</sup>; Antônia Fátima Rebecka Coutinho Brito<sup>2</sup>; Maristela Beatriz Falcão Silva<sup>7</sup>; Bruno Praça Brasil<sup>4</sup>; Rackell Ramos Everton Costa<sup>6</sup>; 1. ; 2. Centro Universitário INTA; 3. Hospital de Urgências de Teresina; 4. Hospital Geral Doutor Cesar Cals; 5. Hospital Universitário do Piauí; 6. Universidade estadual do Maranhão; 7. Universidade Estadual do Maranhão;*

**OBJETIVO:** Este relato de caso tem como objetivo descrever um raro ferimento por arma de fogo em tórax que resultou em lesões de múltiplos segmentos pulmonares, destacando a dificuldade técnica que ainda é enfrentada durante a cirurgia de correção. **RELATO DE CASO:** Um paciente masculino de 21 anos de idade deu entrada no pronto-socorro de uma unidade de urgência, com aporte cirúrgico, com ferimento por arma de fogo transfixante do mediastino, com entrada em tórax direito e orifício de saída a esquerda. Apresentava na entrada hemotórax maciço observado no reservatório do dreno de tórax e choque hipovolêmico. Foi imediatamente submetido a toracotomia direita, revelando lesões nos lobos inferior e superior, nos segmentos 6 e 3, além de sangramento de vasos intercostais e da parede torácica. Devido à falta de tubo orotraqueal seletivo, a correção foi realizada por meio de pneumorrafia com pulmão insuflado, associada à drenagem da cavidade pleural. Este caso exemplifica um cenário desafiador de trauma torácico, no qual o paciente apresentou lesões em múltiplos segmentos pulmonares e transfixação do mediastino, o que é relativamente incomum. Além disso, a falta de um tubo orotraqueal seletivo no serviço limitou as opções de manejo intraoperatório, levando à necessidade de uma abordagem alternativa com pneumorrafia com pulmão insuflado. Essa técnica, embora tenha sido eficaz neste caso, apresenta dificuldades em sua execução e não é a técnica de eleição para o emprego nesta situação devido à sua complexidade, sendo preferível a ventilação monopulmonar com tubo seletivo. Apesar disso, o paciente evoluiu clinicamente estável no pós-operatório, sem reincidência das lesões.

**Palavras-chave:** Ferimentos e Lesões , Traumatismos Torácicos , Violência com Arma de Fogo , Multilobar



**RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 6**

**ANÁLISE COMPARATIVA DO NÚMERO DE ÓBITOS E DA TAXA DE MORTALIDADE RELACIONADOS À VIDEOTORACOSCOPIA E À TORACOTOMIA EXPLORADORA NO BRASIL: UMA ABORDAGEM DOS ÚLTIMOS 12 ANOS**

*Guilherme Matos da Penha; José Fernando Clarindo Muniz; João Lucas Nobre da Silva; Sabrina de Castro Sales; Lucas Eduardo Pinho Barcelos; Lierlly Leitão de Oliveira; Universidade Estadual do Ceará;*

**OBJETIVOS:** Analisar, de modo comparativo, o número de óbitos e a taxa de mortalidade para a videotoracoscopia (VATS) e a toracotomia exploradora TE no Brasil, de 2012 a 2023. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo analítico, baseado em dados secundários da plataforma "TabNet", disponibilizada pelo DATASUS. Nesse sentido, acessou-se o eixo "Assistência à Saúde", selecionando-se o tópico "Produção Hospitalar (SIH/SUS)". A seguir, foi selecionado o subtópico "Dados Consolidados AIH (RD), por local de internação, a partir de 2008", escolhendo-se "Brasil por Região e Unidade da Federação" como área de abrangência geográfica. Ademais, selecionou-se o conteúdo "Óbitos"; o período "2012-2023"; os procedimentos "Videotoracoscopia e Toracotomia Exploradora". Por fim, selecionou-se o conteúdo "Taxa de Mortalidade"; o período "2012-2023"; os procedimentos "Videotoracoscopia e Toracotomia Exploradora", obtendo-se os dados deste trabalho. **RESULTADOS:** No período de 2012 a 2023, o total de óbitos por VATS foi de 530 e por TE foi de 4.608. Verificou-se, ainda, uma taxa média de mortalidade de 4,63 para os casos de VATS e de 18,61 para os de TE. Ao analisar em triênios, percebeu-se que a taxa de mortalidade para a TE aumentou 8,4% no período de 2012-2014, diferentemente da taxa para a VATS que reduziu 35,7% nesse triênio. No último triênio, 2021-2023, observou-se um aumento de 5,4% na taxa de mortalidade nos casos de VATS, enquanto que houve uma redução de 6,8% para a TE. Ainda assim, a taxa média de mortalidade para VATS, em todo o período analisado (2012-2023), representou apenas 24,8% do valor referente aos casos de TE. Ao analisar por regiões do Brasil, no período de 2012-2023, nota-se que a região Norte representou apenas 1,1% do total de óbitos ocasionados pelos procedimentos de VATS, mas apresentou uma taxa de mortalidade de 7,5, cerca de 25% maior que a taxa de mortalidade para a região Sul, a qual apresentou, por exemplo, o maior número de óbitos. Quanto aos procedimentos de TE, a região Sudeste superou as demais regiões em números de óbitos com 2.131 mortes, seguida pela região Sul com um total de 971 óbitos. Apesar de um número expressivamente menor de óbitos, a taxa de mortalidade na região Sul foi de 20,87, a mesma taxa apresentada pela região Sudeste. **CONCLUSÃO:** A VATS apresentou taxas de mortalidade inferiores às taxas de mortalidade para a TE no Brasil. Houve recortes temporais que a taxa de mortalidade para VATS sofreu variações percentuais positivas e a toracotomia sofreu variações negativas, mas a taxa para VATS, mesmo assim, permaneceu inferior à taxa para TE. Portanto, de modo geral, a VATS, quando comparada à TE, apresenta-se como uma técnica promissora para estabelecer menores taxas de mortalidade em procedimentos cirúrgicos no tórax. Por fim, as díspares taxas de mortalidade para VATS em certas regiões do país, evidenciam a necessidade de mais estudos a respeito da repercussão regional dessa técnica, com o fito de, possivelmente, concretizar, de modo eficaz, a realização desta pelo país.

Palavras-chave: Videotoracoscopia , Toracotomia Exploradora , Taxa de Mortalidade , Óbitos , Comparação



**RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 7**

**Análise comparativa entre a taxa de mortalidade e os custos hospitalares por internação por neoplasia maligna de esôfago nas regiões brasileiras de 2019 a 2023**

Mariana Caldas Borges; Alisson Lustosa Escóssio; Cecília Bessa Maia; Gabriela Braga Neiva; Laís Saraiva Cruz; Marina Gondim Aragão; Renan Araújo Holanda;  
Universidade Federal do Ceará;

Objetivo: Analisar comparativamente a taxa de mortalidade e os custos hospitalares totais dos pacientes internados por neoplasia maligna de esôfago, nas regiões do Brasil, no período de 2019 a 2023. Método: Estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, realizado a partir de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). As seguintes variáveis foram avaliadas: as internações hospitalares, o valor médio por internação e a taxa de mortalidade por ano, tendo como causa a neoplasia maligna de esôfago. Resultados: Durante o período analisado, ocorreram um total de 86.865 internações em todo o país por neoplasia maligna de esôfago. A quantidade de internações por região, em ordem decrescente, foi de 39.070 no Sudeste, 24.306 no Sul, 15.496 no Nordeste, 5.494 no Centro-Oeste e 2.499 no Norte. O gasto médio por paciente internado, em ordem decrescente de acordo com o valor de cada região, foi de R\$1.794,77 no Sul, R\$1.667,42 no Centro-Oeste, R\$1.652,23 no Sudeste, R\$1.577,07 no Nordeste e R\$1.426,56 no Norte. A média nacional de custo por internação foi de R\$1.672,91, valor maior do que os valores médios gastos em todas as regiões brasileiras, menos no Sul. A taxa de mortalidade para a neoplasia maligna de esôfago em cada uma das regiões, em ordem decrescente, foi de 17,72% no Norte, 17,64% no Sudeste, 16,97% no Centro-Oeste, 16,25% no Nordeste e 13,08% no Sul. Conclusões: No que se trata do número total de pacientes internados, as regiões Sudeste e Sul lideram com maiores números de internações, enquanto as regiões Centro-Oeste e Norte possuem os menores números de internações. Pode-se observar que a região Sul, que gasta a maior quantidade de dinheiro por paciente internado por neoplasia maligna de esôfago, possui uma taxa de mortalidade significativamente menor do que as demais regiões. Por outro lado, o Norte, que possui o menor custo médio por internação, representa a região com maior taxa de mortalidade por neoplasia maligna de esôfago. É de extrema importância a análise dessa correlação e a investigação dos fatores que podem estar causando essa heterogeneidade entre as regiões brasileiras.

Palavras-chave: Epidemiologia , Taxa de mortalidade , Custos hospitalares , Neoplasia maligna de esôfago



**RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 8**

***Análise da morbidade hospitalar por neoplasia maligna do esôfago no SUS de 2019 a 2023***

*Mariana Caldas Borges; Leonardo Guimarães Sampaio; Marina Gondim Aragão; Cecília Bessa Maia; Alisson Lustosa Escóssio; Breno Ivison Araújo Cavalcante; Renan Araújo Holanda; Universidade Federal do Ceará;*

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico das internações por neoplasia maligna do esôfago no Brasil, no período de 2019 a 2023. Método: Estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, realizado a partir de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Foram avaliadas as internações hospitalares, a média de permanência, o valor médio por internação e a taxa de mortalidade por ano, tendo como causa a neoplasia maligna de esôfago. Resultados: A média de internações no período foi de 17.373 ao ano, tendo o maior valor em 2019 (18.928) e o menor em 2023 (16.326). A média de permanência geral foi de 6,04 dias, com máxima em 2019 (6,5) e mínima em 2020 (5,7). O custo médio por internação no período foi de R\$1.672,91, tendo aumentado progressivamente de R\$1.610,81 em 2019 para R\$1.755,51 em 2023 (aumento de 9,6%). A taxa de mortalidade média do período foi de 16,06, tendo atingido o mínimo em 2020 (14,93) e o máximo em 2022 (16,72). Conclusões: Percebe-se uma diminuição no número de internações e na média permanência, com aumento do custo médio por internação e da taxa de mortalidade média. É imprescindível promover o debate acerca das possíveis causas subjacentes às correlações observadas nos dados, considerando variáveis socioeconômicas e avanços na infraestrutura de suporte hospitalar. Esse exercício tem o intuito de identificar áreas de aprimoramento na assistência e otimizar a utilização dos recursos hospitalares.

Palavras-chave: Epidemiologia , Morbidade hospitalar , Neoplasia maligna de esôfago



**Análise da Mortalidade por Pneumotórax no SUS no período de 2012 a 2022**

Bianca Araújo Fernandes Veras<sup>2</sup>; Kayron Ayslan de Abreu Lacerda<sup>2</sup>; Larissa Furtado Abrantes<sup>2</sup>; Francisco Sérgio da Silva Sousa<sup>2</sup>; Rafaelle Cavalcante de Lira<sup>2</sup>; Iamany Lopes Garcia<sup>3</sup>; Hugo de Amorim Oliveira<sup>1</sup>; 1. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Natal/RN; 2. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); 3. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN);

OBJETIVO: Caracterizar o perfil da mortalidade por pneumotórax no Sistema Público de Saúde no período de 2012 a 2022. MÉTODOS: Estudo ecológico temporal com abordagem quantitativa, realizado em junho de 2024, com dados obtidos do DATASUS, no ramo Estatísticas Vitais, acessando os registros de mortalidade pelo CID-10, especificamente sobre óbitos por pneumotórax. As variáveis selecionadas foram região, unidades da federação, capital, ano do óbito, local da ocorrência, faixa etária, sexo, escolaridade e cor/raça. RESULTADOS: A amostra totalizou 2.688 óbitos. A região Sudeste registrou 51,8% dos óbitos, seguida pelo Nordeste (22,5%), Sul (13,2%), Norte (6,3%) e Centro-Oeste (6,1%). Os estados com maior número de óbitos foram São Paulo (726), Rio de Janeiro (337), Minas Gerais (301), Bahia (144) e Paraná (143). As capitais com mais registros foram São Paulo (157), Rio de Janeiro (155), Recife (36), Fortaleza (31) e Salvador (30). O ano com mais óbitos foi 2022 (398 registros), seguido por 2021 (330 registros); 2012 (186 registros) e 2013 (187 registros) foram os anos com menos óbitos. Em relação ao local de ocorrência, 91,48% dos óbitos ocorreram em hospitais, seguido por outros estabelecimentos de saúde (4,76%), domicílios (2,72%), outros locais (0,56%) e via pública (0,45%). A faixa etária mais prevalente foi a de 80 anos ou mais, com 29,7% dos óbitos, seguida por 70 a 79 (23,3%), 60 a 69 (15,9%), 50 a 59 (10,4%), 40 a 49 (6,2%), menores de 1 ano (3,8%), 30 a 39 (3,5%), 20 a 29 (2,3%), 1 a 4 anos (2,0%), 15 a 19 (1,41%), 5 a 9 (0,81%), 10 a 14 anos (0,45%) e idade ignorada (0,11%). O sexo masculino foi predominante (55,2%), seguido pelo feminino (44,8%). Quanto ao nível de escolaridade, a maioria teve a escolaridade ignorada (23%), seguida por 1 a 3 anos de estudos (22,1%), 4 a 7 anos de estudos (19,5%), 8 a 11 anos de estudos (15,3%), nenhum grau de instrução (15,2%) e 12 ou mais anos de estudos (4,9%). Em relação à cor/raça, 54,8% eram brancos, seguidos por pardos (33,3%), pretos (8%), raça ignorada (2,8%), amarelos (0,8%) e indígenas (0,41%). CONCLUSÃO: De 2012 a 2022, a mortalidade por pneumotórax foi mais elevada na região Sudeste, especialmente em São Paulo. As capitais São Paulo e Rio de Janeiro lideraram os registros. O ano de 2022 teve o maior número de óbitos. A maioria das mortes ocorreu em hospitais, principalmente em indivíduos com 80 anos ou mais, do sexo masculino e de cor branca. A escolaridade frequentemente ignorada nos registros ressalta a necessidade de melhorias na documentação. Esses achados destacam a necessidade de estratégias direcionadas para a prevenção e manejo de pneumotórax em populações vulneráveis e sublinham a importância de melhorias na precisão dos registros de saúde.

Palavras-chave: Pneumotórax , Registros de Mortalidade , Perfil de Saúde



**Análise de custo-efetividade na mortalidade dos tratamentos cirúrgicos do câncer de pulmão por região brasileira**

Arthur Lacerda Rocha; Yasmin Terra Fernandes Santos; Rafael Alves Guerra Gomes Cruz; Renan Oliveira de Carvalho  
Caminha;  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

Objetivos: O câncer de pulmão é uma das principais causas de morbimortalidade mundialmente, sendo o segundo câncer que mais mata no Brasil. Diferentes cirurgias, incluindo ressecções em cunha, lobectomias e pneumonectomias, são possíveis em estágios iniciais. No entanto, essas cirurgias estão associadas a altas taxas de mortalidade perioperatória e custos significativos para o sistema de saúde. Este estudo tem como objetivo investigar as taxas de mortalidade e os custos associados às cirurgias oncológicas de câncer de pulmão realizadas em diferentes regiões brasileiras, realizando uma análise de custo-efetividade. Métodos: Os dados foram obtidos do sistema DATASUS, abrangendo hospitalizações, taxas de mortalidade e custos para cirurgias específicas relacionadas à oncologia torácica no período de março de 2019 a março de 2024. Foram analisados os números de internações hospitalares, taxa de mortalidade e custo por internação hospitalar para os códigos: 0416110010 LOBECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA, 0416110029 PNEUMECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA, 0416110037 TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA, 0416110045 TORACOTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA, 0416110061 SEGMENTECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA e 0416110070 RESSECÇÃO PULMONAR EM CUNHA EM ONCOLOGIA. Os dados extraídos foram analisados por meio da ferramenta TABNET. Resultados: Os dados de internações hospitalares para tratamentos cirúrgicos oncológicos em câncer de pulmão mostraram variações significativas nas taxas de mortalidade entre as regiões. As regiões Sul, Centro-Oeste e Norte apresentaram taxas de mortalidade mais altas em comparação com as regiões Sudeste e Nordeste, apesar de incorrerem em maiores despesas. As taxas de mortalidade por região foram: Norte 4,32%, Nordeste 4,11%, Centro-Oeste 4,54%, Sudeste 3,59% e Sul 4,39%, com uma média nacional de 3,96%. As taxas de mortalidade são, no entanto, condizentes com outras coortes internacionais sobre o tema. Conclusões: A análise dos dados sugere uma melhor custo-efetividade das internações nas regiões Sudeste e Nordeste para a realização de procedimentos cirúrgicos para câncer de pulmão, com menor custo por internação e menores taxas de mortalidade. Estudos adicionais são necessários para determinar as razões dessa discrepância e melhorar a padrão dos tratamentos cirúrgicos de câncer de pulmão em todo o Brasil.

Palavras-chave: câncer de pulmão , custo-efetividade , Brasil , Mortalidade



**Análise do perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por sequelas de tuberculose no Ceará. Observação dos indicadores de raça, sexo e faixa etária no período de 2009 a 2019.**

*Alisson Lustosa Escossio; Mariana Caldas Borges; Cecília Bessa Maia; Breno Ivison Araujo Cavalcante; Gabriela Braga Neiva; Thiago Gouveia Aguiar; Silveste Coelho dos Santos Costa; Universidade Federal do Ceará;*

**\*\*Objetivo:\*\*** Analisar os perfis epidemiológicos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por sequela de tuberculose no estado do Ceará, no período de 2009 a 2019. **\*\*Método:\*\*** Estudo transversal, retrospectivo e quantitativo realizado a partir dos dados provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), referentes ao período de 2009 a 2019. Foram avaliados o número de AIH por sequela de tuberculose, observando a prevalência de acordo com o sexo, faixa etária e cor/raça. **\*\*Resultados:\*\*** No Ceará, no período analisado, não foi observada redução significativa nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por sequela de tuberculose, uma vez que, em 2009 eram de 534 e, no final do período em estudo, em 2019, totalizaram 541. Quando se analisa todo o período 2009-2019, as AIH compõem 5.478 registros, sendo 3.796 indivíduos do sexo masculino e 1.682 do sexo feminino. Quanto ao recorte de faixa etária, observa-se um predomínio de AIH por sequela de tuberculose entre indivíduos de 20 a 59 anos, com destaque para população de 30 a 39 anos, com 1.118 notificações, e para população de 40 a 49 anos, com 1,241. Em relação a segmentação das AIH por cor/raça, é notório o registro de casos “sem informação”, totalizando 3.580, e o predomínio de casos notificados na população parda, que, no período analisado representam 1.764 AIH. **\*\*Conclusão:\*\*** No período analisado foi possível observar discreto aumento das AIH por sequela de tuberculose. Quanto a segmentação por sexo, a população masculina apresenta maiores quantidades de AIH por sequela de tuberculose, especialmente quando se observa a faixa etária de 40 a 49 anos. No tocante à cor/raça dos indivíduos observados no estudo, excluindo os casos “sem informação”, a população parda é a população com maiores números de AIH por sequela de tuberculose. Em relação ao grande número de casos “sem informação” quanto à cor/raça faz-se necessário uma investigação acerca dos motivos que levam o registro incorreto das informações dos pacientes, buscando contornar a entender o perfil da população majoritariamente acometida por sequelas de tuberculose e direcionar as estratégias de assistência para população.

Palavras-chave: Sequela de tuberculose , Perfil epidemiológico , Autorização de Internação Hospitalar



**Análise dos custos para realização de biópsia de pleura em pacientes internados no SUS no período de 2019 a 2023**

*Mariana Caldas Borges; Breno Ivison Araújo Cavalcante; Cybelle Feijó Bernardo; Matheus Almeida de Sousa; Renan Araújo Holanda; Silveste Coelho dos Santos Costa; Thiago Gouveia Aguiar; Universidade Federal do Ceará;*

Objetivo: Analisar os custos e as taxas de mortalidade associados à realização de biópsia pleural (por aspiração/agulha/pleuroscopia) em pacientes internados no SUS entre 2019 e 2023. Método: Estudo epidemiológico, retrospectivo e descritivo. Realizado a partir da análise de dados de Produção Hospitalar obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS). Foram avaliados o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas, o custo médio por AIH, a média permanência e a taxa de mortalidade associados aos pacientes submetidos à biópsia de pleura no Brasil no período de 2019 a 2023. Resultados: O número médio de AIH aprovadas para realização de biópsia pleural no país foi de 1.307,6 por ano, sendo o mínimo em 2021 (1.115) e o máximo em 2023 (1.573). O valor médio por AIH foi de R\$689,90, tendo aumentado progressivamente de R\$558,64 em 2019 para R\$806,53 em 2023 (aumento de 44,37%). A média de permanência das internações para biópsia de pleura no período foi de 5 dias, tendo diminuído de 6,2 dias em 2019 para 4,4 dias em 2023 (queda de 29,03%). A taxa de mortalidade média, por sua vez, foi de 4,44% no período total. Tal taxa caiu ano após ano, variando de 5,68% em 2019 para 3,31% em 2023, o que representa uma diminuição de 41,73%. Conclusões: Observou-se um aumento da quantidade de AIH aprovadas e do gasto médio por AIH durante o período analisado. A média de permanência e a taxa de mortalidade média nos procedimentos de biópsia pleural, por sua vez, diminuíram consideravelmente. A análise aprofundada das razões por trás dessas correlações pode contribuir para otimizar o uso dos recursos hospitalares e aprimorar a rede de atendimento do SUS.

Palavras-chave: Epidemiologia , Custos hospitalares , Biópsia de pleura



***Análise dos principais fatores de risco associados à cirurgia torácica no tratamento das neoplasias pulmonares***

*Guilherme Matos Sousa<sup>2</sup>; Alyce Pereira Dantas<sup>2</sup>; Paola da Costa Vieira<sup>2</sup>; Letícia Lima Benevides<sup>2</sup>; Lara Conceição Marques de Sousa<sup>2</sup>; Rafaelle Cavalcante de Lira<sup>2</sup>; Francisco Matheus Tavares Fernandes<sup>1</sup>; 1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM); 2. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de pulmão é uma neoplasia de alta prevalência, especialmente entre idosos e fumantes, com tendência de crescimento devido ao aumento da expectativa de vida. A ressecção tumoral por meio de cirurgia torácica é uma abordagem terapêutica frequentemente preferida; contudo, apresenta riscos significativos, exacerbados pela presença de fatores de risco específicos dos pacientes. **OBJETIVO:** Analisar os principais fatores de risco associados à cirurgia torácica no tratamento das neoplasias pulmonares. **MÉTODO:** Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura em junho de 2024. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) “Risk Factors”, “Thoracic Surgery” e “Lung Neoplasms”, combinados com o operador booleano AND. A pesquisa foi conduzida nas bases de dados National Library of Medicine (PUBMED) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos artigos originais, de livre acesso, publicados em inglês entre 2019 e 2024. Após a identificação de 323 artigos, realizou-se a triagem de títulos, resumos e textos completos, resultando na análise integral de 10 artigos e na inclusão de 5 artigos na revisão final. **RESULTADOS:** A análise revelou que os principais fatores de risco no contexto da cirurgia torácica para neoplasias pulmonares incluem idade avançada (>70 anos) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Pacientes do sexo masculino e fumantes apresentam risco cirúrgico aumentado, e a extensão do procedimento cirúrgico é um fator crítico. Adicionalmente, hipertensão pulmonar, doença hepática terminal e sarcopenia foram identificadas como condições associadas a desfechos adversos. Doenças cardiovasculares, miastenia gravis e trombose venosa profunda também comprometem o estado funcional dos pacientes, elevando o risco cirúrgico. **CONCLUSÃO:** A idade avançada e a presença de comorbidades, como DPOC, hipertensão pulmonar e doenças cardiovasculares, são fatores de risco significativos na cirurgia torácica para neoplasias pulmonares, juntamente com ser do sexo masculino e tabagista. A avaliação cuidadosa desses fatores é essencial para a minimização dos riscos e a otimização dos resultados cirúrgicos.

Palavras-chave: Risk Factors , Thoracic Surgery , Lung Neoplasms



**Análise epidemiológica da morbidade hospitalar por bronquiectasia no Nordeste durante o período de 2019-2023**

*Laís Saraiva Cruz; Matheus Almeida de Sousa; Leonardo Guimarães Sampaio; Thiago Gouveia Aguiar; Silvestre Coelho dos Santos Costa; Cybelle Feijo Bernardo; Alisson Lustosa Escossio; Universidade Federal do Ceará;*

Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico das internações por bronquiectasia no Nordeste entre os anos de 2019 a 2023. Metodologia: Estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo realizado a partir de dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/DATASUS). Foram avaliados o número e a natureza das internações, a taxa de mortalidade, além das variáveis de faixa etária e sexo, tendo como causa bronquiectasia (CID-10 J47) durante os anos de 2019 a 2023. Resultados: No período avaliado, 2.080 pessoas foram internadas por bronquiectasia no Nordeste, registrando um aumento percentual de 14,9% no número de internações de 2019 (456) a 2023 (528). Desses casos, 1.586 (76,25%) foram de caráter de urgência, enquanto 494 (23,75%) foram de caráter eletivo. A faixa etária mais acometida foi a de menores de 1 ano (17,45%) e a menos afetada foi a de 10 a 14 anos (1,49%). Apesar do alto número de internações, indivíduos menores de 1 ano apresentaram a taxa de mortalidade mais baixa (0,83) no período. A taxa de mortalidade demonstrou uma tendência de aumento conforme a idade, com uma média regional de 4,23. Quanto ao sexo, 51,25% dos pacientes internados eram mulheres e 48,75% eram homens. Conclusão: Observa-se um aumento no número de internações por bronquiectasia no Nordeste ao longo do período avaliado, com uma alta predominância dos atendimentos de urgência. Também é notável a prevalência de casos em indivíduos menores de 1 ano, embora a taxa de mortalidade associada a essa faixa etária seja a menor dentre as analisadas. Apesar da maioria dos pacientes internados serem mulheres, a diferença percentual em relação aos homens é pequena. Assim, é necessário investigar as possíveis causas e consequências associadas aos dados apresentados, a fim de melhorar a assistência do SUS e otimizar o uso de recursos hospitalares.

Palavras-chave: bronquiectasia , morbidade , Nordeste , internações



**Análise epidemiológica da taxa de mortalidade e do valor médio por autorização de internação hospitalar por Lobectomias pulmonares, no Brasil. Um comparativo entre regiões no período de 2019 a 2023.**

*Alisson Lustosa Escossio; Leonardo Guimarães Sampaio; Cybelle Feijo Bernardo; Laís Saraiva Cruz; Breno Ivison Araujo Cavalcante; Matheus Almeida de Sousa; Mariana Caldas Borges; Universidade Federal do Ceará;*

**\*\*Objetivo:\*\*** Analisar os valores médios por autorização de internação hospitalar (AIH) e as taxas de mortalidade em procedimentos de Lobectomias pulmonares, observando diferenças regionais, no período de 2019 a 2023. **\*\*Metodologia:\*\*** Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo, realizado a partir dos dados de procedimentos hospitalares, obtidos no Sistema de informações hospitalares (SIH/DATASUS). Foram avaliadas as taxas de mortalidade e os valores médios por AIH decorrentes de Lobectomias pulmonares, de acordo com a região e o ano do período analisado. **\*\*Resultados:\*\*** A média das taxas de mortalidade por região relacionada aos procedimentos de Lobectomia pulmonar, foi de 4,84, iniciando o período com 6,02 e finalizando com 3,18, sendo o Sul a região com maior média do período (6,01), com máxima no ano de 2021 (12,94), enquanto que a região com menor taxa de mortalidade média, no período analisado, foi a região Norte (3,17), entretanto, dados do ano de 2020 acerca da taxa de mortalidade dessa região não estão disponíveis no DATASUS. Constatase que todas as regiões, reduziram a taxa de mortalidade quando comparamos o início e o fim do período analisado, com exceção do Nordeste, que em 2019 apresentou taxa de mortalidade de 3,25 e em 2023 de 4,96. Em relação ao valor médio por AIH, a média do período foi de R\$ 4.037,32, a região Sul apresentou valores médios de R\$ 4.494,43, sendo a maior média do período, por sua vez, o Norte do país apresentou menor média (R\$ 2.899,65). Todas as regiões apresentaram aumento dos valores médios por AIH quando comparamos 2019 com 2023, respectivamente, o início e o fim do período de análise. A média dos valores por AIH entre as regiões em 2019 foi de R\$ 3.758,15 e no fim do período, em 2023, foi de R\$ 4112,16, com destaque para região Centro-Oeste que, inicialmente, possuía valor médio por AIH de R\$ 2.889,23 evoluindo em 2023 para R\$ 4.433,79, representando o maior aumento percentual registrado no período. **\*\*Conclusão:\*\*** Observa-se uma redução significativa na média das taxas de mortalidade por região, além de uma diminuição na taxa de mortalidade de todas as regiões do país, com exceção do Nordeste. No período analisado, destaca-se a alta taxa de mortalidade por Lobectomia pulmonar evidenciada em 2021, na região Sul. O valor médio por AIH aumentou em todas as regiões, destacando-se o aumento na região Centro-Oeste, acompanhado da elevação da taxa de mortalidade. Destarte, faz-se necessário estudos aprofundados acerca da correlação entre os dados observados, considerando possíveis subnotificações no período, além das disparidades socioeconômicas e culturais entre as regiões analisadas, com o fito de otimizar os investimentos no sistema de saúde do país e de reduzir as taxas de mortalidade em todas as regiões.

Palavras-chave: Lobectomia Pulmonar , Taxa de mortalidade , Valor médio por AIH



**Análise Mensal do Uso de Endoscópios das Vias Respiratórias no Brasil de Janeiro de 2020 até Abril de 2024**

Igor Castelo Branco Fontenele Costa<sup>2</sup>; Luiz Tito Augusto de Medeiros Jácome<sup>2</sup>; Guilherme Paiva Fernandes Medeiros do Lago<sup>2</sup>; Ívina Liduína Nóbrega Rodrigues<sup>2</sup>; Yuri Felix Brandão<sup>2</sup>; Larissa Cavalcante Amora<sup>1</sup>; 1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes; 2. Universidade de Fortaleza;

Objetivo: Analisar, de forma comparativa, a frequência de utilização de endoscópios de vias respiratórias no Brasil, no período de Janeiro de 2020 até Abril de 2024. Método: O presente estudo é uma pesquisa epidemiológica observacional transversal, que examina informações do DATASUS de Janeiro de 2020 até Abril de 2024. Foram avaliados o número de endoscópios respiratórios existentes no Brasil e a frequência de sua utilização, comparando esses dados ao longo de todo o período. Resultados: No período de Janeiro de 2020 até Abril de 2024, o número de broncoscópios no Brasil cresceu de 4968 para 6598, um crescimento relativo de 32,81%, enquanto que, no mesmo período, o número destes equipamentos em uso cresceu de 4742 para 6334, um crescimento relativo de 33,57%. O maior crescimento do número de endoscópios mensal foi durante fevereiro de 2023, quando houve um aumento no número de endoscópios de 5785 para 6258, ou seja, cerca de 8,2% de aumento em um mês. A taxa de uso desses equipamentos alcançou seu pico durante o início da pandemia (Abril de 2020), quando cerca de 96,2% dos equipamentos estavam em uso. Nos meses seguintes, esta taxa de uso se estabiliza com uma média de 95,94%. Conclusões: Neste estudo, foi possível notar que, após ter apresentado um crescimento exponencial no início do período da pandemia da Covid-19, a taxa de uso dos endoscópios de vias respiratórias manteve-se aproximadamente estável, mesmo com o fim da pandemia. Percebeu-se também que o número de endoscópios existentes e em uso tiveram um crescimento quase idêntico, próximo de um terço do número inicial, com seu maior aumento acontecendo no período final da pandemia. Dessa maneira, conclui-se que os equipamentos avaliados neste estudo apresentam não apenas uma alta taxa de uso, mas também um crescimento constante no número destes existentes, que acompanha o aumento da demanda de broncoscópios para a realização de exames nos últimos anos, provando a sua grande importância no ambiente hospitalar brasileiro.

Palavras-chave: Endoscópios , Monitoramento Epidemiológico , Trato Respiratório



**A REALIZAÇÃO DE LOBECTOMIA PULMONAR NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO PERÍODO DE ABRIL DE 2023 A ABRIL DE 2024.**

Ana Sabrina Linard Aquino Freitas<sup>2</sup>; Henrique Oliveira Carvalho<sup>2</sup>; Matheus Baresy Gomes Alves<sup>1</sup>; Eduarda de Castro Amorim<sup>2</sup>; Sarah Souza Ferreira<sup>2</sup>;  
1. Faculdade Pernambucana de Saúde; 2. Universidade Federal do Cariri;

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico da realização de lobectomia pulmonar na região do Nordeste no período de um ano, entre abril de 2023 e abril de 2024. Métodos: Trata-se de um estudo ecológico de série temporal a partir da investigação de dados obtidos no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do DATASUS entre abril de 2023 e abril de 2024. Foram utilizadas as variáveis “região”, “unidade de federação” e “caráter de atendimento” segundo o período delimitado relativo aos procedimentos de “lobectomia pulmonar” e “lobectomia pulmonar em oncologia”. Resultados: Durante o período estudado, no Nordeste foram realizados 193 procedimentos de lobectomia pulmonar, representando 15,56% dos casos totais do Brasil (n=1.240), sendo 61 deles efetuados pela oncologia. Em relação a outras regiões do país, o Nordeste fica atrás do Sudeste (n=595) e do Sul (n=277) em montante de procedimentos efetuados. Quanto às unidades de federação, o Ceará lidera o ranking na realização de lobectomia pulmonar (n=71), seguido pela Paraíba (n=34), Bahia (n=27), Pernambuco (n=19), Piauí (n=15), Maranhão (n=12), Alagoas (n=8), Sergipe (n=6) e Rio Grande do Norte (n=1). No que tange à sazonalidade, foi observado uma realização maior no mês de dezembro de 2023 (n=25) e o menor número em junho do mesmo ano (n=5). Quanto ao caráter de atendimento, foram registrados 98 procedimentos eletivos e 95 de urgência, sendo a lobectomia pulmonar em oncologia menos frequente em situações urgentes (n=8). Conclusões: Percebe-se que, em relação às outras regiões do país, o Nordeste encontra-se em terceiro lugar em número de lobectomias, ainda que apresente números elevados desses procedimentos. Em comparação aos outros estados nordestinos, o Ceará apresenta maior número de procedimentos no período, com sua maioria sendo realizada fora da oncologia. Em relação ao caráter dos procedimentos, os eletivos e de urgência se equiparam entre si, no entanto, entre aqueles de urgência, houve grande divergência entre os tipos de lobectomias, com menor quantidade naquelas de cunho oncológico. Isso pode ser explicado pelo fato de, ao diagnosticar uma neoplasia pulmonar, há um protocolo a ser seguido no tratamento, o que torna a cirurgia eletiva.

Palavras-chave: Epidemiologia , Nordeste , Lobectomia pulmonar



***A relação entre o uso de cigarro eletrônico e o desenvolvimento de pneumotórax: uma revisão de literatura***

*Lucas Eduardo Pinho Barcelos; Victor Pereira de Sousa; José Fernando Muniz Clarindo; Lierlly Leitao de Oliveira; Renato Aldo Mourão de Sousa;*  
*Universidade Estadual do Ceará (UECE);*

**OBJETIVOS:** Este estudo tem como objetivo identificar e revisar a literatura existente sobre a associação entre o uso de cigarro eletrônico (CE) e o desenvolvimento de pneumotórax. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura, em que foram utilizadas as bases de dados MEDLINE, EMBASE e SCOPUS através dos descritores MeSH/DeCS "vaping" e "pneumothorax", combinados por meio do operador booleano AND, no período de 2019 a 2024. Foram selecionados 11 artigos, que concidiam com o alinhamento do trabalho por meio da leitura do título, resumo e texto completo. **RESULTADOS:** Nos últimos anos, o aumento do uso de CE tem suscitado preocupações crescentes sobre seus impactos na saúde pulmonar, incluindo o desenvolvimento de pneumotórax. Inicialmente promovidos como alternativas mais seguras ao tabagismo convencional, esses dispositivos revelaram-se associados a diversos riscos. Estudos indicam que o uso regular de CE pode causar lesões pulmonares graves, incluindo pneumotórax espontâneo, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. Um caso emblemático envolveu um jovem usuário de CE da empresa JUUL, cujo pneumotórax do lado esquerdo resultou em colapso pulmonar grave, necessitando de cirurgia após tratamento inicial malsucedido. Esse incidente ressalta a importância de investigar detalhadamente a exposição a esses dispositivos em pacientes jovens com sintomas respiratórios inexplicáveis, considerando opções cirúrgicas para melhores resultados. Outros relatos destacam que o uso diário de CE, muitas vezes combinado com vape de maconha, pode aumentar o risco de pneumotórax, evidenciando uma ligação entre a inalação de compostos químicos presentes nesses produtos e o desenvolvimento de lesões pulmonares. A inalação de nicotina e outros produtos químicos pode inflamar as células epiteliais pulmonares, levando à formação de bolhas que aumentam o risco de ruptura pleural e pneumotórax. A complexidade do 'vaping', especialmente quando combinado com o consumo de tabaco, exige uma abordagem cuidadosa na avaliação de pacientes com pneumotórax de origem indeterminada. Casos de pneumonite associada aos componentes dos vaporizadores têm sido tratados com corticosteroides, mas recorrências frequentes indicam a necessidade de mais pesquisas sobre os efeitos a longo prazo do 'vaping'. Jovens são mais vulneráveis a essas complicações devido à popularidade desses dispositivos, que permite a inalação de altas concentrações de nicotina de forma menos irritante. Esse padrão de uso pode resultar em estresse oxidativo, inflamação pulmonar e danos à barreira alvéolo-capilar, aumentando o risco de pneumotórax. **CONCLUSÃO:** O 'vaping' é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de pneumotórax espontâneo. Profissionais de saúde devem sempre considerar o histórico de uso de CE ao avaliar pacientes com sintomas respiratórios, aconselhando-os sobre os riscos e a necessidade de cessação para prevenir recorrências. Mais estudos prospectivos são necessários para validar os riscos associados ao uso de CE e comparar com os riscos do tabagismo e do uso de cannabis.

Palavras-chave: cigarro eletrônico , pneumotórax , relação



**Ascensão dos Procedimentos de Traqueostomia Percutânea em Comparação à Traqueostomia Cirúrgica: Uma Revisão das Complicações e Desempenho**

Maurício Fernando de Oliveira Cirino Neto; Ailton César de Araújo Filho; Luca de Borba Pontes Memoria; Felipe Robert Silveira Gomes; Matheus Rocha Carvalho Mesquita; Isabella Maria Silva Monteiro; Raimundo Luiz da Silveira Neto;  
Universidade Estadual do Ceará;

Objetivo: O trabalho tem como objetivos comparar a traqueostomia percutânea (PDT) e a traqueostomia cirúrgica (ST) quanto às complicações perioperatórias e pós-operatórias, avaliar o desempenho e a segurança dos procedimentos à beira do leito, e sintetizar a tendência de complicações associadas às técnicas mencionadas. Metodologia : Este é um estudo de revisão bibliográfica que buscou um comparativo de segurança e eficácia dos procedimentos que envolvem a traqueostomia convencional e a traqueostomia percutânea, onde foi utilizado site de busca PUBMED, seguindo como critérios de inclusão: artigos de literatura publicados entre 2019 e 2024, disponíveis na íntegra, encontrados nos idiomas inglês, espanhol e português junto às palavras-chave: traqueostomia, traqueostomia percutânea , traqueostomia cirúrgica, eficácia e segurança, intercruzadas com operadores booleano "AND" e "OR" para busca de dados na base Medline. Dessa forma, foram incluídos 9 artigos no presente estudo . Resultados: Estudos recentes compararam a traqueostomia percutânea (PDT) à traqueostomia cirúrgica (ST) em pacientes críticos. A PDT apresentou menor incidência de complicações perioperatórias e pós-operatórias, como decanulação acidental e vazamento de ar pela fístula, com ventilação mecânica mais prolongada após o procedimento. A técnica de Ciaglia modificada com assistência fibrobroncoscópica teve menor incidência de infecções do estoma e menor tempo de espera em comparação à ST. A PDT guiada por ultrassom mostrou-se segura e viável à beira do leito. Durante a pandemia, 31% dos pacientes com PDT morreram por complicações respiratórias do SARS-COV-2, sem mortes atribuídas ao procedimento. Em crianças, a PDT deve ser realizada com precaução devido ao maior risco de rupturas traqueais, que podem ocorrer por diferenças anatômicas, sendo necessário diagnóstico imediato e tratamento adequado para evitar complicações graves. Nossa revisão ilustra que não há diferença clara, mas sim uma tendência a menos complicações nas técnicas percutâneas. As traqueostomias percutâneas são mais econômicas e proporcionam maior viabilidade em termos de capacidade à beira do leito e operação não cirúrgica. Conclusão: Nossa revisão indica uma tendência a menos complicações com as técnicas de traqueostomia percutânea. As traqueostomias percutâneas proporcionam maior viabilidade para procedimentos à beira do leito, permitindo uma intervenção mais rápida e menos invasiva. Além disso, a realização de traqueostomias percutâneas pode ser vantajosa em ambientes com recursos limitados ou onde a equipe cirúrgica pode não estar disponível imediatamente. Em resumo, a técnica percutânea demonstra-se uma alternativa segura e eficaz à abordagem cirúrgica tradicional, com potencial para melhorar a gestão de pacientes em unidades de terapia intensiva.

Palavras-chave: Traqueostomia , Traqueostomia Percutânea , Traqueostomia Cirúrgica , Eficácia , Segurança



**Aspectos clínicos da criptococose pulmonar: um relato de caso**

Anna Luíza Soares de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>; Luanna Nascimento de Azevedo Castro<sup>1</sup>; Isabela Fernandes Scabello<sup>1</sup>; Mariele Pereira Bragante Rocha<sup>1</sup>; Rafael Lucas Costa de Carvalho<sup>2</sup>; David Paes de Lima<sup>2</sup>; 1. Centro Universitário de João Pessoa; 2. HCFMUSP;

Introdução: A criptococose pulmonar, forma mais frequente da doença, é uma infecção fúngica comum em pacientes imunodeprimidos. Apresenta-se, normalmente, em sua forma assintomática com lesões focais isoladas ou miliares. Quando sintomática, pode provocar febre baixa, perda de peso, tosse, dor torácica e hemoptóicos. Objetivo: Relatar um caso de criptococose pulmonar destacando aspectos clínicos relevantes, abordagem diagnóstica e terapêutica. Metodologia: Relato de caso de paciente atendido em um hospital de João Pessoa, por meio da análise de prontuário e revisão bibliográfica com base de dados Pubmed. Discussão: Paciente do sexo masculino, 32 anos, sem comorbidades prévias, deu entrada em pronto atendimento com queixa de dor torácica ventilatória dependente, associada à tosse produtiva e febre há 10 dias. Relata contato constante com pombos. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose e radiografia demonstrou consolidação em hemitórax direito, associado a atelectasia. Em seguimento à investigação, foi solicitada uma tomografia de tórax, onde evidenciou-se uma formação expansiva em acometendo o pulmão direito em quase toda sua totalidade. Procedeu-se com uma biópsia percutânea guiada por ultrassonografia, cujo resultado apresentou tecido pulmonar permeado por numerosos histiócitos espumosos e estruturas arredondadas PAS-positivas e revestidas por membrana de duplo contorno, sem sinais de malignidades, sendo esses aspectos sugestivos de criptococose pulmonar. Paciente foi submetido a internação hospitalar, onde foi iniciado a anfotericina B, onde segue em tratamento. Aguardamos a evolução do caso com provável abordagem cirúrgica. Conclusão: A criptococose pulmonar pode ser facilmente confundida com outros quadros infecciosos, devido à seu quadro inespecífico, sendo a confirmação diagnóstica obtida com exame de escarro, lavado broncoalveolar com pesquisa de fungos, líquido ou fragmentos de tecido. No entanto, ela não é uma doença que se espera melhorar apenas com terapia medicamentosa, mas muitas vezes requer intervenção cirúrgica. Diante disso, é necessário conhecer a patologia e seus diagnósticos diferenciais para a adequada identificação.

Palavras-chave: Criptococose , Pulmão , Infecção fúngica



**Aspectos clínicos do timoma torácico: relato de caso.**

Anna Luíza Soares de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>; Isabela Fernandes Scabello<sup>3</sup>; Mariele Pereira Bragante Rocha<sup>3</sup>; David Paes de Lima<sup>2</sup>; Rafael Lucas Costa de Carvalho<sup>2</sup>; 1. Centro Universitário de João Pessoa; 2. HCFMUSP; 3. Unipê;

Introdução: O timoma é uma neoplasia rara, compreendendo cerca de 20 a 30% dos tumores mediastinais em adultos, geralmente diagnosticada entre a 5ª e 6ª década de vida. Não apresenta correlação significativa com raça ou sexo. Além da sua associação com miastenia gravis, ele também pode estar associado a condições como artrite reumatoide, miosite e aplasia pura de células vermelhas. Objetivo: Relatar um caso de timoma torácico diagnosticado em paciente com pancitopenia ao exame laboratorial, destacando aspectos clínicos importantes, abordagem diagnóstica e terapêutica. Metodologia: Relato de caso de paciente atendido em um hospital particular de João Pessoa, por meio de análise de prontuário e revisão bibliográfica com base de dados Pubmed. Discussão: Paciente do sexo masculino, 51 anos, sem comorbidades prévias, com história de palidez e astenia intensa há 20 dias. Durante a investigação clínica foi diagnosticado com anemia grave e plaquetopenia. Realizada TC de tórax, com achado de massa mediastinal localizada anteriormente, medindo 8,5 X 6,6 X 5,6 cm. Em seguimento à investigação, foi solicitada biópsia percutânea que evidenciou timoma. Procedeu-se à timectomia videotoracoscópica em decúbito anterolateral com auxílio de insuflação de CO2 e pinça de coagulação bipolar. toracotomia e visualizou-se volumosa massa ocupando o mediastino anterior. Destaca-se que não havia aderências com estruturas mediastinais ou implantes em pericárdio ou pleura. A evolução pós-operatória foi satisfatória e o paciente recebeu alta no 2º dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico da peça pela microscopia ótica e imuno-histoquímica confirmaram o diagnóstico de timoma. Após a alta, manteve seguimento com a hematologia sem resolução da pancitopenia, obtendo diagnóstico de aplasia medular. Apresentou intercorrências clínicas com necessidade de múltiplas hemotransfusões e internação para tratamento de neutropenia. No momento, segue em cuidados ambulatoriais Conclusão: O timoma é uma neoplasia de crescimento lento e que geralmente comportam-se de forma benigna. A associação com síndromes paraneoplásicas diversas, entre elas as hematológicas, tornam os casos mais graves e com potencial deterioração da qualidade de vida. Destaca-se que nem sempre são resolvidas com o tratamento cirúrgico, tendo em vista que o dano medular pode estar plenamente instalado no momento do diagnóstico.

Palavras-chave: Timoma , Tórax , pancitopenia



***Aspergiloma pulmonar gigante associado à empiema pleural***

*Gustavo Moreira Siqueira<sup>1</sup>; Lierlly Leitão de Oliveira<sup>1</sup>; Elton Rodrigues Santos<sup>1</sup>; Wescley Braga Rocha<sup>2</sup>; Alexandre Marcelo Rodrigues Lima<sup>2</sup>; Ivan Guerra de Araújo Freitas<sup>2</sup>; 1. ; 2. Hospital Geral Doutor César Cals;*

OBJETIVO O empiema pulmonar é a presença de conteúdo purulento na cavidade pleural, causando derrame pleural com sepsse pulmonar. Existem três estágios: fase I (exsudativa); fase II (fibrinopurulenta); fase III (crônica). Em contrapartida, o aspergiloma é uma doença fúngica, a qual evolui por meio de uma cavitação pulmonar pré-existente, induzida frequentemente pela tuberculose pulmonar. Assim, o objetivo do presente estudo consiste em relatar o caso de um aspergiloma pulmonar gigante associado a um empiema pleural. RELATO DE CASO Sexo feminino, 53 anos, natural e procedente de Fortaleza, evoluiu com quadro de tosse produtiva com expectoração esbranquiçada desde 2019. Em 2021, buscou atendimento e foi diagnosticada com Aspergiloma, sendo realizada terapia com fluconazol durante 4 meses, que reduziram os sintomas. A Tomografia Computadorizada (TC) de 2019 evidenciou lesões cicatriciais secundárias à TB, lesão cavitária em Lobo Superior Direito, sugestiva de bola fúngica. Em 2022, a TC demonstrou lesão escavada, de paredes espessadas com focos de calcificação, medindo 6,0 x 4,1 cm em ápice pulmonar direito, contendo imagem hipodensa de contornos irregulares de 4,5 x 3,0 cm; bronquiectasias císticas e cilíndricas, desvio homolateral do mediastino e espessamento pleural posterior à direita. Entretanto, em fevereiro de 2023, paciente relatou piora da tosse em período noturno e perda ponderal significativa (27 Kg na admissão), sendo indicada internação. Ademais, referiu dor retroesternal em aperto e sem irradiação. Exame físico com bom estado geral, emagrecida, hipocorada (+/4), murmúrio vesicular reduzido globalmente com presença de roncos no ápice direito, não evidenciando manifestações invasivas ou locais características da enfermidade. À internação, a TC explicitou empiema pleural basal e espessamento pleural à direita, além do micetoma apical já identificado. Foi iniciado Tazocin, persistindo tosse produtiva com expectoração branco-amarelada. Cultura de escarro evidenciou Pseudomonas Aeruginosa multiresistente. Em junho de 2023, realizou broncoscopia com lavado broncoalveolar, apresentando BAAR e cultura de fungos negativos. Numa segunda TC, houve redução volumétrica do hemitórax direito, consolidação parenquimatosa com broncogramas aéreos de contornos delimitados em segmento superior e basal posterior do lobo inferior direito, retração do brônquio fonte e afilamento do brônquio segmentar. A paciente permaneceu internada durante antibioticoterapia, recebendo alta no dia 27 de junho após a sua finalização. O tratamento da aspergilose é cirúrgico, entretanto, a paciente não apresentava manifestações invasivas ou locais característicos da enfermidade, como sangramento. Ademais, a significativa perda ponderal foi critério importante para a decisão terapêutica, em decorrência da impossibilidade de prosseguir com procedimento cirúrgico diante das atuais condições metabólicas. Houve ganho de peso durante a internação após otimização do empiema, o que dissocia a perda ponderal do aspergiloma. Atualmente, a proposta terapêutica consiste na melhora dos fatores nutricionais e metabólicos para seguir com abordagem cirúrgica futura.

Palavras-chave: Aspergiloma , Empiema , Infecção fúngica



**Associação entre o desenvolvimento de Fibrose Pulmonar após infecção por SARS-CoV-2**

*Bruna Tháísia Lima da Costa; Fabíola de Castro Mesquita; Lucas Eduardo Pinho Barcelos; Nara Kelly Ribeiro de Lima; Sabrina de Castro Sales; Universidade Estadual do Ceará;*

Objetivo: analisar e sintetizar as literaturas que abordassem a relação entre infecção por SARS-CoV-2 e o subsequente desenvolvimento de fibrose pulmonar em pacientes recuperados da Covid-19. Metodologia: trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. A coleta de dados ocorreu em junho de 2024, abrangendo bases como PUBMED, LILACS e MEDLINE. Ao final das 6 etapas de busca, foram selecionados 11 estudos para análise. Resultados: A infecção por SARS-COV-2 mostrou-se associada a uma alta incidência de complicações pulmonares, incluindo a fibrose pulmonar, especialmente em pacientes que desenvolveram Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). Alguns estudos trouxeram como evidência que cerca de 40% dos pacientes com COVID-19 desenvolvem SDRA, e destes, aproximadamente 20% evoluem para casos graves que podem resultar em fibrose pulmonar. O vírus SARS-CoV-2 pertence à família Coronaviridae, contém RNA de fita simples positiva, sendo envolvido por uma cápsula lipoproteica que contém a proteína Spike (proteína S). Esta proteína se liga fortemente à enzima conversora de angiotensina tipo 2 (ACE2), que é comumente expressa nas células pulmonares humanas, fato esse que explica a quantidade elevada de manifestações pulmonares que a COVID-19 pode causar. Além disso, aumento maciço de Interleucina-4 (IL-4) e macrófagos foram apontados como um dos principais mecanismos ligados a esse processo. A produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias e uma resposta Th2 desenvolvida na resposta imune exacerbada também foi descrita como auxiliadora do desenvolvimento da fibrose. Como fatores de risco, a idade avançada e a presença de comorbidades foram identificadas como significativamente associadas ao desenvolvimento de fibrose pulmonar. Essa condição, quando decorrente da COVID-19, resulta em uma perda de função pulmonar, com sintomas como dispneia e tosse persistente, e pode levar a uma diminuição significativa na qualidade de vida dos pacientes recuperados. Conclusões: A Covid-19 trouxe diversas consequências negativas para a saúde da população, principalmente relacionada a manifestações pulmonares. O desenvolvimento de fibrose pulmonar nos pacientes acometidos e recuperados da COVID-19 mostrou-se como um problema crítico e de incidência elevada. Desse modo, faz-se necessário o investimento mais intenso em pesquisas voltadas a essa temática, tendo em vista a quantidade significativa de indivíduos infectados pelo SARS-CoV-2 que, posteriormente, podem evoluir com um quadro de fibrose pulmonar. Essas pesquisas possibilitariam melhor compreensão e desenvolvimento de tratamentos eficazes para essa condição.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar, Covid-19, Resposta inflamatória



**RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 24**

***A Traqueoplastia como Alternativa no Manejo da Estenose Traqueal: Um Relato de Caso.***

*Ana Wlândia Barreto Rodrigues<sup>2</sup>; Yuri Felix Brandão<sup>2</sup>; Luiz Tito Augusto de Medeiros Jácome<sup>2</sup>; Adalberto Viera Dias Filho<sup>1</sup>;*

*1. Hospital Regional do Sertão Central; 2. Universidade de Fortaleza;*

OBJETIVO: Esse relato de caso tem como objetivo principal apresentar a Traqueoplastia Cervical como tratamento padrão ouro de estenoses traqueais. Ainda, visa relatar suas complicações, indicações, contraindicações e a influência da intubação em sua gênese. RELATO DE CASO: Mulher, 40 anos, ex-tabagista, hipertensa e com história de AVCI que levou a internação em UTI de hospital terciário em Fortaleza com necessidade de ventilação mecânica. Evoluiu com estenose no 2° anel traqueal de 1,5 cm de extensão. Após dilatações não exitosas, foi indicada a Traqueoplastia Cervical. No pós-operatório imediato a paciente foi para UTI onde ficou por 24h, evoluindo com estabilidade e alta para enfermaria. Durante a internação pós operatória, foi realizada broncoscopia que evidenciou anastomose ampla, sem sinais de complicações e teve alta hospitalar no 7° dia pós operatório.

Palavras-chave: Traqueia , Estenose Traqueal , Anastomose Cirúrgica



***Avaliação da terapêutica por intervenção da cardiomiopatia hipertrófica: miectomia septal cirúrgica e infiltração septal transcaterter com álcool.***

*Elise Ito Martins de Souza; Marcelo de Gois Ribeiro; Josué Viana de Castro Neto; Universidade de Fortaleza (UNIFOR);*

Objetivo: Avaliar o tratamento por intervenção da cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (CMHO) por meio da comparação entre a miectomia septal e a infiltração septal com álcool. Métodos: Trata-se de uma revisão da literatura realizada por meio do portal PubMed. Foram selecionados descritores indexados no MeSH, conectados através do operador booleano AND, obtendo-se as seguintes associações: “Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy and surgical septal myectomy” e “Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy and alcohol septal ablation”. Para a seleção dos estudos, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos e publicados na língua inglesa nos últimos sete anos. Resultados: A CMHO é uma doença genética miocárdica caracterizada pela obstrução dinâmica da via de saída do ventrículo esquerdo, causada por hipertrofia septal assimétrica. A miectomia septal cirúrgica (SSM) e a infiltração septal com álcool (ASA) são procedimentos invasivos com objetivo de redução do septo ventricular para o tratamento de pacientes sintomáticos com CMHO, nos quais a terapia ideal com fármacos falhou. A SSM se configura como um procedimento por intervenção cirúrgica transesternal seguro, com mortalidade <1% e sucesso clínico >90% a 95%, e é vantajosa em pacientes com doença cardíaca associada que requer correção cirúrgica e com anormalidades associadas do músculo papilar; associado risco de lesão e disfunção valvar. Uma nova abordagem consiste no procedimento por assistência robótica. A ASA consiste em injetar álcool absoluto na artéria septal através de um cateter com um balão insuflado, por via percutânea. A mortalidade é inferior ao 1%). A ASA é menos eficaz com gradientes altos em repouso (100 mmHg) e espessura extrema do septo (30 mm). Portanto, o grau de obstrução dinâmica da via de saída do ventrículo esquerdo e a espessura do septo são guias de decisão terapêutica. A reintervenção, independente do método, é relatada em 7% a 20% dos pacientes, especialmente após a ASA. Evidências atuais associam a ASA a um aumento na taxa de implantação de marca-passo permanente e à mortalidade em longo prazo em comparação a SSM, o que sugere investigações adicionais para compreender o seu impacto na sobrevida em longo prazo em pacientes com CMHO. Conclusão: A SSM proporciona melhora em longo prazo da sobrevida de pacientes com CMH em relação ao tratamento não-cirúrgico, além de se configurar como um procedimento eficaz e duradouro da obstrução da via de saída ventricular. A lesão valvar iatrogênica continua sendo um risco baixo, mas não negligenciável. Já a ASA demonstra ser uma terapêutica menos efetiva que a SSM, devido as chances de complicações após o procedimento, como a implantação de marca-passo permanente e mortalidade em longo prazo, quando comparada a SSM. Como pode-se ver, as terapêuticas supracitadas apresentam limitações.

Palavras-chave: Cardiomiopatia , Miectomia , Ablação septal , Terapêutica



**Avaliação do Conhecimento e das Percepções Sociais sobre o Cigarro Eletrônico.**

Hildel Freire Leite Filho<sup>2</sup>; Larissa Cavalcante Amora<sup>1</sup>; Guilherme Matos da Penha<sup>2</sup>; Sabrina de Castro Sales<sup>2</sup>; Victor Pereira de Sousa<sup>2</sup>; Lucas Eduardo Pinho Barcelos<sup>2</sup>;  
1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes; 2. Universidade Estadual do Ceará;

Objetivo: Analisar o nível de conhecimento populacional sobre o cigarro eletrônico (CE), o qual pode desencadear acometimentos pulmonares, e mapear os principais impulsionadores de seu uso. Método: Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com delineamento transversal. A amostra foi composta por 123 pessoas com idade superior a 18 anos de idade, residentes do município de Fortaleza-CE. Para tal, desenvolveu-se um questionário detalhado, baseado em modelos padronizados da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o GATS e o GYTS, incluindo questões objetivas relacionadas ao incômodo e aos possíveis prejuízos do CE, bem como o conhecimento sobre sua composição. Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do Software Microsoft Excel. Antes de responderem ao questionário, todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos envolvidos, e seu consentimento foi obtido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Resultados: Em primeira análise, os resultados indicam uma maior utilização de CE entre os jovens adultos. Observa-se que, no grupo de 18 a 25 anos, a maioria, representando 52 indivíduos (72%), não utilizaram CE, enquanto 20 (28%) utilizaram. Já no grupo de 26 a 35 anos, a frequência de não usuários foi de 22 (63%) pessoas e a de usuários foi de 37% (13 indivíduos entre 35 pessoas nessa faixa etária). Entre os indivíduos de 36 a 45 anos, foi relatada a não utilização de CE por 6 (54%) indivíduos. Notavelmente, na faixa de 46 a 55 anos e na de 56 anos ou mais, observou-se uma diminuição significativa no uso, com 100% dos participantes destas categorias relatando não terem utilizado CE. No total, 38 (31%) dos entrevistados já experimentaram CE, enquanto 85 (69%) não. Entre os que já experimentaram, 35 participantes (92%) reconhecem os riscos do seu consumo. Em complemento, 42 (34%) dos participantes relataram que não se incomodam com o vapor exalado pelos usuários. Dentre esses, 34 (81%) acreditam que tal vapor pode ser prejudicial à saúde. Além disso, ao analisar o grupo que já fez uso, 13 participantes (34%) afirmaram conhecer alguém que teve problemas de saúde decorrentes do cigarro eletrônico. Conclusões: Os dados indicam que a utilização de CE é mais prevalente entre jovens e adultos, especialmente na faixa etária entre 18 e 35 anos. A maioria dos usuários de CE está ciente dos riscos associados ao seu consumo, entretanto, a decisão de usar esses dispositivos ainda é algo fortemente influenciada por fatores sociais e culturais, como inserção social e popularidade. Tal contexto corrobora o estudo de Laura et al. (2020) o qual destaca que a promoção de CE através de vários canais de marketing aumentou as percepções positivas de vaporização e as intenções de uso desses produtos. Além disso, parte significativa dos usuários conhece alguém que sofreu problemas de saúde devido ao uso de CE. Portanto, diante dos acometimentos pulmonares que podem ser gerados pelo CE, como o câncer de pulmão, potencial causa de desfechos cirúrgicos no tórax, nota-se a importância de mais estudos que possam dar suporte para iniciativas de atenuação do uso de CE e de seus agravantes.

Palavras-chave: Cigarro eletrônico , Percepção social , Riscos à saúde



**Avaliação Epidemiológica do Perfil dos Pacientes com Neoplasia Maligna do Aparelho Respiratório no Ceará nos Últimos 10 Anos**

Dara Maria de Sá Bonfim<sup>2</sup>; Larissa Cavalcante Amora<sup>1</sup>; Yuri Felix Brandão<sup>2</sup>; Bruno Santos Chaves<sup>2</sup>; Luis Fernando Porto de Assis<sup>2</sup>;

1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes; 2. Universidade de Fortaleza;

Objetivo: Analisar a idade e o sexo como fatores de risco para o aparecimento de câncer no aparelho respiratório a partir do número de internações e de óbitos e discutir sobre maneiras de prevenção desses fatores. Além disso, dissertar sobre a influência do tabagismo para o surgimento dessa patologia. Método: O presente trabalho trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional transversal que se baseia em dados do DATASUS de 2014 até o ano de 2023. Foram analisadas faixas etárias e sexo de pacientes com neoplasias malignas do Sistema Respiratório, destacado os números de internações, óbitos e taxas de mortalidade relacionados a essas patologias. Também foi realizada uma revisão, com enfoque no tabagismo, sobre o artigo “Recomendações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem para o rastreamento do câncer de pulmão no Brasil”. Resultados: Avaliando o sexo, os homens apresentaram números significativamente maiores de internações (9432) e de óbitos (1482) em comparação às mulheres (6394 internações e 1426 óbitos). Ao verificar a faixa etária, observa-se que a incidência e a mortalidade aumentam significativamente com a idade. A faixa etária de 60 a 69 anos apresentou o maior número de internações (4988) e de óbitos (896), seguida pela faixa de 70 a 79 anos (3850 internações e 817 óbitos). No entanto, as faixas etárias mais jovens apresentaram relativamente poucas internações e óbitos, com os números aumentando progressivamente a partir dos 30 anos. Ademais, no que tange ao câncer pulmão, observou-se que o tabagismo se destaca como a principal causa, estando presente em cerca de 85% dos pacientes diagnosticados. Conclusões: Os resultados destacam que os homens são mais propensos ao desfecho fatal do câncer de pulmão. Observa-se que o câncer de pulmão é predominantemente uma doença de adultos mais velhos, reforçando a necessidade de vigilância contínua e estratégias de prevenção voltadas para essas faixas etárias. Adicionalmente, é importante ressaltar o impacto significativo do tabagismo no desenvolvimento do câncer de pulmão. No Brasil, 9,3% dos adultos são fumantes, e o tabagismo continua sendo a principal causa de câncer de pulmão, sendo assim a cessação do tabagismo uma das medidas mais efetivas para a prevenção do câncer de pulmão. Além disso, o câncer de pulmão ostenta a mais alta taxa de mortalidade global dentre os cânceres, principalmente porque a maioria dos pacientes é diagnosticada em estágios avançados da doença. Diante desse cenário, torna-se claro a crucial importância do rastreamento precoce, com o objetivo de diagnosticar o câncer em estágios iniciais. Essa prática tem o potencial de transformar prognósticos e salvar inúmeras vidas.

Palavras-chave: Epidemiologia , Neoplasia Maligna , Aparelho Respiratório



## RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 28

### **Avanços na cirurgia minimamente invasiva para câncer de pulmão: Revisão das novas técnicas, como videotoracoscopia (VATS) e cirurgia robótica**

Maria Manuela Cecchini Souza Damasceno Nogueira<sup>5</sup>; Eralan Gomes de Carvalho Filho<sup>2</sup>; Amanda Vitória Serafim dos Santos<sup>3</sup>; Rayane Clismério Pontes<sup>6</sup>; Bruna Verdi Scabeni<sup>1</sup>; Gean Gimenes Moura<sup>4</sup>; 1. Centro Universitário de Pato Branco; 2. Centro Universitário Fametro; 3. Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos; 4. Faculdade Brasileira de Cachoeiro; 5. Universidade de Fortaleza; 6. Universidade Maurício de Nassau;

Objetivo: Compreender os avanços na cirurgia minimamente invasiva para câncer de pulmão, ressaltando novas técnicas como a videotoracoscopia (VATS) e a cirurgia robótica (RATS). Metodologia: O presente estudo se trata de uma revisão literária de caráter integrativo. Dessarte, para a sua execução, foram incluídos artigos científicos pertencentes às bases de dados PubMed, LILACS e SciELO Brasil, nos idiomas português e inglês, pertencentes ao período de 2015 a 2024. Os descritores utilizados foram: “Minimally invasive surgery”, “Lung cancer”, e “New techniques”. Ademais, para o cruzamento das palavras-chave foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”. Assim, após a seleção das obras científicas a serem utilizadas, realizou-se uma síntese destas, visando otimizar a coleta, análise e processamento dos dados obtidos. Resultados: A cirurgia torácica minimamente invasiva é uma abordagem segura e eficaz no tratamento do câncer de pulmão, resultando em menores índices de complicações pós-operatórias (27% vs 38%), menor tempo de drenagem pleural e menor tempo de internação (80% dos pacientes receberam alta em até 72 horas após a cirurgia). Na lobectomia pulmonar, a toracoscopia robótica (RATS) está associada a melhor dissecação de nódulos N1 e N2, além de uma curva de aprendizado menor (22 lobectomias vs 50 lobectomias) em comparação à videotoracoscopia (VATS), associada à presença de feedback hepático e palpação digital do pulmão. As duas abordagens não possuem diferenças significativas entre si quanto à recuperação e ao bem-estar pós-operatório do paciente. Conclusão: A literatura mostra que as técnicas cirúrgicas minimamente invasivas possuem maiores benefícios ao paciente, em comparação à cirurgia torácica aberta para tratamento de câncer de pulmão. Entretanto, devido à distribuição desigual de recursos entre localidades, a toracotomia aberta ainda é muito utilizada. Conclui-se, portanto, que cada caso deve ser avaliado individualmente pelos médicos especialistas, considerando as necessidades do paciente e os recursos disponíveis no local.

Palavras-chave: Câncer de pulmão , Minimamente invasiva , Videotoracoscopia , RATS



**Avanços na Gestão de Derrame Pleural Maligno**

Lucas

Aragão

Vieira;

UNINTA;

Introdução: O derrame pleural maligno (DPM) é uma condição frequentemente encontrada que resulta de uma série de crescimentos malignos, sendo os cânceres de pulmão e de mama os principais culpados. Aqueles que sofrem de DPM apresentam sintomas como dispneia, dor no peito e tosse – fatores que contribuem para a deterioração da sua qualidade de vida diária. No passado, o DPM era tratado através de intervenções paliativas que incluíam toracocentese frequente juntamente com pleurodese com talco. No entanto, avanços mais recentes na gestão do DPM trouxeram avanços significativos: novos procedimentos e terapias que desempenham papéis fundamentais não apenas na melhoria dos resultados clínicos, mas também na elevação da qualidade de vida dos pacientes. Métodos: Na condução do estudo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura existente. As bases de dados utilizadas para a busca foram PubMed, Scopus e Cochrane Library, com termos de busca como “malignant pleural effusion”, “pleural effusion management”, “surgical interventions” e “quality of life”. Os critérios de inclusão consistiram em estudos da última década que destacaram abordagens e resultados clínicos atualizados, bem como as implicações na qualidade de vida. Entre os critérios de exclusão estavam estudos que não visavam especificamente o DPM ou aqueles com metodologia deficiente. Discussão: Na coleção de estudos revisados, pode-se ver o surgimento de muitas inovações na gestão do DPM. O uso de cateteres pleurais de demora (CPI) foi considerado eficaz em trazer alívio aos sintomas e reduzir as reinternações – uma abordagem mais suave do que a pleurodese com talco. Uma comparação entre estudos de PCI e pleurodese com talco, como o orquestrado por Thomas et al. (2017) revelaram não apenas o alívio da dispneia através dos PCI, mas também uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes a longo prazo. Esses avanços não passam despercebidos por diretrizes atualizadas como as da British Thoracic Society, que agora defendem o uso de PCI em cenários clínicos específicos. Outras abordagens recentes que sussurram promessas incluem técnicas minimamente invasivas e terapias adjuvantes: cada uma mostrou benefícios significativos no tratamento do DPM, esperando para ser revelada no devido tempo. Conclusão: Avanços recentes no tratamento do derrame pleural maligno, especialmente o uso de cateteres pleurais de demora e técnicas minimamente invasivas, demonstraram sua eficácia na melhoria dos resultados clínicos e da qualidade de vida dos pacientes. Esses métodos oferecem alternativas práticas e menos invasivas aos procedimentos tradicionais, como a pleurodese com talco. Diretrizes atualizadas e estudos comparativos reforçam a importância dessas inovações, sugerindo uma mudança positiva na prática clínica. Pesquisas futuras devem continuar a explorar e otimizar essas abordagens para garantir o melhor atendimento aos pacientes com DPM.

Palavras-chave: Derrame pleural maligno , Intervenções cirúrgicas , Qualidade de vida , Novas terapias



**BÓCIO MERGULHANTE- CIRURGIA DE RESGATE PÓS TIREOIDECTOMIA**

ELIAS AMORIM<sup>2</sup>; Frederico Augusto Berniz Aragão<sup>2</sup>; Bruno Mileno Magalhães de Carvalho<sup>2</sup>; Joel Fernando Bayma da Silva<sup>2</sup>;

1. ; 2. Hospital Geral;

O bócio mergulhante é uma afecção relativamente rara da glândula tireóide, que acomete principalmente mulheres acima de 60 anos, caracterizada por tireóide aumentada de tamanho, peso e volume, que invade a cavidade torácica total ou parcialmente. Sua primeira descrição data de 1749 . Em geral, é um quadro crônico, de evolução lenta e de aspecto insidioso, sendo assintomático em até 65% dos casos<sup>1</sup>. Estima-se que, de cada 100 casos de bócio, apenas um é do tipo mergulhante. É responsável por cerca de 7% dos tumores do mediastino e de 3% a 20% das tireoidectomias. A maior parte consiste em massa benigna, localizada no mediastino superior<sup>2</sup>. O tratamento é cirúrgico e a maioria das vezes por cervicotomia. A possibilidade de ser necessário um acesso combinado, com uma incisão cervical e outra torácica, torna o tratamento do bócio mergulhante um desafio tanto no pré quanto no intra-operatório. O componente intratorácico pode ocasionar a compressão da traquéia e do esôfago e causar disfagia. Sendo esta um sintoma freqüente no bócio mergulhante e que desaparece após a remoção cirúrgica do mesmo. Neste trabalho apresentamos 08 casos de bócio mergulhante operados para resgate dos mesmos após cirurgias prévias de tireoidectomia em que foi deixado o bócio no mediastino do paciente.

Palavras-chave: Bócio , Mergulhante , intratorácico



***Bócio mergulhante pós tireoidectomia: um relato de caso***

*Vitória Maria Moraes Santos; Mariana Chaves Mendonça; Douglas da Costa Siqueira; Danielle Almeida dos Santos; Paulo Victor Nascimento Silva; Bruno Mileno Magalhães de Carvalho; Elias Amorim; UFMA;*

Paciente M.A.O.C, feminina, 65 anos, parda, com histórico pregresso de tireoidectomia realizada no ano de 2023. É hipertensa e pré-diabética, nega alergias e à admissão no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr Tarquínio Lopes Filho, não possuía queixas. Os seguintes exames foram realizados antes do ato cirúrgico: Ressonância Magnética de tórax mostrava uma LESÃO EXPANSIVA DE CONTORNOS LOBULADOS, SÓLIDA, COM ÁREAS CÍSTICAS NO SEU INTERIOR LOCALIZADA NA TRANSIÇÃO CERVICOTORÁCICA, COMPRIMINDO E DESLOCANDO PARA A ESQUERDA A TRAQUEIA. PROJETANDO-SE NO MEDIASTINO ANTERIOR A LESÃO APRESENTA ÍNTIMO CONTATO COM TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO, ARTÉRIA SUBCLÁVIA ESQUERDA E CARÓTIDA ESQUERDA. A Tomografia Computadorizada do Tórax demonstrava um status pós-cirúrgico de tireoidectomia, onde evidenciamos cavidade cirúrgicas na topografia da loja tireoidiana. Lesão com atenuação de partes moles e focos de calcificação ocupando o mediastino anterior e superior, medindo 3,7 x 4,6 x 5,5 cm (volume estimado em 49,01 cm<sup>3</sup>), com impregnação heterogênea após a administração do meio de contraste intravenoso, localizada superiormente a veia braquiocefálica esquerda, determinando afastamento da artéria carótida comum e braquiocefálica direita de suas homônimas contralaterais e leve deslocamento da traqueia para a esquerda, atingindo altura da loja tireoidiana direita. Não há linfonodomegalias mediastinais. Não se evidenciam sinais de derrame pleural ou pericárdico. TC DE PESCOÇO- STATUS PÓS CIRURGIA DE TIREOIDECTOMIA. COM LESÃO COM ATENUAÇÃO DE PARTES MOLES E FOCOS DE CALCIFICAÇÃO OCUPANDO O MEDIASTINO ANTERIOR E SUPERIOR DE 3,7X 4,6X 5,5 CM Paciente foi admitida no centro cirúrgico para realização de ressecção de bócio tireoidiano no espaço intratorácico por via cervical. Foi feita exérese completa da lesão sem intercorrências apesar da dificuldade topográfica, pois o tumor encontrava-se abaixo do arco aórtico. Paciente teve alta hospitalar no terceiro dia pós operatório sem queixas.

Palavras-chave: Bócio intratorácico , Neoplasia mediastinal , Glândula Tireoide



**BOLHA PULMONAR GIGANTE EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO E SEM OUTRAS ALTERAÇÕES PULMONARES**

*Bruno Andrade Horta<sup>1</sup>; Marina Barela Braga de Oliveira<sup>2</sup>; Guilherme Brasil Lanza de Mello<sup>1</sup>; Ana Karen Alves<sup>1</sup>; Diana Neves Ladeira<sup>1</sup>; Márcio Mattos Pinheiro Junior<sup>1</sup>; Gabriel Tiago Ligório<sup>1</sup>; 1. Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais; 2. Hospital Mater Dei;*

OUTRAS ALTERAÇÕES PULMONARES. Objetivo: Este relato de caso tem o objetivo de discorrer sobre paciente assintomático e sem doença pulmonar prévia com bolha subpleural gigante, simulando um pneumotórax, e realizar uma breve revisão na literatura sobre este achado. Relato de caso: Paciente masculino, 54 anos, diabético, dislipidêmico, sem tabagismo ou pneumopatias prévias. Foi encaminhado ao pronto socorro, após consulta pré-operatória para realização de prostatectomia robótica por neoplasia de próstata, devido suspeita radiográfica de volumoso pneumotórax à direita. Encontrava-se assintomático e em bom estado geral. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax, a qual mostrou bolha subpleural gigante em hemitórax direito com desvio contralateral do mediastino, sem alterações do parênquima pulmonar. Submetido a Videotoracoscopia, com identificação de múltiplas bolhas subpleurais, em base de lobo inferior direito, ocupando todo hemitórax com atelectasia do pulmão ipsilateral. Submetido, então, a ressecção em cunha de Lobo Inferior Direito, englobando todas as bolhas. Houve expansão pulmonar completa em intra-operatório. Apresentou boa evolução no pós-operatório, sendo retirado dreno de tórax e recebendo alta hospitalar no 2º DPO. Discussão: A bolha (bleb) pulmonar é causada pela ruptura alveolar, permitindo que o ar se desloque através do septo interlobular, até a região subpleural. Diferentemente da bulla, que é uma lesão enfisematosa distal acinar (ou paraseptal), o deslocamento causado pelo enfisema intersticial subpleural da bleb geralmente é pequeno, com diâmetro de 1-2 cm. Podem ser únicas ou múltiplas, afetando uni ou bilateralmente, localizadas principalmente nas margens apicais dos lobos pulmonares superiores, sendo denominadas gigantes quando ocupam 1/3 ou mais do hemitórax. Podem estar associadas à tabagismo, tuberculose, sarcoidose, trauma ou alterações congênitas, principalmente. Essas bolhas gigantes se desenvolvem e podem comprimir o parênquima pulmonar normal circundante, ou causar um pneumotórax primário espontâneo ao se romperem. Habitualmente, não é fácil diferenciar pela radiografia de tórax se a imagem se trata de uma bolha enfisematosa ou pneumotórax propriamente dito, sendo o uso da TC de tórax importante para tal definição. Atualmente, a grande maioria das bolhas é ressecada por videotoracoscopia ressecção pulmonar em cunha com grampeador cirúrgico. No caso relatado, o paciente se difere da epidemiologia clássica uma vez que se tratava de paciente hígido, sem história prévia de tabagismo ou doenças pulmonares e que se apresentava, apesar da volumosa bleb pleural, de forma assintomático. Além disso, a localização da bolha (lobo inferior) também destoa das estatísticas mais recentes que indicam como localização preferencial as regiões apicais. Conclusão: Distinguir pneumotórax de grandes blebs pulmonares com base na radiografia de tórax é muitas vezes desafiador, mas fundamental no manejo do paciente, sendo o uso da TC de tórax imprescindível nesse contexto. A abordagem cirúrgica com ressecção das bolhas por videotoracoscopia é primeira opção de tratamento, apresentando bons resultados.

Palavras-chave: Bleb pulmonar gigante , Pneumotórax , Videotoracoscopia



**CÂNCER DE PULMÃO EM PAREDE DE BOLHA ENFISEMATOSA: UM RELATO DE 2 CASOS**

*Ana Victoria Dantas Mota Ramalho; Sarah Beatriz Muritiba Delgado; Manoel Alves Mota Neto; Antero Gomes Neto; Thiago Gitirana Rocha; Maria Eduarda Cavalcante da Rocha; Thamiris Almeida Saraiva Leão; Universidade Federal do Ceará;*

Objetivo: Descrição detalhada e análise de dois casos de câncer de pulmão associado à parede de bolha enfisematosa, focando nas características clínicas, diagnósticas, terapêuticas e desfechos clínicos. Relato de Caso: Caso 1 Paciente masculino, 72 anos, ex-tabagista (88 maços/ano), realizou RX de tórax rotineiro, na qual foi identificado um nódulo pulmonar, seguindo com TC de tórax que evidenciou presença de nódulo com densidade de partes moles (47UH), contornos irregulares, situado na cortical do segmento basal lateral do LID, medindo 1,5x0,7cm, na parede de BE; lobos superiores apresentando BE bilateralmente; mediastino sem adenomegalias. A RNM de crânio descartou metástases cerebrais. Após isso, exame de PET/CT evidenciou nódulo pulmonar de contornos irregulares no LID, apresentando leve aumento do metabolismo do FDG (SUV = 3,2). Optou-se por realizar lobectomia por vídeo como abordagem cirúrgica, com linfadenectomia hilar. A análise dos espécimes cirúrgicos revelou adenocarcinoma pulmonar padrão papilífero moderadamente diferenciado, de margens livres, sem invasão pleural, medindo 1,1 cm (pT1b), em LID, e inesperadamente, um adenocarcinoma padrão lipídico (in situ), medindo 0,47 mm na parede de BE de LSD. Linfonodos sem metástase (pN0). Estadiamento patológico IA2 = pT1b, pN0. A cirurgia por vídeo permitiu abordagem segura e a realização de lobectomia e bulectomia com ressecção de dois tumores de pulmão de apresentação incomum. Caso 2: Paciente, 64 anos, ex-fumante (30 maços-ano), histórico de rinite alérgica, DM2 e dislipidemia, durante investigação a reação alérgica a dipirona e AINES realizou RX tórax apresentando nódulo denso de 6mm no terço inferior do pulmão direito, comparecendo a consulta especializada sem alterações de exame físico e ectoscopia, com TC de tórax após o raio-x de tórax evidenciando presença de bolha ou cavidade de paredes finas com espessamento na parede superior da referida bolha, situada no segmento superior do LID, sendo a hipótese diagnóstica: tumor em parede de bolha ou bola fúngica enfisematosa. Foi solicitada nova TC com mudança de decúbito, na qual foi observada bolha enfisematosa de LID (3,4x2,5cm) com espessamento nodular (1,4x1,3cm) com realce de contraste (30 para 60 UH) e espessamento pleural regular focal adjacente aos lobos inferiores; além disso a espirometria revelou VEF1 de 2,5l e relação VEF1/CVF de 0,7. A tomografia de emissão de pósitrons com 18F-fluorodeoxiglicose (FDG) revelou uma lesão cavitada no segmento superior do LID medindo 3,0x1,6cm. Os achados sugeriram a presença de um câncer de pulmão associado a uma bolha enfisematosa, sendo a biópsia de congelação, após a segmentectomia por VATS, negativa para tumor. O diagnóstico anatomopatológico apresentou perfil imunoistoquímico em conjunto com achados morfológicos consistentes com carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciados, medindo 3,2cm, com margens livres e linfonodos livres de neoplasia, no estágio Ib (pT2a Pn0). Posteriormente, o paciente foi submetido a uma lobectomia pulmonar por VATS de LID e linfadenectomia mediastinal das cadeias 4, 7, 9 e 11. Paciente acompanhado há 16 meses, clinicamente bem e sem recorrência tumoral.

Palavras-chave: Adenocarcinoma , Neoplasia de Pulmão , Bolha Enfisematosa



***Carcinoma Basocelular (CBC) invasivo infiltrando parede torácica: um relato de caso***

*Gustavo Moreira Siqueira<sup>1</sup>; Davi Sartório Cypriano<sup>2</sup>; Larissa Cavalcante Amora<sup>2</sup>; Paulo André Pereira Lobo<sup>2</sup>; Rafael Fernandes Viana Araújo<sup>2</sup>; Francisco Matheus Tavares Fernandes Vieira<sup>2</sup>; Israel Lopes de Medeiros<sup>2</sup>; 1. ; 2. Hospital do Coração de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart;*

**OBJETIVO** As neoplasias da parede torácica incluem um espectro de tumores teciduais, ósseos e cartilagenosos que podem desafiar até mesmo o cirurgião mais experiente. Representam menos de 5% dos tumores torácicos, podendo corresponder a tumores primários ou metastáticos. A pedra angular terapêutica é a ressecção cirúrgica, por vezes, exigindo esforço cooperativo de cirurgia torácica e plástica para ressecção e reconstrução local. No Brasil, o câncer de pele não melanoma é a neoplasia mais incidente dentre todas, representando cerca de 31,3% de todos os casos. Entre esses, o Carcinoma Basocelular (CBC) é o subtipo mais comum. O CBC metastático é raro, sua incidência varia de cerca de 0,5% dos casos. Os fatores de risco são reoperações prévias, radioterapia prévia, diâmetro da lesão maior do que 5 cm, entre outros. O objetivo desse estudo consiste em relatar um caso incomum de um CBC metastático e loco-infiltrativo da pele para parede torácica. **RELATO DE CASO** Sexo masculino, 60 anos, agricultor, possui histórico de ressecção de nevo em região dorsal de hemitórax esquerdo (HTE) em 2018, com anatomopatológico de CBC, deu entrada em serviço de cirurgia torácica do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart em julho de 2023, após início de dor em HTE um ano após sua primeira cirurgia, associada a trauma direto neste local (SIC). Na primeira consulta, trouxe Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax sem contraste, de janeiro de 2023, que identificou “lesões osteocondrais costais insuflantes à esquerda” e, durante o exame físico, foi evidenciada a presença de duas lesões de pele suspeitas para neoplasia em região dorsal e torácica lateral esquerda, próximo a topografia de sua ressecção prévia. Assim, foi encaminhado para realizar uma nova TC com contraste neste serviço, que observou lesão de densidade partes moles emoldurando arco costal esquerdo (T7) com sinais de osteólise local. Realizada biópsia da região acometida, sendo evidenciado, em anatomopatológico, CBC com invasão de tecido muscular e esquelético. O caso foi discutido em sessões de Tumor Board e foi programada a ressecção da lesão, que ocorreu em 25/10/23, por meio de toracectomia, costectomias e reconstrução de parede torácica com tela de Marlex e retalhos miocutâneos. Devido extensa área de fibrose local pela ressecção prévia na mesma topografia, houve maior dificuldade e tensão de tecidos para fechamento da ferida operatória durante o procedimento, porém foi alcançado com a ajuda da cirurgia plástica na reconstrução. Isso ocasionou prolongamento da cicatrização por um período de 60 dias, com 14 dias de internação, seguida de acompanhamento ambulatorial semanal com estomatoterapia. Atualmente, encontra-se bem, com ferida operatória em ótimo aspecto cicatricial e sem sinais de recidiva. O anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou CBC com margens cirúrgicas livres, porém exíguas, sendo encaminhado para rádio-oncologista para ponderar tratamento adjuvante local.

Palavras-chave: Parede Torácica , Carcinoma Basocelular , Metástase



***Carcinoma de pequenas células de pulmão estágio Ia3 descoberto após lobectomia pulmonar***

*Leonardo Cesar Silva Oliveira; Fabio Rocha Fernandes Tavora; Ana Claudia da Silva de Oliveira; Larissa Cavalcante Amora; Roberto Bruno Lima de Medeiros; Francisco Israel Araujo Costa; George Lucas Vieira Florêncio;  
Hospital de Messejana;*

Objetivo: Descrever o achado incomum de um carcinoma neuroendócrino de pequenas células com estágio patológico inicial operado com possibilidade de tratamento curativo. Relato de caso: Mulher, 65 anos, descobriu nódulo pulmonar em exames de rotina. Tabagista desde os 25 anos de idade. Admitida com tomografia computadorizada (TC) de 3 meses que mostrou lesão de 1,7 cm em lobo superior direito. Nova TC a mesma lesão. Foi preparada para cirurgia com TC de crânio, abdome, ecocardiografia todos normais. Por questões da realização de exames pré-operatória foi operada apenas 4 meses depois (8 meses após a primeira tomografia) e ainda sem diagnóstico histológico. Submetida a lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastinal regradada de cadeias 4, 7, 8, 10, 11, 12 e 13. A biópsia excisional mostrou carcinoma G2 com margens vascular, brônquica e pleural livres, assim como STAS ausente e linfonodos livres. A imunohistoquímica confirmou carcinoma neuroendócrino de Alto Grau, consistente com carcinoma de pequenas células. Diante do achado após discussão multidisciplinar foi decidido não realizar adjuvância já que o comportamento da doença não parece ser agressivo embora os algoritmos de vários órgãos recomendam adjuvância nesse estágio de doença. Tumores de neuroendócrinos de pequenas células raramente são descobertos em estágio inicial e comumente já apresentam doença linfonodal extensa ou metástases a distância no momento do diagnóstico.

Palavras-chave: Câncer de pequenas células do pulmão , Neuroendócrino de pulmão , Cirurgia



**Carcinoma Mucoepidermóide: Relato de Caso**

Gabriel Gurgel Silva Fernandes<sup>1</sup>; Fernando Etros Martins Lessa<sup>3</sup>; Davi Lopes Santos<sup>4</sup>; Jose Leonardo Gomes Rocha Júnior<sup>2</sup>; Isadora Priscila de Oliveira Sizenando<sup>2</sup>; Paulo Jorge Petrola Bezerra<sup>2</sup>; Alexandre Marcelo Rodrigues Lima<sup>2</sup>;

1. Centro Universitário Christus; 2. Hospital Geral Dr. César Cals; 3. Universidade de Fortaleza; 4. Universidade Estadual do Ceará;

Objetivo: Realizar um relato de caso envolvendo um paciente que apresentou sintomatologias inespecíficas associadas a uma lesão endobrônquica e, após avaliação diagnóstica e terapêutica, foi realizado o diagnóstico de Carcinoma Mucoepidermóide (CMP) em região carinal. Relato de Caso: Paciente de 35 anos, sexo masculino, sem comorbidades prévias e sem histórico de etilismo ou tabagismo, iniciou quadro de tosse seca, predominantemente no período noturno, associada a sibilos e dispnéia após crises de tosse, em fevereiro de 2019. À época, procurou assistência médica, ocasião em que foi medicado considerando um quadro de infecção de vias aéreas superiores (IVAS) de origem viral. 8 meses após o primeiro episódio, em outubro de 2019, apresentou novo episódio de tosse seca e dispnéia, desta vez com sintomas mais exuberantes e fez uso inicialmente de amoxicilina com clavulanato, sem melhora do quadro. Iniciou, em seguida, tratamento com azitromicina, prednisona, beclometasona inalatória e salbutamol, com melhora do quadro. Diante da pobre resposta à antibioticoterapia, recorrência do quadro acima descrito e comprometimento importante da qualidade de vida e da produtividade paciente, passou a ser realizado seguimento em ambulatório de pneumologia, onde realizou Tomografia Computadorizada (TC) de tórax dia 31/01/2020, que evidenciou massa em região endotraqueal à nível de carina. Em decorrência deste achado, foi transferido para acompanhamento com equipe de cirurgia torácica, realizou broncoscopia dia 06/02/2020, que evidenciou lesão de aspecto neoplásico subocludindo ambos os brônquios fonte com base na carina traqueal, sendo realizada ressecção da mesma. O anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou CMP de baixo grau e o paciente permaneceu em acompanhamento ambulatorial enquanto aguardava nova programação cirúrgica. Em 27/08/2020, realizou seguimento cirúrgico com carinectomia, broncoplastia (anastomose da parede medial de ambos os brônquios fonte, confecção de neocarina e traqueoplastia com anastomose de traqueia em neocarina), linfadenectomia mediastinal (cadeias 2, 4 e 7) e toracostomia com drenagem, procedimento com proposta curativa. Evoluiu após o procedimento hemodinamicamente estável, referindo uma dor ventilatório-dependente em topografia de rebordo costal direito, com melhora após manejo terapêutico com analgésicos. Seguimento com broncoscopia evidenciou anastomose com neocarina sem sinais de deiscência, com pequena diminuição do calibre ao qual não afectava a funcionalidade do paciente, recebendo alta hospitalar posteriormente com manutenção do acompanhamento em ambulatório de pneumologia e cirurgia torácica. Conclui-se que tais tumores, embora raros, podem ser tratados satisfatoriamente através de ressecções econômicas e com bons resultados funcionais e oncológicos, através de toracotomia com lobectomia, lobectomia com sleeve brônquico, lobectomia com broncoplastia, segmentectomia ou excisão endoscópica, todavia, atualmente, a abordagem mais frequentemente utilizada é a cirurgia por toracoscopia vídeo-assistida.

Palavras-chave: Carcinoma mucoepidermóide , Broncoscopia , Carina



### **CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

*Guyllherme Portela Melo; Francisco Victor Alves da Silva; João Victor Martins Ribeiro; Nairo Sabóia Cavalcante; Edla Gomes Castro; Carlos Irineu Davi Aguiar; Mariana Coelho Serpa Almeida Melo; Centro Universitário INTA - UNINTA;*

**Objetivos:** O estudo busca avaliar o impacto da Circulação Extracorpórea (CEC) na Cirurgia Cardiovascular no Brasil, discutir suas principais indicações, descrever sua evolução, analisar impactos positivos e complicações associadas ao seu uso, apresentar inovações tecnológicas, refletir sobre desafios éticos e econômicos, e servir como um recurso abrangente para profissionais de saúde, pesquisadores e estudantes interessados na CEC. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática abrangente utilizando as bases de dados MEDLINE e LILACS, acessadas pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram selecionados artigos publicados entre 2014 e 2024, em português e inglês, utilizando os descritores "Circulação Extracorpórea" e "Cirurgia Cardiovascular". A busca inicial identificou 171 artigos, que passaram por uma análise crítica detalhada para determinar sua relevância. **Resultados:** A avaliação do impacto da CEC na cirurgia cardiovascular no Brasil revela avanços significativos, desafios persistentes e oportunidades de melhorias. A CEC é amplamente adotada em centros de excelência, beneficiando de avanços tecnológicos como oxigenadores de membrana de alta eficiência e bombas centrífugas, que aumentam a segurança e a eficácia das cirurgias, reduzindo complicações e melhorando resultados pós-operatórios. A adoção dessas tecnologias avançadas demonstra o compromisso dos centros brasileiros em proporcionar cuidados de saúde comparáveis aos melhores padrões internacionais. A crescente adoção da CEC também estimulou a necessidade de formação especializada, com investimentos em programas de capacitação para cirurgiões cardiovasculares, perfusionistas e equipes de suporte. A CEC transformou a cirurgia cardiovascular, permitindo procedimentos complexos com maior segurança e eficácia. Historicamente, sua trajetória começa no final do século XIX, culminando na primeira aplicação clínica bem-sucedida em 1953 pelo Dr. John Gibbon. Este avanço expandiu as fronteiras da cardiologia cirúrgica e melhorou significativamente os resultados dos pacientes. Apesar dos benefícios, a CEC não é isenta de complicações e riscos, como a reação inflamatória sistêmica, disfunção renal e pulmonar. O manejo dessas complicações exige estratégias avançadas e monitoramento rigoroso. Os avanços tecnológicos continuam a aprimorar a segurança e a eficácia da CEC. A adoção e expansão da CEC levantam questões de custo-efetividade, acesso e equidade. A tecnologia é cara, e seu uso deve ser justificado em termos de benefícios clínicos. É crucial garantir acesso equitativo a essa tecnologia vital em todas as regiões do Brasil. Programas de governo e iniciativas públicas devem focar na distribuição equitativa de recursos e capacitação de profissionais. **Conclusão:** A CEC é fundamental na evolução da cirurgia cardiovascular, permitindo cirurgias complexas com melhoras significativas nos resultados dos pacientes. No entanto, desafios permanecem, demandando atenção contínua para minimizar complicações e otimizar resultados. A contínua pesquisa e desenvolvimento, garantirão que a CEC permaneça uma ferramenta vital na cardiologia moderna, salvando vidas e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Circulação Extracorpórea , Cirurgia Cardiovascular , Avanços , Desafios



**Comparação de resultados de curto e longo prazo da Cirurgia de Nuss em adultos antes e após retirada das barras: uma revisão integrativa**

Lucas Eduardo Pinho Barcelos; José Fernando Muniz Clarindo; Sabrina de Castro Sales; Bruna Tháísla Lima da Costa; Renato Aldo Mourão de Sousa; Nara Kelly Ribeiro de Lima; Universidade Estadual do Ceará (UECE);

OBJETIVOS: Analisar, comparar e sintetizar os resultados de curto e longo prazo da cirurgia de Nuss em adultos para a correção do pectus excavatum antes e após a retirada das barras. MÉTODOS: Trata-se de uma revisão integrativa, em que foram utilizadas as bases de dados MEDLINE, EMBASE e SCOPUS através dos descritores MeSH/DeCS "funnel chest", "adult" e "time", combinados por meio do operador booleano AND, no período de 2016 a 2024. Foram selecionados 6 artigos, que coincidem com o alinhamento do trabalho por meio da leitura do título, resumo e texto completo. RESULTADOS: Em uma avaliação de 122 pacientes realizada 3, 12, 36 e 120 meses após a cirurgia, tendo as barras removidas após 3 anos, a maioria dos pacientes relatou uma qualidade de vida melhor ou muito melhor: 88,4% aos 3 meses, aumentando para 92,5% após 36 meses. A dor pós-operatória, embora presente inicialmente em 50,4% dos pacientes, diminuiu com o tempo. No entanto, a dor persistente com movimentos do tórax foi a principal causa de qualidade de vida inalterada ou piorada em pacientes após um ano (9,8%) e após três anos (2,5%). 19 desses pacientes foram acompanhados por 10 anos, com satisfação de resultado estético de 84,2% (16), e 31,6% (6) relatando dor leve. Em outra análise feita com 89 pacientes, 90,8% dos pacientes tiveram a barra removida após um período médio de 32,9 meses, com resultados cirúrgicos satisfatórios em 94,4% dos casos. A maioria dos pacientes relatou melhora na saúde geral e na tolerância ao exercício após a cirurgia, com 89,7% observando uma melhoria subjetiva na aparência do tórax e 84,6%. O índice de satisfação geral foi elevado, com 82% dos pacientes satisfeitos ou muito satisfeitos com os resultados e 79,5% afirmando que fariam a operação novamente. Em comparação, um outro estudo com 266 pacientes (18 a 29 anos: 115 [43,2%]; ≥30 anos: 151 [56,8%]), 96,5% dos pacientes de 18 a 29 anos e 88,7% dos pacientes com 30 anos ou mais tiveram procedimentos bem-sucedidos. Complicações como pneumonia, infecções e íleo foram mais frequentes em pacientes com 30 anos ou mais. Os com 30 anos ou mais foram acompanhados por uma média de 843,2 dias, com 29 pacientes tendo as barras removidas e nenhum relatando recorrência substancial dos sintomas. Outro estudo feito com 52 pacientes, com média de idade de 37 anos mostrou que 70% precisou de duas barras para resultados satisfatórios. Por fim, a melhora significativa da função cardiopulmonar e psicossocial foi constatada na maioria dos adultos, isso inclui redução da dispneia, aumento da capacidade de exercício e melhora da autoestima devido à correção da deformidade. CONCLUSÃO: A cirurgia de Nuss em adultos tem se mostrado bastante eficaz na reconfiguração da parede torácica tanto em curto, quanto em longo prazo. Modificações na técnica e o uso de múltiplas barras, têm melhorado a segurança e eficácia do procedimento nessa faixa etária. A comparação dos estudos foi convergente, uma vez que maioria desses pacientes relatou alta satisfação com os resultados estéticos mesmo após a retirada das barras e recomendaria a cirurgia a outros, além de melhora geral da função cardiopulmonar.

Palavras-chave: pectus excavatum , cirurgia de nuss , resultados , curto prazo , longo prazo



**Comparação entre abordagens atuais da lobectomia pulmonar para ressecções pulmonares anatômicas: videoassistida (VATS) e robótica (RATS)**

Marcelo de Gois Ribeiro<sup>2</sup>; Elise Ito Martins de Souza<sup>2</sup>; Gustavo Lopes Teixeira<sup>2</sup>; Felipe Augusto Vasconcelos Almeida<sup>2</sup>; Leonardo Cesar Silva Oliveira<sup>1</sup>;

1. Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes; 2. Universidade de Fortaleza (UNIFOR);

Objetivo: Estudar os últimos resultados na literatura que comparam a lobectomia pulmonar videoassistida (VATS) com a robótica (RATS). Métodos: O presente trabalho é uma revisão da literatura. Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos publicados na língua inglesa e portuguesa nos últimos 4 anos. A busca foi realizada por meio dos portais PubMed e Scielo. Foram selecionados descritores indexados no DeCS, conectados através dos operadores booleanos AND e E, por meio das seguintes associações: “robotic-assisted thoracoscopic lobectomy and video-assisted thoracoscopic lobectomy” e “lobectomia pulmonar robótica e videoassistida”. Dos artigos encontrados, foram utilizados os considerados mais importantes para o objetivo deste estudo. Resultados: A lobectomia pulmonar é uma terapêutica padrão para neoplasias pulmonares iniciais e avançadas cujas características tornam as ressecções sublobares inadequadas. Esse tratamento pode ser realizado por meio de duas técnicas cirúrgicas: a videoassistida (VATS) e a robótica (RATS). A VATS é um procedimento que inclui uma incisão de acesso de 4 a 8 cm e uma abordagem totalmente endoscópica sem espalhamento de costelas e dissecação anatômica individual e divisão da veia pulmonar, artéria e brônquio. A RATS é uma abordagem de três braços com uma incisão adicional para o cirurgião assistente. Estudos recentes indicam que a RATS é superior à VATS, pois proporciona manipulação cirúrgica precisa em regiões anatômicas especialmente confinadas, além de possuir melhor ergonomia, óptica tridimensional, movimentos do instrumento no pulso, uma fase de aprendizagem mais curta e uma taxa de mortalidade mais baixa. Em contrapartida, a RATS apresenta maior tempo operatório e maiores custos hospitalares. Na lobectomia, a RATS apresenta vantagens sobre a VATS em termos de remoção precoce do dreno torácico, alta precoce, menor taxa de toracotomia, menor vazamento de ar pós-operatório e uma tendência potencial de maior número de dissecações de linfonodos. No que tange a confiabilidade técnica em procedimentos oncológicos, estudos recentes afirmam que a VATS e RATS se equiparam, apesar de haver um crescimento no número de operações VATS para o tipo de ressecção citado anteriormente. Em um ensaio clínico randomizado, incluindo pacientes com lesões pulmonares candidatos à lobectomia pulmonar, foi observada uma significativa menor taxa de reinternação de pacientes submetidos à RATS (1 paciente vs. 8 pacientes) quando comparada à VATS. Conclusão: Tanto a técnica VATS quanto a RATS apresentaram desfechos similares quanto à eficácia. A RATS parece estar relacionada à menor taxa de reinternação hospitalar e de mortalidade, além de propiciar manipulações cirúrgicas precisas em áreas restritas. Entretanto, a VATS se destaca por requerer um menor custo em muitos estudos, sendo utilizada especialmente em remoções oncológicas. Visto que as vantagens da RATS foram avaliadas em algumas áreas em relação à VATS, são necessários maiores estudos de investigações comparativas, a fim de proporcionar mais evidências quanto à eficácia de ambas as modalidades cirúrgicas.

Palavras-chave: Lobectomia , VATS , RATS



**Correção de Pectus Misto empregando a associação da técnica de Park para Pectus Excavatum e da técnica de Tarhan para Pectus Carinatum - Relato de caso**

*Maria clara duarte de Figueirêdo<sup>1</sup>; Alan Breno Moura Pontes<sup>2</sup>; Emile Nycolle da Silva Souza<sup>1</sup>; Rafaela Pessoa de Amorim<sup>1</sup>; Raissa Riane de Lucena Vidal<sup>1</sup>; Janine Monte Soares<sup>1</sup>; Bárbara Moreira Cavalcante<sup>3</sup>; 1. Centro Universitário Chistus; 2. Hospital Otolírica; 3. Universidade Politécnica e Artística do Paraguai - UPAP;*

Objetivo: O Pectus misto é a associação entre o pectus excavatum e o carinatum, uma deformidade incomum da parede torácica caracterizada pela depressão e pela protrusão de regiões do esterno. Em mais de 90% dos casos a deformidade é observada no início da adolescência, frequentemente piorando consideravelmente durante o crescimento. Os sintomas fisiológicos estão correlacionados à gravidade das alterações torácicas, não sendo comum manifestações na maioria dos pacientes, tornando-se a aparência estética a principal preocupação. O pectus não apresenta resolução espontânea e pode estar associado a outras anormalidades espinhais, frequentemente encontradas em indivíduos com síndrome de Marfan e Noonan. O objetivo deste trabalho é relatar o método cirúrgico extra e intratorácica inovador que foi realizado em um paciente adulto com uma condição mista de deformações, obtendo sucesso e comprovando a efetividade e o êxito do procedimento e da tática operatória. Relato de caso: RYL, Masculino, 35 anos, Engenheiro Civil, natural e procedente do Rio Grande do Norte (RN), solteiro. O Paciente possui características marfanóides, com braços longos, quadril largo, 1,92 m de altura, IMC de 20,35 kg/m<sup>2</sup>, peso de 75kg, costelas alongadas importantes (Rib flare) e deformidade em tórax, evidenciando pectus misto (excavatum e carinatum). Observa-se grande protrusão costocostal à direita e esterno rodado com depressão esquerda. Há 15 anos realizou o tratamento conservador com colete de compressão dinâmica, que não demonstrou sucesso terapêutico. Em janeiro de 2023 buscou consulta com um cirurgião torácico para realizar avaliação do seu caso, referindo queixas estéticas que influenciavam na sua autoestima e dor frequente na região anterior do tórax, que piorava aos esforços. Após estudo do caso, foi operado em julho de 2023 sem demais intercorrências pós-cirúrgicas e com um ótimo resultado estético e simétrico do tórax. Para o caso, foi planejado o uso da “sandwich technique”, recentemente demonstrada pelo Dr. Park na Coreia do sul, para correção torácica em que utiliza-se três ou mais barras metálicas curvas, moldadas de acordo com a curvatura das assimetrias, para contenção das estruturas. No entanto, o plano de saúde do paciente autorizou apenas o uso de duas barras metálicas para a realização do procedimento. O cirurgião optou pela técnica de Park para a região com maior presença do pectus excavatum, na região transversal do 5º espaço intercostal (EIC), de modo que a segunda barra foi aplicado a técnica de Tarhan para pectus carinatum, sendo fixada na região do 6º EIC à direita e 7º EIC à esquerda. Em retorno após 2 meses do procedimento, o paciente manifestou complicações de possível infecção oculta, sendo internado para a realização do uso de antibiótico endovenoso por 10 dias. Após alta, cessou os episódios febris e realizou acompanhamento médico para monitoramento dos picos de proteína C reativa. Atualmente, refere dor esporádica na localização do procedimento cirúrgico, com hematomas ocasionais que associa com a ingestão de crustáceos “SIC”, não apresentando demais complicações ou queixas.

Palavras-chave: Pectus misto, Pectus carinatum, Pectus excavatum, Técnica de Park, Técnica de Tarhan



***Criação de um portal (Web Site) para divulgação da residência em cirurgia torácica e endoscopia respiratória – dicas e desafios***

Leonardo

Cesar

Silva

Oliveira;

Hospital de Messejana;

Objetivo: Descrever o processo da criação de um portal na internet (web site - WS) completo desenvolvido para divulgação de um serviço de Residência Médica (RM) em Cirurgia Torácica (CT) e endoscopia respiratória (ER). Nosso serviço de RM em CT e de área de atuação em ER tem mais de 20 anos de existência e carece de maior divulgação nacional. A decisão da criação de um WS parece ser a solução para divulgação de nossa experiência e convidar futuros residentes. O WS criado é o primeiro da nossa residência médica. Método: O primeiro passo é a escolha do local onde o WS foi hospedado. A decisão de não usar a estrutura física de informática do hospital foi devido as constantes mudanças e momentos de ausência (downtime) dos servidores, além da importante burocracia envolvida. Inúmeras empresas oferecem o serviço de hospedagem no Brasil e no mundo com inúmeros detalhes técnicos das hospedagens, então a escolha foi por um serviço com hospedagem com Wordpress (WP). O WP é baseado em PHP e MySQL e nasceu para criação de blogs mas pode ser modificada para páginas estáticas e dinâmicas. Além disso o WP dispõe de amplas aplicações (plugins) que permitem implementação de diversas funcionalidades. Aliado a ele usamos o Elementor Pro (EP) para implementação gráfica. O EP usa edição por blocos que torna a criação muito fácil e prática, além de oferecer visual elaborado com responsividade para as diversas plataformas (desktop, tablet e smartphone), tornando o portal agradável. O EP permite edição WYSWYG (What you see is what you get – o que você vê é o que você tem). Outros softwares utilizados foram: Edição e corte de fotos o Adobe PhotoShop, Criação de gráficos vetoriais o Adobe Illustrator e Organização de textos o Microsoft Word e Excel. As ferramentas escolhidas têm todas as disponibilidades de tutoriais gratuitos na internet e são extremamente fáceis. Resultados: O trabalho se inicia com a configuração do WP e criação do modelo de menu. O restante da confecção é realizado no EP. O mapa básico do WS inclui: História do hospital, historia do serviço, nome dos egressos do serviço com informações atualizadas de contato com cada um (desde que autorizado pelo interessado), informação sobre a seleção, lista de publicações e trabalhos desde a criação da RM, informações sobre o corpo clinico da especialidade, recursos do hospital, página que dirige para login de acesso a plataforma REDCap (Research Eletronic Data Capture) e o futuro banco de dados dedicado para pesquisa além de informações para contato. Com os recursos utilizados foi possível criar um portal com excelente responsividade. Não menos importante foi o chamado para que as chefias colaborassem com mensagens dirigidas aos futuros interessados em cursar a RM em CT e treinamento em área de atuação em ER. Conclusões: O uso da plataforma WP associada ao EP permitiu a criação do WS sem exigir conhecimentos em programação em HTML5 (HyperText Markup Language) e CSS (Cascading Style Sheet). Essas novas aplicações fornecem facilidade na elaboração DIY (do it yourself – faça você mesmo) e implementação sem a necessidade de contratação de mão de obra especializada no assunto.

Palavras-chave: Desenvolvimento web , WordPress , website



***CRIOBÍOPSIA MEDIASTINAL POR ULTRASSONOGRAFIA ENDOBRÔNQUICA – RELATO DE UM DOS PRIMEIROS CASOS REALIZADOS NO BRASIL***

*Bruno Andrade Horta<sup>1</sup>; Philippe Chaves Winter<sup>3</sup>; Daniel Bonomi<sup>2</sup>; Diana Neves Ladeia<sup>1</sup>; Márcio Mattos Pinheiro Junior<sup>1</sup>; Gabriel Tiago Ligório<sup>1</sup>; Guilherme Brasil Lanza de Mello<sup>1</sup>; 1. Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais; 2. Hospital Mater Dei; 3. Hospital Vila da Serra - Oncoclínicas;*

Objetivos - A punção aspirativa transbrônquica guiada por ultrassonografia endobrônquica é a primeira opção para diagnóstico e estadiamento do câncer pulmonar, investigação de linfadenopatia mediastinal e biópsia de nódulos ou massas pulmonares centrais (1). No entanto, tem limitações no diagnóstico de linfonodos mediastinais acometidos por tumores raros e doenças linfoproliferativas e granulomatosas, nos quais uma peça maior é necessária para avaliação histológica adequada (3). A criobiópsia mediastinal por ultrassonografia endobrônquica (EBUS-TBMC), reportada pela primeira vez em 2021, usa um crioprobe para obter amostras maiores e sem distorção tecidual, aumentando o rendimento diagnóstico (5). Nosso objetivo é relatar o primeiro EBUS-TBMC realizado em Minas Gerais, um dos primeiros no país. Relato de caso - Paciente feminina, 54 anos, não fumante, submetida a ressecção curativa de leiomiossarcoma retroperitoneal em Maio de 2023. Em Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax de Março de 2024, apresentou linfonodomegalia mediastinal hilar bilateral, sem lesões pulmonares. Encontrava-se assintomática. TC com Emissão de Pósitrons subsequente mostrou hipermetabolismo glicolítico linfonodal mediastinal bilateral e simétrico. Aventada a hipótese diagnóstica de metástase tumoral, mas também de doença linfoproliferativa e sarcoidose devido padrão radiológico. A paciente foi submetida à EBUS-TBMC sob sedação. Realizou-se perfuração da parede brônquica com agulha de 22G e introdução de sonda criogênica de 1,9mm em linfonodo subcarinal. Realizou-se resfriamento por 5 segundos, seguido da retirada do probe com a peça anatômica, a qual foi enviada para análise histopatológica que mostrou granulomas epitelioides envoltos por manto linfocitário e ausência de necrose, permitindo o diagnóstico de sarcoidose. Não houve complicações durante e após o procedimento. Discussão – O EBUS-TBMC mostrou-se uma alternativa segura, minimamente invasiva e tecnicamente viável para broncoendoscopistas experientes. Destaca-se a segurança do procedimento sob sedação. A sarcoidose é uma doença granulomatosa com acometimento torácico em 90% dos doentes, sendo que 75% destes manifestam linfadenopatias hilares bilaterais (2). É classificado em: Estádio I - adenopatias hilares bilaterais (AHB), como no caso relatado; Estádio II - AHB com infiltrados parenquimatosos; Estádio III - infiltrados bilaterais sem AHB; e estágio IV - fibrose pulmonar. A remissão espontânea ocorre em 90% dos pacientes do estágio I, em 40-70% do estágio II, em 10-20% do estágio III e em 0% do estágio IV (4). O diagnóstico é baseado na biópsia mostrando granulomas não caseosos, com células gigantes multinucleadas, células epitelioides e linfócitos. Na biópsia linfonodal, há substituição tecidual por granulomas epitelioides e esclerosantes envoltos por linfócitos, como no caso da paciente em questão (2). Conclusão - A criobiópsia foi particularmente útil neste caso, pois a peça retirada foi maior do que a obtida por punção aspirativa, permitindo melhor diferenciação entre doenças linfoproliferativas, sarcoidose e outras doenças granulomatosas, como tuberculose e metástases sarcoid-like de leiomiossarcoma.

Palavras-chave: EBUS , Criobiópsia Mediastinal , Linfadenopatia Medistinal



**DERRAME PLEURAL SECUNDÁRIO À ENDOMETRIOSE PLEURAL: UM RELATO DE CASO**

Maria Eduarda Ferreira Campos; Gabriel Barbosa Ferreira Almeida; Victor Soares Gomes da Silva;  
Wolfgang William Schmidt Aguiar; Maria Luiza Corrêa de Melo; Maria Eduarda Lopes Nunes; Duílio Cabral  
da Costa Neto;  
Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC;

OBJETIVO: Elucidar a complexidade do derrame pleural por endometriose, ressaltando aspectos do diagnóstico e de um tratamento eficaz que melhore o prognóstico e a qualidade de vida das pacientes afetadas por essa condição rara, mas clinicamente significativa. RELATO DE CASO: Paciente, 38 anos, sexo feminino, tabagista 12 MA. Inicialmente, foi atendida no departamento de urgência com queixa de chiado no peito e síndrome gripal. Em raio x de tórax realizado na ocasião, foi identificado derrame pleural em hemitórax direito, associado à pneumotórax pequeno e ipsilateral, sendo tratada, então, com antibioticoterapia oral. Apesar da melhora parcial dos sintomas, detectou-se persistência do derrame pleural, agora em maior quantidade, e regressão do pneumotórax, em raio x de tórax de controle feito após um mês do início do tratamento. Por isso, foi encaminhada ao serviço de cirurgia torácica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz para investigação de derrame pleural persistente. Evoluiu em enfermaria com tosse seca de piora noturna. Negou dispneia, dor torácica, febre e hemoptise. Ao exame físico, bom estado geral, consciente, orientada, corada, hidratada, acianótica, anictérica, eupnéica e afebril ao toque, com maciez à percussão e abolição do murmúrio vesicular em hemitórax direito, sem ruídos adventícios e sem alterações importantes no aparelho cardiovascular. Nesse contexto, em novo raio-x torácico, identificou-se velamento do seio costofrênico direito, de característica móvel ao decúbito lateral. Em avaliação complementar, tomografia torácica com contraste evidenciou derrame pleural sem loculação, com espessamento pleural discreto em região anterior e atelectasia em base por compressão. Uma pesquisa de B.A.A.R no escarro foi realizada, porém negativa. Diante dos achados clínicos e radiológicos, foi optado pela realização de uma videotoracoscopia com pleurectomia para biópsia por congelação transoperatória, que demonstrou processo inflamatório crônico e inespecífico, sem indícios de neoplasia, com presença de glândula típica, de aspecto endometrióide, e visualização de hemossideráfagos. Durante a cirurgia, observou-se líquido pleural de aspecto sero-hemático, espessamento difuso da pleura parietal, presença de lesão algo cística em pleura diafragmática e aderências pleuropulmonares frouxas e firmes mais evidentes em face mediastinal. O estudo do líquido pleural mostrou: proteínas totais de 4,3 g/dL, relação A/G de 2,1, DHL de 666 U/L, glicose de 91 mg/dL e amilase de 36 U/L. Além disso, a cultura bacteriana foi negativa. Posto isso, a paciente teve boa evolução pós-operatória, com novo raio-x torácico que apresentou pulmão direito bem expandido, sem velamento do seio costofrênico. Em suma, o caso apresentado revela a complexidade do diagnóstico e a diversidade das manifestações da endometriose, indo além do esperado espectro ginecológico. O derrame pleural por endometriose é uma condição rara, porém clinicamente relevante, que demanda diagnóstico precoce e manejo adequado.

Palavras-chave: Endometriose pleural , Derrame Pleural , Pleurectomia



**Diagnósticos de Neoplasias Malignas dos Brônquios e dos Pulmões e Acesso à Broncoscopia no Brasil (2014 - 2023)**

Paola da Costa Vieira<sup>2</sup>; Fillipe Bezerra Vieira<sup>2</sup>; Adriano Justino de Lima<sup>2</sup>; Anny Caroline Sobral Lopes<sup>2</sup>; Lígia Mendes Matos<sup>3</sup>; Rafaelle Cavalcante de Lira<sup>2</sup>; Francisco Matheus Tavares Fernandes<sup>1</sup>; 1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM); 2. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); 3. Universidade Federal do Cariri (UFCA);

OBJETIVO: Avaliar a correlação entre diagnóstico de neoplasia pulmonar e o acesso à broncoscopia no Brasil por regiões e unidades da federação nos últimos 10 anos realizados pelo SUS. MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo, de caráter descritivo e quantitativo realizado com informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As quantidades de diagnósticos de neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões foram obtidas pelo Painel Oncologia, e as informações referentes aos procedimentos de broncoscopia (broncofibroscopia) ocorridas no Brasil no período de 2014 a 2023 disponibilizados pelo Sistema de Produção Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Neste último, as variáveis avaliadas foram: quantidade de procedimentos aprovados por regiões do Brasil, por Unidade da Federação, avaliando-se o valor total e médio custeado pelo SUS por procedimento. RESULTADOS: Constatou-se 112.713 diagnósticos de neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões no Brasil entre 2014-2023. Região Sudeste 42,6% (n=48.070), Região Sul 29,5% (n=33.222), Região Nordeste 18,6% (n=20.929), Centro-Oeste 6% (n=6.739), Região Norte 3,3% (n=3.753). No período avaliado, o Estado de São Paulo foi responsável pelo maior número de diagnósticos, contando com 23,08% (n=26.016) e o Estado de Roraima a menor participação, com cerca de 0,08% (n= 92). Houve um aumento de 67,96% de diagnósticos entre os anos de 2014 e 2023. No mesmo período, foram realizadas 188.812 broncoscopias no território nacional, com um custo total de R\$ 7.221.698,4, e custo médio de R\$ 36,14 por procedimento realizado, sendo que 98,52% dos procedimentos apresentados foram aprovados para realização. No ano de 2020, a quantidade de broncoscopias realizadas teve uma redução significativa de 36,62% com relação a 2019. Foi observado no mesmo período uma queda de 3,81% nos diagnósticos de Neoplasias Malignas de Brônquios e Pulmão, único período de queda nos diagnósticos. CONCLUSÃO: Evidenciou-se um aumento anual no quantitativo de diagnóstico de neoplasia pulmonares no período analisado, exceto em 2020, período inicial da pandemia de COVID-19, no qual também houve uma redução significativa nos procedimentos de broncoscopias realizados no Brasil. O sistema único de saúde (SUS) do estado de São Paulo, realizou o maior número de broncoscopia e obteve a maior quantidade de diagnóstico de neoplasia maligna dos brônquios e pulmões. O procedimento de broncoscopia é de baixo custo para o SUS e de alta relevância para os diagnósticos deste tipo de neoplasia maligna.

Palavras-chave: Neoplasia maligna , Neoplasia de pulmão , Neoplasia de brônquios , Broncoscopia , Fibrobroncoscopia



**DISPNEIA PROGRESSIVA DEVIDO A UM CARCINOMA DE ESÔFAGO PROXIMAL E MEDIO COM DOENÇA DE BULKY**

Joao Paulo Farias da Silveira<sup>3</sup>; Maria Clara Duarte de Figueirêdo<sup>3</sup>; Mirella Kelin de Lima Maia<sup>1</sup>; Ana Clara Santiago Saldanha<sup>1</sup>; Francisco Everton Pereira da Silva<sup>3</sup>; Emile Nycolle da Silva Souza<sup>3</sup>; Herbert Felix Costa<sup>2</sup>; 1. Centro Universitário Estácio do Ceará; 2. Hospital Geral de Fortaleza; 3. Unichristus;

Objetivo: A Neoplasia de Esôfago está entre as neoplasias mais comuns de todas. Os dois principais subtipos são o adenocarcinoma e o de células escamosas. As principais manifestações clínicas, principalmente aos carcinomas esofágico torácico e cervical são a disfagia progressiva e a perda de peso ponderal. Uma das principais consequências desta patologia são as fístulas traqueobrônquicas, causada pela invasão direta do tumor através da parede torácica no brônquio principal. Esse trabalho tem por objetivo descrever um relato de caso de um paciente do sexo masculino, que apresenta uma neoplasia esofágica, nas quais tem como quadro clínico dispneia progressiva com perda ponderal de peso há dois anos, possivelmente com uma fistula traqueoesofágica. Relato de caso: F.E.N.A, 46 anos, internado no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), desde o dia 06/06/2024, devido a uma Lesão Expansiva Infiltrativa Volumosa (Carcinoma pouco diferenciada – visto em Endoscopia Digestiva Externa) localizado no terço proximal e médio do esôfago causando compressão da luz traqueal. Historia da Doença Atual (HDA): Paciente apresentava há cerca de dois anos uma queixa de dispneia progressiva associada à uma perda ponderal de peso não intencional. Cerca de 20 Kg em dois anos. No dia 06/06/2024, devido a piora do quadro, deu entrada no HGF, na qual foi realizada internação hospitalar e solicitado exames complementares. No dia 08/06/2024, foi admitido na enfermaria da cirurgia geral, na qual foi passada uma sonda nasoentérica. Foram realizadas Endoscopia Digestiva alta nos dias 06 e 08 de junho de 2024. A primeira EDA revelou uma grande quantidade de bolo alimentar impactado em uma lesão vegetante, friável e sangrante há cerca de 12 cm da arcada dentária inferior. A segunda EDA, devido a de passagem de uma sonda nasoentérica, revelou uma lesão Infiltrativa comprometendo cerca de 90% da luz do órgão, friável e impossibilitando a progressão do aparelho. Além disso, foram realizados exames Tomográficos (TC). No dia 07/06/2024, foi realizado Tomografias de tórax, abdome e pelve, na qual revelou uma formação expansiva de aspecto Infiltrativo no terço proximal e médio do esôfago, medindo 9,5 x 6,5 x 6.3 cm, ocasionando efeito de massa na traqueia e reduzindo acentuadamente a luz traqueal. Atualmente, paciente continua internado, traqueostomizado, em acompanhamento pelas equipes da cirurgia geral, cabeça e pescoço e oncologia. Está esperando um aguardo da análise imuno-histológica e um exame de Broncoscopia devido a uma suspeita de uma possível fístula traqueoesofágica.

Palavras-chave: Medicina , Neoplasia Esofagica , Dispneia , Fistula , Compressão Traqueal



***Efeito da imunoterapia neoadjuvante no procedimento de ressecção tumoral com inibidores do ponto de controle imunológico em neoplasia de pulmão***

*Leonardo Brasileiro Marques; Elise Ito Martins de Souza; Luana Holanda Cysneiros; Marcelo de Gois Ribeiro; Ana Livia Felipe Dias;*  
*Universidade de Fortaleza;*

Objetivo: Avaliar o desempenho do tratamento imunoterápico neoadjuvante com inibidores do ponto de controle imunológico como recurso auxiliador na cirurgia de ressecção de tumores pulmonares. Metodologia: O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, baseada em artigos retirados do portal PubMed e do portal Scielo. Para tanto, foram usados os seguintes descritores: “Neoadjuvant immunotherapy and Lung Neoplasm”, “PD-1 and PD-L1 inhibitors and immunotherapy”, “CTLA-4 and immunotherapy”, “Intervenções cirúrgicas e neoplasia pulmonar”. Após a leitura da íntegra, foram selecionados os estudos elegíveis para compor essa revisão da literatura. Resultados: O câncer de pulmão é a neoplasia maligna mais comum no Brasil com 2.440.428 casos registrados no país entre 2013 e 2020. A ressecção cirúrgica é a modalidade isolada mais eficaz e preferencial para com câncer de pulmão de não pequenas células no estágio I, e combinada com tratamento neoadjuvante no estágio II. A lobectomia é a intervenção cirúrgica mais comum para essa neoplasia e é eficaz para tratar o câncer em estágios iniciais. Ainda assim, a segmentectomia é preferida à lobectomia para tumores T1a e T1b, oferecendo maior sobrevida em pacientes com comprometimento total. Técnicas minimamente invasivas, como cirurgia torácica vídeo assistida ou robótica, são agora padrão, resultando em recuperação mais rápida e menor morbidade perioperatória. A imunoterapia neoadjuvante surgiu como uma das abordagens aplicadas para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia, melhorando a sobrevida a longo prazo e aumentando as chances de remissão em pacientes com câncer de pulmão em estágio inicial. Artigos recentes evidenciam a eficácia de imunoterapias com inibidores do ponto de controle imunológico (ICIs), baseando-se em anticorpos que modulam a proteína 4 associada a linfócitos T citotóxicos (CTLA-4), proteína 1 de morte celular programada (PD-1) e o ligante do receptor de morte programada 1 (PD-L1). Tais moléculas possuem um efeito imunossupressor ao inibir a ativação de células T, promovendo a progressão tumoral. Nesse contexto, o estudo CHECKMATE 186 mostrou que a combinação de quimioterapia com Nivolumab, um anticorpo anti-PD-1, melhorou os resultados cirúrgicos em comparação com quimioterapia isolada. Isso resultou em cirurgias mais curtas, menos cancelamentos por progressão da doença e menos pneumectomias, que têm prognóstico tipicamente pior. A abordagem cirúrgica minimamente invasiva também foi associada a melhor recuperação física e menos eventos adversos graves. Conclusão: A imunoterapia neoadjuvante, com ou sem quimioterapia, surgiu como uma alternativa segura e com benefícios para a ressecção de tumores de pacientes com neoplasia de pulmão. Além de melhorar a ressecabilidade tumoral, a quimioimunoterapia neoadjuvante influencia a prática cirúrgica, reduzindo as conversões de cirurgias minimamente invasivas para cirurgias abertas. Isso representa um avanço na cirurgia oncológica, potencializando a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes. Este progresso abre caminho para novas técnicas cirúrgicas e redução de complicações, destacando a necessidade de mais estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Neoplasia de Pulmão , Imunoterapia neoadjuvante , Intervenção cirúrgica



***Eficácia da Abordagem Cirúrgica no Tratamento da Mediastinite Descendente Necrosante: Revisão de Literatura***

*Igor Ramon Cavalcante Lira; Ana Livia Felipe Dias; Leonardo Brasileiro Marques; Gustavo Lopes Teixeira; Pedro Henrique De Lima Martins Filho;*  
;

**Eficácia da Abordagem Cirúrgica no Tratamento da Mediastinite Descendente Necrosante: Revisão de Literatura**  
**Objetivo** Revisar na literatura a eficácia das abordagens cirúrgicas no tratamento da mediastinite descendente necrosante. **Método** O presente trabalho é uma revisão de literatura, utilizando artigos das bases de dados Pubmed e Scielo. Para a busca, foram utilizados os seguintes descritores: “descending necrotizing mediastinitis”, “thoracic surgery” e “Mediastinite descendente necrosante”, filtrando apenas trabalhos disponíveis gratuitamente e publicados nos últimos 5 anos. **Resultados** A Mediastinite Necrotizante Descendente (MND) é uma condição clínica rara e grave que resulta de infecções polimicrobianas na região orofaríngea, com disseminação para o mediastino através das conexões fasciais profundas e cervicais. Essa condição requer diagnóstico imediato e tratamento devido à alta mortalidade associada. Para confirmar o diagnóstico, a tomografia computadorizada (TC) contrastada do pescoço e tórax é a modalidade de imagem preferida. Além de identificar a causa subjacente da MND, a TC permite avaliar a extensão do processo infeccioso, o que é crucial para o planejamento de intervenções cirúrgicas. Em casos graves, a cirurgia continua sendo a opção de tratamento, com cervicotomia ou toracotomia, dependendo da gravidade da infecção. A drenagem agressiva é aplicada para reduzir a propagação da infecção e a mortalidade. Uma abordagem minimamente invasiva, como a videotoracoscopia, oferece vantagens, como menor trauma cirúrgico e menos dor pós-operatória. No entanto, a MND ainda apresenta uma taxa de letalidade de 50%, com choque séptico como um preditor significativo de morte. Alguns autores consideram a possibilidade de intervenção cirúrgica precoce. **Conclusões** A TC contrastada continua sendo crucial para avaliar a extensão da infecção dos pacientes com MND devido a gravidade de sua condição e a necessidade de um diagnóstico e de uma intervenção cirúrgica imediatos perante à alta mortalidade. Abordagens cirúrgicas, como cervicotomia e toracotomia, são fundamentais, e técnicas minimamente invasivas, como a videotoracoscopia, oferecem vantagens significativas, como menor trauma e dor pós-operatória. No entanto, a MND continua associada a alta letalidade, especialmente em casos de choque séptico. A intervenção cirúrgica precoce pode melhorar os desfechos, mas a condição ainda representa um desafio clínico que requer uma abordagem multidisciplinar e individualizada, mais estudos sobre as abordagens de intervenção cirúrgica são necessários para melhor esclarecimento desses casos.

Palavras-chave: Mediastinite Descendente Necrosante , cirurgia torácica , Revisão de Literatura



**EMPIEMA PLEURAL PEDIÁTRICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS**

*Moisés Ederlânio Tavares Araújo; Carlos Marx e Silva Matias; Luísa Lanny Leite Sales; João Nelson Pereira Fontelles; Josiene Almeida Freire; Sarah Tayse Ferro Braz; Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte ( Estácio IDOMED);*

**OBJETIVO:** Evidenciar as principais possibilidades diagnósticas e terapêuticas em pacientes pediátricos com empiema pleural conforme as últimas atualizações médicas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca de diagnóstico e tratamento do empiema pleural em pacientes pediátricos. A coleta de dados foi realizada a partir da busca por publicações científicas indexadas nas bases de dados: U.S. National Library of Medicine (PUBMED), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), empregando os descritores: “empiema” e “empiema pleural”. Foram selecionados 30 artigos para o espaço amostral inicial, publicados entre os anos de 2019 a 2024, e após análise criteriosa dos trabalhos, foram apurados 7 artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão. **RESULTADOS:** O empiema pleural, definido pela presença de exsudato purulento na cavidade pleural, é uma das complicações mais comuns da pneumonia em crianças, com uma incidência crescente a cada ano. As opções terapêuticas para o tratamento do empiema pleural incluem uma variedade de abordagens que visam eliminar a infecção, drenar o pus e restaurar a função respiratória. As principais modalidades de tratamento variam desde antibioticoterapia isolada até abordagens mais invasivas como Cirurgia toracoscópica videoassistida (VATS) e Toracotomia Aberta. **CONCLUSÃO:** Assim, fica evidente que o manejo do empiema pleural pediátrico representa um desafio significativo para pediatras, cirurgiões pediátricos e cirurgiões torácicos, dada a diversidade de abordagens disponíveis. No entanto, ainda não há um consenso claro sobre a abordagem terapêutica ideal para o empiema pleural, mas este trabalho também se propõe a nortear as condutas terapêuticas do empiema pleural pediátrico, contribuindo para o enfrentamento dessa patologia.

Palavras-chave: empiema pleural pediátrico , cirurgia toracoscópica , manejo do empiema pleural



**EPIDEMIOLOGIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFEITOS CONGÊNITOS DO TÓRAX NO NORDESTE**

*SABRINA DE CASTRO SALES; José Fernando Muniz Clarindo; Mateus Gomes de Oliveira; João Lucas Nobre da Silva; Bruna Tháísla Lima da Costa; Guilherme Matos da Penha; Matheus Lima de Oliveira; Universidade Estadual do Ceará;*

**OBJETIVO:** No Brasil, as anomalias congênitas representam a segunda principal causa de morte em crianças com menos de 5 anos. Porém, muitas anomalias são passíveis de intervenção médica, aumentando a sobrevida, diminuindo a morbidade e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos afetados. O tratamento cirúrgico das anomalias congênitas do tórax busca corrigir deformidades e restaurar a anatomia fisiológica e funcional. O procedimento pode permitir a ampliação da capacidade respiratória, reduzir a compressão de estruturas cardiovasculares e melhorar a estética. O objetivo deste estudo é analisar a quantidade e qualidade do tratamento cirúrgico das anomalias do tórax no Nordeste. **MÉTODO:** A coleta e análise de dados ocorreu em Maio de 2024, com auxílio de ferramentas eletrônicas, para consulta a literatura. Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, com avaliação de critérios quantitativos e qualitativos, acerca do número de cirurgias por defeitos congênitos do tórax no Brasil, especificando a região Nordeste. Critérios aplicados: número de procedimentos, dias de internações, grau de complexidade, valor médio e taxa de mortalidade. Foram realizadas buscas na Plataforma DATASUS/SIH (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/Sistema de Informação Hospitalar) com recorte temporal de 2019-2024. **RESULTADOS:** Durante a análise dos dados, no período de 2019 a 2024, foram observadas 697 internações, todas classificadas em alto grau de complexidade, sendo o ano de 2022 o de maior índice com 168 casos. O número revela um aumento de aproximadamente 102% em relação a 2020, sugerindo o impacto da pandemia nas subnotificações. Em relação à distribuição geográfica, nos últimos cinco anos, os procedimentos na região Nordeste foram (N=48), o que equivale a apenas 7% das internações no País. É perceptível um atraso nas cirurgias dessa região quando comparada ao Sul e Sudeste, os quais apresentam, respectivamente, um total de 195 e 401 internações. Isso pode ter relação com a concentração de recursos que implica na maior oferta de tratamento e capacidade de diagnóstico. Já no que se refere aos valores, a média nacional foi de 1966,4, enquanto o Nordeste ficou abaixo com 1956,5. A média de permanência no Brasil foi de 4,8 dias, no Nordeste foi de 4,2. Essas divergências podem estar relacionadas ao quadro dos pacientes, como grau progressivo das patologias e, também, ao suporte médico-hospitalar oferecido. A taxa de mortalidade nacional foi de 0,72, o NE não apresentou dados. A ausência de dados referentes à mortalidade prejudica a avaliação e perspectivas do tratamento, limitando o estudo. **CONCLUSÕES:** Diante da análise dos dados, observou-se que, apesar do crescimento, as cirurgias de defeitos congênitos do tórax ainda apresentam divergências regionais. O deslocamento de recursos e as estratégias de mobilização devem ser reavaliados pelo Ministério da Saúde, não deixando os portadores dessas condições em vulnerabilidade. É fundamental o controle e o gerenciamento desses procedimentos no Nordeste, com reforço às notificações e ampliação da cobertura de saúde.

Palavras-chave: DEFEITOS CONGÊNITOS , CIRÚRGIA TORÁCICA , EPIDEMIOLOGIA



**Esofagite cáustica, suas repercussões e terapêutica: Relato de Caso**

Gabriel Gurgel Silva Fernandes<sup>1</sup>; Fernando Etros Martins Lessa<sup>3</sup>; Pedro Lucena de Aquino<sup>3</sup>; Jose Leonardo Gomes Rocha Júnior<sup>2</sup>; Domingos Sávio Lima Paes<sup>2</sup>; Paulo Jorge Petrola Bezerra<sup>2</sup>; Alexandre Marcelo Rodrigues Lima<sup>2</sup>;

1. Centro Universitário Christus; 2. Hospital Geral Dr. César Cals; 3. Universidade de Fortaleza;

Objetivo: Realizar um relato de caso envolvendo um paciente que ingeriu soda cáustica (SC), evoluindo com fístula esôfago-traqueal (FET) e necessidade de esofagectomia, com posterior reconstrução de trânsito do trato gastrointestinal superior. Relato de Caso: Masculino, 34 anos, com diagnóstico prévio de transtorno depressivo maior, realizou tentativa de autoextermínio, com uso de quetiapina e SC em 04/04/2020, sendo manejado apenas clinicamente. Evoluiu com formação de FET de 10mm e estenose de esôfago distal (EED) evidenciadas em endoscopia digestiva alta. No dia 30/04/2020, foi internado em hospital terciário para correção cirúrgica de fistula, apresentando-se clinicamente com desconforto no trajeto gastrointestinal, tosse produtiva esverdeada e febre. Dia 02/05/2020, realizou esofagectomia, broncoplastia, além de esofagostomia, gastrostomia e jejunostomia, procedimentos realizados sem intercorrências. Alta hospitalar em 17/05/2020, com dieta via gastrostomia, com boa aceitação. Reinternado no mesmo nosocômio em 12/08/2020 para reconstrução de trânsito intestinal e realização de esofagogastroanastomose com tubo gástrico, ocorrida no dia 13/08/2020, sem intercorrências. Evoluiu, após 6 dias do procedimento, com presença de fístula para a região cervical drenando conteúdo bilioso por dreno penrose, sendo resolvida com medidas clínicas. Recebeu alta hospitalar em 29/08/2020 para seguimento ambulatorial. A ingestão de produtos corrosivos como a SC continua a ser um grave problema mundialmente, especialmente na população pediátrica e em portadores de doenças psiquiátricas, sendo a depressão a mais prevalente. Algumas complicações dessa ingestão incluem fístulas, estenoses, sangramentos e transformação maligna dos tecidos. Em geral, o tratamento é composto por corticosteróides, inibidores da bomba de prótons, antibióticos, dilatações endoscópicas e, em casos refratários, cirurgia. No caso apresentado, foi optado pela terapia cirúrgica devido à presença de FET e EED. Assim, foi realizado, dentre outras abordagens, esofagoplastia mediante esofagogastroanastomose. Diante do manejo de fístulas orotraqueais, a conduta pode ser apenas com terapia local via endoscópica (escleroterapia, com cianoacrilato), se tamanho < 5 mm. Caso não o apresente, pode-se fazer mão da terapia endoscópica, com aposição de stent simples, em fístulas de esôfago distal ou duplo stent quando localizadas em terço médio ou proximal. Perante estenoses, embora não haja consenso sobre o procedimento cirúrgico ideal e técnica para substituição esofágica, condutos gástricos requerem apenas uma anastomose, consequentemente menos alterações anatômica, associando-se a menores taxas de complicações sépticas precoces e estenoses anastomóticas. Assim, sem lesão gastroduodenal irreversível observada, o conduto gástrico é a escolha preferível. A esofagectomia é uma boa escolha no caso de EED, pois é menos laboriosa que a técnica de Bypass Esofágico e reduz risco de transformação maligna na porção remanescente esofágica. Portanto, tais procedimentos cirúrgicos são terapêuticos pertinentes e satisfatórios na melhora sintomática, como na disfagia, individualizando cada caso.

Palavras-chave: Esofagite cáustica , Fístula traqueo-esofágica , Esofagectomia



**ESTRESSE OXIDATIVO ASSOCIADO À EXPOSIÇÃO DE CAMUNDONGOS AO VAPOR DO CIGARRO ELETRÔNICO**

*João Lucas Nobre da Silva; Guilherme Matos da Penha; Matheus Lima de Oliveira; Sabrina de Castro Sales; Lierlly Leitão de Oliveira; Crystianne Calado Lima; Universidade Estadual do Ceará;*

Objetivo: Analisar o estresse oxidativo nos tecidos pulmonar e cardíaco de camundongos associado à exposição crônica ao vapor do cigarro eletrônico. Método: Os animais, todos machos, foram expostos ao vapor do cigarro eletrônico durante 14 dias, com um tempo diário de 3h de exposição. Os fragmentos pulmonares foram homogeneizados com tampão fosfato de potássio. Os homogenatos dos órgãos foram centrifugados a 1500g, por 10 min, a 4 °C, e o sobrenadante coletado para uso nos ensaios espectrofotométricos. A concentração de proteína foi determinada usando o método de Bradford (1976). Este método usa Coomassie Blue para determinar a concentração total de proteínas em cada amostra de homogenato. A atividade da catalase (CAT) foi medida como o consumo de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> como substrato a 240 nm. A atividade da Superóxido Dismutase (SOD) foi medida como a inibição da auto-oxidação da adrenalina. Três volumes diferentes (10, 20 ou 40 L) de homogenato de pulmão foram adicionados à solução e, em seguida, a de adrenalina foi adicionada para iniciar a oxidação. A oxidação foi medida a 480 nm, a cada 10 s, por 180 s. Resultados: O estresse oxidativo celular ocorre em situações de desequilíbrio entre os radicais livres (ROS, moléculas que podem causar danos às células) e os antioxidantes (responsáveis por combatê-los). Isso está envolvido na patogênese das doenças pulmonares crônicas e representa um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e neurológicas. A exposição aos aerossóis de cigarro eletrônico desencadeia aumentos significativos de ROS no tecido cardíaco, que foi possível observar em nossos achados, os quais demonstraram um aumento da catalase, enzima envolvida nos processos antioxidantes, do grupo exposto em relação ao grupo controle no tecido cardíaco e no tecido pulmonar. Ademais, a exposição crônica aos aerossóis de cigarro eletrônico em camundongos reduziu significativamente os níveis da (SOD) em comparação com condições normais. A SOD é um dos principais compostos para proteção endógena contra danos oxidativos. Essa enzima age transformando os ânions dos superóxidos em peróxido de hidrogênio, a qual é uma reação normal em pH fisiológico, porém muito acelerada por essa enzima. Dessa forma, a exposição ao cigarro eletrônico se torna prejudicial ao mecanismo de defesa contra o estresse oxidativo em murinos. No trato respiratório, geralmente as defesas antioxidantes estão no interior das células que o compõem, embora esses antioxidantes sejam pouco eficientes contra a ativação dos ROS na superfície das células epiteliais que revestem o aparelho respiratório. Conclusões: Portanto, notou-se que em nossos experimentos a exposição ao vapor de cigarro eletrônico prejudica a atividade da enzima SOD, a qual é crucial para o mecanismo de defesa endógena contra o estresse oxidativo nos tecidos, o que pode contribuir para vários distúrbios no coração e no pulmão induzidos pelo cigarro eletrônico. Ademais, é possível que a exposição ao vapor desse dispositivo provoque um aumento da atividade da CAT em virtude da forte agressão aos tecidos expostos dos murinos. Ainda se fazem necessários mais estudos para que possamos concluir com segurança nossos

Palavras-chave: Cigarro Eletrônico , Camundongos , Estresse Oxidativo



***Hemopneumotórax associado a perfuração do ventrículo direito por cabo de marca passo - Relato de uma associação rara potencialmente fatal.***

*Josefa Rosiane da Silva<sup>3</sup>; João Daniel Rodrigues de Góes<sup>3</sup>; Matheus Salera Gordim<sup>3</sup>; Vítor Yan Bezerra de Araújo<sup>3</sup>; Bruno Medeiros Leite<sup>2</sup>; Henrique José da Mota<sup>3</sup>; Hugo de Amorim Oliveira<sup>1</sup>; 1. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró; 2. Hospital Rio Grande; 3. Universidade Federal do Rio Grande do Norte;*

Objetivo: A perfuração cardíaca por cabo eletrodo de marcapasso é uma complicação rara, grave e potencialmente fatal, podendo evoluir com hemopericárdio, choque por tamponamento cardíaco, hemopneumotórax e óbito; podem se manifestar de forma aguda nas 24 horas após a inserção do marcapasso ou subaguda quando diagnosticadas em dias ou mesmo semanas após o procedimento. O diagnóstico poderá ser realizado por radiografia simples de tórax mas de forma mais precisa por tomografia computadorizada; Relatamos o caso de hemopericárdio e hemopneumotórax volumoso à direita, após procedimento de implante de marca passo à esquerda, para tratamento de bloqueio átrio ventricular total diagnosticada nove dias após realização do procedimento. Relato de caso: Paciente masculino, 79 anos, procedente de Natal-RN, admitido em hospital de referência no dia 22/01/2024 com quadro de dispneia dor torácica inespecífica. Eletrocardiograma evidenciou bloqueio atrioventricular total com QRS alargado, necessitando procedimento de implante de marca-passo bicameral. Procedimento realizado sem intercorrências, tendo o paciente recebido alta no segundo dia de pós-operatório. Nove dias após retorna ao pronto atendimento por motivo de dor torácica intensa, anginóide com irradiação para o epigástrico; tomografia computadorizada torácica evidenciou hidropneumotórax volumoso à direita associado a atelectasia compressiva do parênquima pulmonar ipsilateral. Submetido inicialmente a procedimento de toracostomia com drenagem pleural fechada, com saída de aproximadamente 1,2 litro de sangue, associado a escape aéreo. O exame de tomografia de tórax de controle revelou uma implantação inadequada do marca-passo, sendo evidenciado o fio guia do marca-passo seguindo um trajeto anômalo para o ventrículo direito, átrio direito, pulmão, no trajeto da fissura oblíqua direita, e pleura, originando uma lesão cardíaca e pulmonar responsável pelo quadro de hemopneumotórax. O paciente foi submetido a esternotomia mediana com secção e retirada do cabo eletrodo, reparo de lesão atrial e drenagem pleural e pericárdica. Evolução pós operatória sem intercorrências. Perfurações de câmaras cardíacas por cabo eletrodo de marca passo são raras e potencialmente letais. Quando diagnosticadas nas primeiras 24 horas após o procedimento são classificadas como agudas; as que ocorrem semanas ou meses são classificadas como subagudas ou crônicas. Podem comprometer as paredes de grandes veias, átrios e/ou ventrículos; o tratamento dessa condição depende das condições hemodinâmicas do paciente. Em paciente estáveis a simples retirada do cabo eletrodo sob monitorização eletrocardiográfica em ambiente com retaguarda cirúrgica pode ser suficiente; pacientes instáveis com hemopericárdio, hemotórax e/ou instabilidade hemodinâmica poderão requerer esternotomia, pericardiotomia, toracostomia para descompressão pleural e/ou pericárdica e reparo da lesão cardíaca, drenagem pericárdica e/ou pleural e secção e retirada do cabo eletrodo e reparo da lesão na parede cardíaca. Opções mais conservadoras com drenagem pericárdica subxifóide, videotoracoscopia com retirada do eletrodo, poderão ser em

Palavras-chave: hemopneumotórax , implantação inadequada de marca-passo , perfuração cardíaca



**HÉRNIA DE BOCHDALEK: UM RELATO DE CASO**

*João Daniel Rodrigues de Góes<sup>2</sup>; Débora Santos Umbelino de Farias<sup>2</sup>; Lorena Melina Rosendo Vieira<sup>2</sup>; Vítor Yan Bezerra de Araújo<sup>2</sup>; Letícia Lopes do Rosário<sup>2</sup>; Gabriela Magalhães Fernandes<sup>1</sup>; Henrique José da Mota<sup>2</sup>;*

*1. ; 2. Universidade Federal do Rio Grande do Norte;*

Objetivo: A Hérnia diafragmática de Bochdalek é uma malformação congênita da região póstero-lateral do diafragma, sendo mais comum à esquerda e relativamente rara na população adulta<sup>1</sup>. Em geral, os pacientes são assintomáticos, sendo diagnosticados incidentalmente em radiografias do tórax, mas, quando presentes, sintomas como vômitos e distensão abdominal são os mais frequentes<sup>2</sup>. Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso raro de Hérnia de Bochdalek em paciente admitido em hospital de referência da região com apresentação clínica inicialmente atípica em um adulto jovem. Relato de caso: K.G.C., 38 anos, sexo masculino, previamente hígido e sem comorbidades, procura pronto socorro por dor em flanco esquerdo, com irradiação para a fossa ilíaca esquerda, há 01 dia, refratária à analgesia, associada a redução do débito urinário, náuseas e vômitos. Não houve relato de traumas ou episódios semelhantes anteriormente, porém referiu esforço físico extenuante recente. Urotomografia computadorizada não revelou hidronefrose, mas evidenciou grande coleção de líquido no abdome superior, sem comunicação com o rim esquerdo. Evoluiu com dor tóraco-abdominal à esquerda e vômitos pós-prandiais, sendo complementada investigação diagnóstica com tomografia computadorizada de tórax e abdome que evidenciou uma volumosa hérnia diafragmática esquerda que ocupava praticamente todo o hemitórax esquerdo, contendo estômago, parte do duodeno, parte do baço, pequena parte do pâncreas e gordura mesentérica, comprimindo estruturas do mediastino para o lado contralateral, além de extensa consolidação no ápice do pulmão esquerdo e redução do volume pulmonar direito em razão do deslocamento mediastinal. Paciente foi submetido a laparotomia exploradora xifumbilical para redução de hérnia diafragmática e hernioplastia diafragmática, associada a toracostomia com drenagem pleural fechada esquerda, sendo diagnosticado com Hérnia de Bochdalek. No pós-operatório imediato, o paciente evoluiu hemodinamicamente estável, sem droga vasoativa, eupneico em ar ambiente, com dreno de tórax e sonda nasoenteral, sendo realizado ecocardiograma transtorácico no 5º dia pós-operatório, sem alterações. Recebeu alta hospitalar da enfermaria no 6º dia pós-operatório, apresentando débito total de dreno torácico em selo-d'água de 1.950 ml com conteúdo sero-hemático, dieta por via oral, eliminações fisiológicas preservadas e sem complicações pós-cirúrgicas ou recorrência dos sintomas. A Hérnia de Bochdalek é a hérnia diafragmática congênita mais comum no adulto, sendo sua incidência estimada em 5%. O diagnóstico pode ser dificultado por uma clínica inespecífica, contudo o tratamento cirúrgico é imperativo inclusive em pacientes assintomáticos a fim de evitar complicações. Posto isso, o caso relatado evidencia que, por ser uma patologia rara na população adulta<sup>1</sup> e cursar com sintomas inespecíficos, a hérnia de Bochdalek pode apresentar um diagnóstico tardio ou até mesmo equivocado. Compete, pois, ao cirurgião torácico a identificação assertiva e o manejo cirúrgico efetivo da malformação congênita, de modo a proporcionar suporte clínico adequado ao paciente.

Palavras-chave: Hérnia de Bochdalek , Hérnia Diafragmática , Laparotomia



**HÉRNIA DE MORGAGNI EM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO**

*João Daniel Rodrigues de Góes<sup>2</sup>; Débora Santos Umbelino de Farias<sup>2</sup>; Matheus Salera Gordim<sup>2</sup>; Danilo de Oliveira Câmara Filho<sup>2</sup>; Ana Luísa Silva Maciel<sup>2</sup>; Carla Birtche Bandeira<sup>1</sup>; Henrique José da Mota<sup>2</sup>; 1. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Rio Grande do Norte, Brasil; 2. Universidade Federal do Rio Grande do Norte;*

Objetivo: A hérnia diafragmática de Morgagni é uma anomalia de natureza congênita do diafragma a qual resulta em uma comunicação anormal através deste músculo de localização retroesternal entre as porções costais e xifoesternal, permitindo que órgãos abdominais se desloquem para a cavidade torácica, ocasionando sintomas compressivos, encarceramento e obstrução, os quais podem resultar em casos graves de oclusão intestinal e comprometimento respiratório. Além do omento, cólon transverso, estômago e intestino delgado, o defeito pode envolver o lobo esquerdo do fígado. Apesar disso, em geral, os pacientes se apresentam assintomáticos, sendo esta anomalia diagnosticada, muitas vezes, incidentalmente na radiografia do tórax. Descrevemos um caso de hérnia de Morgagni o qual se apresentou com oclusão intestinal crônica, insuficiência renal e desconforto respiratório em paciente adulto jovem. Relato de caso: Paciente masculino, 31 anos, pedreiro, foi transferido de uma unidade hospitalar do interior do estado com quadro de disfagia, vômitos incoercíveis e total incapacidade de se alimentar, com aproximadamente um mês de evolução, resultando em desidratação e insuficiência renal aguda, necessitando de diálise. Relatava uma queda de grande altura ocorrida um ano antes, após a qual desenvolveu disfagia progressiva e queixas dispépticas, que se acentuaram significativamente 20 dias antes da internação, resultando em cessação da ingesta sólida e intensa redução da ingesta hídrica. Tomografia computadorizada de tórax revelou imagem hidroaérea paramediana retroesternal à direita compatível com hérnia diafragmática de Morgagni, com orifício retroesternal estimado em 5,9 x 4,0 cm, com protrusão para a cavidade pleural de epíploo, estômago e de porções do cólon ascendente e transversos; sem sinais de obstrução ou sofrimento de alças, além de pequeno desvio do mediastino para a esquerda e tração superior do pâncreas. Observado ainda colelitíase sem dilatação de vias biliares. Paciente foi submetido a correção cirúrgica através de laparotomia mediana com redução das vísceras herniadas: Estômago em quase sua totalidade, epíploo e segmento de cólon transversos, excisão de saco herniário e reparo a abertura retroesternal do diafragma com pontos separados de algodão “00” sem uso de tela; realizado concomitante colecistectomia. Foi extubado no 1º dia pós-operatório, com alta para enfermagem no dia seguinte e estabelecimento de alimentação por via oral. As hérnias de Morgagni são condições relativamente raras compreendendo 2% das hérnias diafragmáticas. A maioria dessas hérnias são encontradas em crianças, entretanto em até 5% podem ser encontradas em adultos. O reparo cirúrgico é recomendado em todos os casos diagnosticados para evitar o risco de encarceramento, podendo ser realizado por abordagem abdominal e ou torácica. A abordagem por laparoscopia tem sido ultimamente recomendada, entretanto com a desvantagem da necessidade maior do emprego de material protético.

Palavras-chave: Hérnia de Morgagni , Hérnia Diafragmática , Laparotomia



**HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA DE BOCHDALEK EM ADULTO + APENDICITE INTRA TORÁCICA:  
RELATO DE CASO**

Moises Ederlano Tavares de Araújo<sup>1</sup>; Jairo Fernandes Frutuoso<sup>1</sup>; Yuri Ananias de Vasconcelos<sup>2</sup>; Oscar Mauricio Oliveira Puentes<sup>1</sup>; Leonardo Matos Santos<sup>1</sup>;  
1. HRC; 2. UFCA;

Objetivo: Relatar um caso de hérnia de Bochdalek complicada por apendicite aguda intra torácica em adulto e discutir sua prevalência e manifestações clínicas. Relato de caso: A formação do Diafragma vem a partir da membrana pleuroperitoneal do mesentério dorsal do esôfago, da parede torácica e do septo transversal e o período de formação embrionária gira em torno da quarta a oitava semana de vida. Hérnias diafragmáticas congênitas de Bochdalek são consideradas raras, principalmente em adulto. Sua etiologia tem como o fechamento embriológico incompleto do diafragma e, com isso, a maior parte dos diagnósticos se dão em recém-nascidos que são mais que 90% dos casos. A ultrassonografia é útil no diagnóstico precoce no período pré natal, quanto a tomografia é o exame padrão ouro para diagnóstico. A maioria dos casos descritos em adultos são assintomáticos durante vários anos e quando sintomáticos apresentam sinais inespecíficos. O tratamento é cirúrgico e depende de vários fatores como tamanho, localização e possíveis complicações. O presente caso relata um paciente de 23 anos, com queixa de febre, adinamia, dores abdominais inespecíficas em andar superior, vômitos e sem relato de trauma. Durante investigação diagnóstica foi solicitado tomografia de tórax que evidenciou grande hérnia diafragmática a direita com coleção de 600ml sugestiva de empiema pleural, hipoplasia pulmonar e conteúdo abdominal em tórax com bloqueio e coleção. Transferida para hospital referência de alta complexidade Hospital Regional do Cariri (HRC) no estado do Ceará. Durante a laparotomia e toracotomia foi evidenciado grande hérnia diafragmática a direita com agenesia de lobo direito do fígado, má rotação intestinal e cólon ascendente, ceco, parte do íleo distal em cavidade torácica bem como intenso bloqueio de ceco em parede torácica. Após lise de aderências foi evidenciado quadro de apendicite aguda perfurada intratorácica em paciente com hérnia de Bochdalek e optado por hemicolecomia direita e anastomose primária com redução de hérnia e reconstrução de diafragma usando parte do saco herniário e aposição de tela de polipropileno com polidioxanona (Proceed). Após recuperação cirúrgica paciente evoluiu satisfatoriamente, não apresentou fístula intestinal. Apresentou necessidade de nova abordagem, 12 dias após a primeira, por Hemotorax retido e novo toailete cavitário de tórax com segmentectomia. Realizou ainda Tubostomia em terceira abordagem cirúrgica após 28 dias de pós operatório da segunda abordagem. Tendo bom desfecho clínico e recebendo alta hospitalar após 14 dias de pós operatórios.

Palavras-chave: Hérnia Diafragmática, Bochdalek, Apendicite Aguda



**HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA POSTEROLATERAL DIREITA EM PACIENTE IDOSO E SEM HISTÓRICO DE TRAUMA: UM RELATO DE CASO**

*Bruno Andrade Horta<sup>1</sup>; Philippe Chaves Winter<sup>3</sup>; Eduardo Barreto Rosa<sup>1</sup>; Gustavo Santana Esperidião<sup>1</sup>; Márcio Mattos Pinheiro Junior<sup>1</sup>; Gabriel Tiago Ligório<sup>1</sup>; Lucas Campomizzi Calazans<sup>2</sup>; 1. Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais; 2. Hospital Mater Dei; 3. Hospital Vila da Serra - Oncoclínicas;*

Introdução – Hérnias diafragmáticas podem ser adquiridas ou congênitas, como as hérnias de Bochdalek, Morgagni e central. Dentre as adquiridas, o trauma toraco-abdominal contuso ou penetrante é responsável pela grande maioria dos casos. Mais de 60% dos casos de hérnia diafragmática congênita são inicialmente diagnosticados em um ultrassom entre 18 e 22 semanas (1). No período pós-natal, os bebês com hérnia diafragmática congênita apresentam, mais frequentemente, dificuldade respiratória nos primeiros minutos após o nascimento devido hipoplasia pulmonar. Por outro lado, o paciente traumatizado pode inicialmente não apresentar sintomas ou sinais que sugiram uma lesão no diafragma. Com o tempo, o defeito diafragmático tende a aumentar e a herniação de órgãos abdominais torna-se mais provável, principalmente do lado esquerdo. A falha no diagnóstico e reparo do diafragma pode levar ao estrangulamento intestinal e, potencialmente, à morte. Objetivo - Realizar breve revisão de literatura e relato de caso de paciente idoso, com hérnia diafragmática de gigante em localização atípica e sem história prévia de trauma. Relato de caso – Paciente do sexo masculino, 79 anos, admitido no departamento de emergência com relato de dor e distensão abdominal súbitas, associada a ausência de eliminação de fezes há 2 dias. Submetido à tomografia de abdome com visualização de hérnia diafragmática póstero-lateral à direita, com herniação de flexura hepática do cólon e do rim direito para a cavidade torácica. Além disso, observou-se um ponto de estrangulamento no cólon causado pelo orifício herniário. Paciente evolui com insuficiência respiratória, sendo optada pela realização de intervenção cirúrgica. No ato operatório, foi realizada laparoscopia, que constatou sinais de obstrução do delgado e do cólon direito, além de volvo do cólon direito herniado através do diafragma. Realizada distorção do volvo e redução do cólon para o abdome. Em seguida, realizada pleuroscopia para mobilização renal com nefropexia por videolaparoscopia. Por fim, foi feita frenorrafia e colocação de tela dupla face para reconstituição do diafragma, a qual ficou em contato com o rim. Paciente foi encaminhado ao CTI no pós-operatório, evoluindo com melhora clínica progressiva e alta vinte e seis dias após abordagem cirúrgica. Discussão – Trata-se de um caso atípico de hérnia diafragmática, visto que é um paciente idoso sem histórico de traumatismo toracoabdominal. A mortalidade associada à lesão diafragmática é de 25% (2). As complicações da lesão diafragmática incluem hérnia gastrointestinal, sequelas pulmonares devido à alteração da mecânica respiratória, paralisia do diafragma e fistula pleural. Destas complicações, a hérnia gastrointestinal é a que mais contribui para a mortalidade devido à isquemia intestinal e ao infarto mesentérico. Conclusão – Hérnia diafragmática não traumáticas em pacientes adultos é entidade rara que pode levar a complicações graves. Seu tratamento cirúrgico tem como base a redução do conteúdo abdominal e reconstrução do diafragma.

Palavras-chave: Hérnia diafragmática , Nefropexia , Volvo de cólon



**Hérnia Diafragmática Traumática à Direita com Grande Falha: Relato de Caso**

Luis Fernando Porto de Assis<sup>2</sup>; Victor Luís Almeida Pires de Castro<sup>2</sup>; Yuri Felix Brandão<sup>2</sup>; Yuri Vanedj de Queiroz Moreira<sup>2</sup>; Adalberto Vieira Dias Filho<sup>2</sup>; Dara Maria de Sá Bonfin<sup>2</sup>;  
1. Hospital Regional do Sertão Central; 2. Universidade de Fortaleza;

Objetivo: Relatar o caso de um paciente que teve um quadro de hérnia diafragmática à direita após ser atropelado por caminhão há 15 anos. Ainda, reportar o desafio imposto pela necessidade de correção da falha diafragmática que era extensa, expondo desafios e estratégias utilizadas para o sucesso do caso. Relato de Caso: Paciente, 55 anos, apresenta ansiedade, depressão e obesidade grau I com história de atropelamento por caminhão há 15 anos. Evoluiu com dispneia progressiva e queixas de dor torácica à direita. Foi submetido a TC de tórax que evidenciou extensa falha diafragmática direita medindo cerca de 15cmx9cm. Foi indicada cirurgia para o tratamento da hérnia por toracotomia posterolateral direita. Revelou-se parte do cólon transverso, fígado e estômago tópicos sem sinais de sofrimento e pulmão direito atelectasiado com sinais de hipotrofia do lobo médio e inferior. Foi optado por realizar colecistectomia tática intratorácica para evitar necessidade futura dela em uma vesícula com possível ectopia devido à mobilização hepática do tórax para o abdome. Após o procedimento, foi realizada a correção da falha diafragmática com tela de polipropileno 30cmx30cm ancorada às bordas da falha diafragmática. O procedimento aconteceu sem intercorrências. No 5º dia pós-operatório, o paciente teve acesso de tosse e agitação psicomotora. Foi realizado RX de tórax que mostrou sinais de rotura da tela. Foi então submetido à TC que confirmou a suspeita. Foi agendada reabordagem 3 dias depois. Nesta, foi aberta incisão prévia, realizada lavagem exaustiva da cavidade e identificado ponto de rotura da tela nos pontos anterolaterais. Como estratégia, foi colocada tela "proceed" 30cmx30cm ancorada nos mesmos pontos e da mesma forma com reforço subsequente por meio de sutura contínua. Houve recidiva da hérnia no 4º PO. Segundo relatos da equipe de enfermagem, o paciente não obedecia às orientações de restrição de esforço físico, o que pode ter contribuído para essa 2ª falha. Por fim, foi reabordada a mesma incisão 4 dias após a 2ª falha com desbridamento de tecidos que apresentavam sinais infecciosos, lavagem exaustiva deles e da cavidade pleural, com redução do conteúdo herniado. O diafragma, neste ponto, encontrava-se espessado, facilitando a correção da falha. Foi utilizada tela de polipropileno 30cmx30cm ancorada nas bordas do diafragma espessado. Foi drenada a cavidade pleural e mantida vigilância infecciosa com cobertura antibiótica de amplo espectro guiado por cultura de líquido coletado pela lavagem da cavidade pleural. O paciente foi avaliado pela psiquiatria que otimizou tratamento com medicações psicotrópicas da qual fazia uso prévio e orientada restrição total no leito por 7 dias. No 7º dia pós-operatório, foi retirado o dreno e no 10º dia pós-operatório da terceira reabordagem, teve alta hospitalar. Realizou retorno ambulatorial no 30º dia pós-operatório com RX de tórax evidenciando ausência de sinais de herniação. O paciente segue sendo acompanhado com orientação de retorno em 60 dias com TC de tórax sem contraste para nova avaliação. Ele vem sendo acompanhado com equipe de nutrição para perda ponderal e equipe de psicologia e psiquiatria.

Palavras-chave: Hérnia diafragmática , Toracotomia , Reparação cirúrgica



**Hérnia diafragmática traumática em gestante: relato de caso**

Franciele Cristina Gontijo de Santana; Moises Franco Amorim Vieira de Sá; Danilo Caribé Carneiro; André Galante  
Alencar  
Aranha;  
Hospital Guilherme Alvaro;

**OBJETIVO** Relatar o tratamento de uma hérnia diafragmática durante a gestação e puerpério. **RELATO DO CASO** Paciente feminina, 28 anos, gestante com 36s+1d foi admitida em hospital de origem com quadro de dor e distensão abdominal associado a dispneia progressiva com a evolução da gestação. Como história prévia, relatou trauma penetrante por arma branca em região de dorso à esquerda, há 5 anos, quando na ocasião foi submetida à drenagem torácica e sutura do orifício de perfuração da pele, recebendo alta hospitalar após alguns dias de internação. Após 5 anos, a paciente engravidou e no acompanhamento de pré natal evoluiu com dispneia progressiva aos esforços. Ao exame do tórax, presença de timpanismo em base de hemitórax esquerdo, murmúrio vesicular abolido em base esquerda e ausência de ruídos adventícios. Radiografia de tórax evidenciava presença de imagem compatível com nível hidroaéreo em hemitórax esquerdo sugestivo de alças intestinais no interior da cavidade torácica. Paciente seguiu em acompanhamento conjunto com equipe de obstetrícia para seguimento da gestação. Devido à piora clínica da dispneia, foi optado pela interrupção da gestação com 36 sem + 5 dias, apresentando melhora do quadro de dispneia, e com orientação de cirurgia eletiva para correção de hérnia diafragmática. Cerca de dois meses após o parto, paciente evoluiu com dispneia, distensão abdominal, parada da eliminação de fezes e flatos. Em tomografia foi observada a presença de herniação do conteúdo abdominal no hemitórax à esquerda, comprimindo o parênquima pulmonar. Paciente segue sendo encaminhada para o serviço terciário. A paciente foi submetida à toracotomia anterior esquerda associada a laparotomia exploradora, com incisão mediana xifumbilical. Durante a exploração da cavidade torácica, encontraram-se múltiplas aderências intestinais, que foram desfeitas. Foi identificado conteúdo de intestino delgado, estômago e colón transversos em anel herniário de aproximadamente 10 cm, apresentando firmes aderências intestinais. Realizou-se a dissecação e a liberação das aderências firmes que se encontravam junto ao anel herniário e pleura parietal, com redução das vísceras à cavidade peritoneal. O anel herniário foi suturado com pontos separados utilizando fios de ácido poliglicólico N1, e realizada drenagem torácica em selo d'água. Realizada também enterectomia de 10cm com anastomose primária termino-terminal devido lesão inadvertida durante lise de aderências. A paciente evoluiu com pós operatório em leito de UTI recebendo nutrição parenteral e progressão de dieta oral. No 14º dia de pós operatório, paciente evoluiu com piora infecciosa, sendo observada coleção em tomografia de tórax, sendo optada pela realização de pleuroscopia. No intra operatório foi observada aderências frouxas, sendo realizada a lise, drenagem pequena quantidade de secreção serosa e posicionados dois drenos tubulares. Os drenos foram retirados no 5º e 6º dias de pós-operatório da reabordagem. A radiografia de controle mostrou pulmão expandido, sem presença de coleções. A paciente recebeu alta hospitalar sem drenos e com dieta geral após 24 dias de internação.

Palavras-chave: Hérnia diafragmática , Gestação , Trauma



***Impacto da cirurgia robótica no tratamento de tumores do mediastino: Avaliação das técnicas robóticas e seus benefícios em comparação com a cirurgia aberta***

*Maria Manuela Cecchini Souza Damasceno Nogueira<sup>4</sup>; Cloífi Cardoso Faria Bueno<sup>5</sup>; Hendrick Amaral Santos<sup>5</sup>; Erlan Gomes de Carvalho Filho<sup>2</sup>; Amanda Vitória Serafim dos Santos<sup>3</sup>; Bruna Verdi Scabeni<sup>1</sup>; 1. Centro Universitário de Pato Branco; 2. Centro Universitário Fametro; 3. Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos; 4. Universidade de Fortaleza; 5. Universidade São Francisco;*

Objetivo: Compreender o impacto da cirurgia robótica no tratamento de tumores no mediastino, com enfoque na avaliação das técnicas robóticas e seus benefícios em comparação com a cirurgia aberta. Método: Pesquisa realizada no banco de dados da PubMed Central utilizando os descritores: “Robotic surgery”, “Open surgery”, “Mediastinal cancer”, “Outcomes”, “Benefits” e “Complications”, com os operadores booleanos “AND” e “OR”, das publicações dos últimos 5 anos. Selecionado 10 publicações sobre a comparação de cirurgias mediastinais robótica e aberta entre 503 publicações resultantes da pesquisa, foram analisadas as variáveis “Duração da cirurgia”, “Complicações pós-operatórias” e “Tempo de hospitalização”. Resultados: A cirurgia toracoscópica assistida por robô (RATS) é uma abordagem segura e eficaz para o tratamento de tumores do mediastino, com evidências de menor risco de infecção do sítio cirúrgico, redução na perda sanguínea e diminuição das complicações pulmonares em comparação à cirurgia aberta. Na esfagectomia minimamente invasiva assistida por robô (RAMIE), observou-se uma redução de 47% na ocorrência de fibrilação atrial e uma diminuição de 61% na incidência de pneumonia pós-operatória. Devido à complexidade do procedimento, a RAMIE apresenta uma duração maior em comparação à esfagectomia aberta. Além disso, a timectomia robótica esteve associada a um menor tempo de dreno torácico, redução da dor pós-cirúrgica e uma diminuição de 5,4% nas complicações pós-operatórias. Entretanto, o tempo operatório não demonstrou diferença significativa entre as abordagens robótica e aberta. Em geral, pacientes submetidos à RATS apresentaram um período de hospitalização mais curto e taxas de complicações pós-operatórias significativamente menores. Conclusões: O estudo permitiu avaliar as técnicas robóticas e seus benefícios. É possível concluir que a duração das cirurgias abertas é menor em comparação com as robóticas. Nesse viés, as complicações pós-operatórias em cirurgias com técnicas robóticas em tratamentos de tumores do mediastino são menores devido à técnica aberta ser mais invasiva, enquanto a cirurgia com técnicas robóticas permite uma invasividade mínima e menores riscos a traumas na parede torácica. Nessa óptica, é válido ressaltar que o tempo de hospitalização em cirurgias abertas são maiores do que as assistidas por robôs. Por fim, é evidente que os benefícios das técnicas robóticas para a saúde dos pacientes submetidos a cirurgias de tumores do mediastino são maiores que os impasses.

Palavras-chave: Cirurgia robótica , Mediastino , Tumores , RATS



**IMPACTOS DAS VALVOPATIAS MITRAIS DECORRENTES DA FEBRE REUMÁTICA NA SAÚDE CARDIOVASCULAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

*Edla Gomes Castro; Carlos Irineu Davi Aguiar; Mariana Coelho Serpa Almeida Melo; Guilherme Portela Melo; Nairo Sabóia Cavalcante; João Victor Martins Ribeiro; Francisco Victor Alves da Silva; Centro Universitário INTA - UNINTA;*

Objetivo: Avaliar a relação entre febre reumática e valvopatias mitrais e identificar as possíveis complicações associadas entre as doenças. Metodologia: Foram consultadas as bases de dados “PubMed”, “Scopus”, e “Web of Science”. Após a busca com os descritores iniciais, foi feita uma análise para determinar a relevância e a contribuição de cada artigo para o tema da revisão. Resultados: A febre reumática é uma doença inflamatória causada pela infecção estreptocócica que acomete indivíduos suscetíveis em razão de fatores genéticos e ambientais. Os riscos da doença são diretamente proporcionais ao desenvolvimento de danos progressivos, como quadros de estenose ou insuficiência valvar. Um terço das cirurgias cardiovasculares realizadas no Brasil se deve às sequelas da doença reumática cardíaca. As consequências mais temidas da febre reumática são as valvopatias crônicas, que provocam piora na qualidade de vida, hospitalizações e necessidade de procedimento cirúrgico. A valvopatia reumática mitral é a principal causa da morte cardiovascular ao longo dos primeiros 50 anos de vida. As valvopatias mitrais incluem estenose e insuficiência. A estenose mitral é o estreitamento do orifício mitral, que obstrui o fluxo sanguíneo do átrio esquerdo (AE) para o ventrículo esquerdo (VE). Complicações comuns das valvopatias são hipertensão pulmonar, fibrilação atrial e tromboembolia. A regurgitação mitral é a incompetência da valva mitral que causa o fluxo ventrículo esquerdo para o AE durante a sístole ventricular. A regurgitação mitral pode ser primária ou secundária à dilatação do ventrículo esquerdo. Outras complicações incluem insuficiência cardíaca (IC) progressiva, arritmias e endocardite. Os principais achados na IC por valvopatia são os mesmos que na IC por outras causas: dispneia, ortopneia, taquicardia, impulso apical anormal, pressão arterial sistólica baixa, distensão da veia jugular, e edema. A IC progressiva em pacientes com valvopatia crônica é a principal causa de atendimento de emergência. A doença valvar cardíaca tem diferentes mecanismos hemodinâmicos. Assim, o manejo é individualizado com base na fisiopatologia de cada doença. Mudanças em parâmetros de estenose e insuficiência alteram a curva de pressão e volume, portanto objetivo do tratamento medicamentoso é reajustar esses parâmetros até o tratamento invasivo definitivo. O tratamento medicamentoso promove alívio dos sintomas, entretanto, o tratamento definitivo, que é a cirurgia de substituição valvar, deve ser sempre baseada na comparação do benefício e do risco do procedimento. Conclusão: A febre reumática é uma doença inflamatória que representa um importante problema de saúde pública no Brasil. A valvopatia mitral por febre reumática permanece sendo um sério problema de saúde pública mesmo com os avanços técnicos-científicos. Dessa maneira, é de extrema importância o entendimento sobre a fisiopatologia da doença, a fim de prevenir complicações. Nota-se que complicações incluem IC progressiva, arritmias e endocardite. Logo, é essencial que seja feito o tratamento medicamentoso adequado e que seja avaliada a possibilidade de tratar a valvopatia de forma cirúrgica.

Palavras-chave: Valvopatias mitrais , Febre reumática , Valvopatia reumática , Fisiopatologia



**Internações por tromboembolismo pulmonar no Brasil durante o período de 2018 a 2023.**

Ana Sabrina Linard Aquino Freitas; Pedro Henrique Samuel Martins Dantas; Juan Bringel Gonçalves Lobo; Agostinho Hermes de Medeiros Neto;  
Universidade Federal do Cariri;

Objetivos: Realizar um levantamento epidemiológico dos casos de internações hospitalares por tromboembolismo pulmonar (TEP) de 2018 a 2023, uma vez que ainda não se sabe o real impacto epidemiológico da pandemia de COVID-19 nos números de casos por TEP nos anos seguintes. Metodologia: O presente resumo trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter quantitativo e descritivo, cujo os dados foram obtidos por meio da consulta no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, disponibilizado pelo DATASUS. Para critérios de elegibilidade, foram considerados dados referentes a internações de pacientes por TEP entre janeiro de 2018 a dezembro de 2023. Para a realização do estudo epidemiológico, coletou-se as seguintes variáveis: região e faixa etária, referentes ao respectivo ano de processamento. Já os dados que foram classificados como “Sem informação” foram ignorados porque poderiam interferir na interpretação do resultado final. Resultados: A análise revelou uma tendência de aumento de internações hospitalares por TEP no ano de 2019(10.092), quando comparado a 2018(9.113). Porém, o número de internações em 2020 apresentou um declínio discreto (9.665) no número de casos de TEP registrados. Posteriormente a 2020, observou-se, nos anos de 2021 (10.952), 2022(12.015) e 2023(12.794) o retorno da tendência de crescimento de internações por TEP. Em relação a distribuição geográfica da patologia, para todos os anos analisados, a região Sudeste concentrou o maior número de internações por TEP - 2018(4.925), 2019(5.482), 2020(5.219), 2021(6.084), 2022(6.570), 2023(6.765), enquanto a região Norte apresentou um menor número, sendo 2018(149), 2019(182), 2020(165), 2021(131), 2022(227), 2023(255). Entretanto, notou-se que houve um crescimento mais expressivo de internações por TEP para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que apresentaram um aumento percentual (aproximado) respectivamente de 12,3%, 17,4% e 21,9% de internações no ano de 2023 em relação a 2022. Ademais, a faixa etária de “60 anos ou mais” mostrou-se ser o grupo mais acometido, apresentando as seguintes internações: 2018(4.491), 2019(4.917), 2020(4.797), 2021(5.621), 2022(6.331), 2023(6.610). Também é importante ressaltar que, embora seja raro em crianças e adolescentes, a partir de 2021, observou-se um número maior de casos, comparado a 2018, envolvendo a faixa etária de 0 a 14 anos, revelando os seguintes dados: 2018(26), 2019(29) e 2020(25), 2021(47), 2022(47), 2023(76). Conclusão: Diante do exposto, é possível observar que houve um aumento no número de internações por TEP nos anos finais da pandemia (2022 e 2023), podendo existir uma correlação de causa e efeito a longo prazo de COVID-19 e TEP. Além disso, evidenciou-se um crescimento considerável de internações para as faixas etárias de 0 a 14 anos, o que pode também indicar alguma consequência do coronavírus na saúde da criança e do adolescente. Dessa forma, não é possível afirmar com exatidão se existe uma relação entre COVID-19 e o aumento de casos de TEP nos anos subsequentes por causa de outras variáveis ambientais não estudadas. Ainda assim, novos estudos serão necessários para melhor compreensão dessa possível relação.

Palavras-chave: Internações , COVID-19 , Tromboembolismo Pulmonar



**INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DE ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO: UM RELATO DE CASO**

*Pedro Farias Euclides de Araújo; Ester Araújo Bady Casseb; Digelson Alves Cardoso Junior; Ado Felipe Da Costa Melo; Lucas Rafael Genuíno de Sousa; Gaslin Bazin; UFCG;*

Descrever um caso de um recém-nascido do sexo masculino de 21 dias de vida, com apresentação clínica de enfisema lobar congênito, evidenciando desde a sua evolução sintomática, até o estabelecimento do diagnóstico e tratamento da complicação pulmonar. Paciente masculino, 21 dias de vida, foi levado por acompanhante ao Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) relatando quadro de desconforto respiratório, cianose e engasgo à alimentação. Ao exame físico apresentava tiragem intercostal e subcostal, taquipneia, frequência respiratória: 50 irpm, saturação de oxigênio em ar ambiente: 94%. O exame RT-PCR deu negativo, a tomografia de tórax evidenciou aumento volumétrico do lobo superior esquerdo, com redução da sua atenuação e pobreza de vasos no parênquima, compatível com hiperinflação lobar, sugerindo enfisema lobar congênito, demais lobos pulmonares apresentaram discretas faixas de atelectasias, o ecocardiograma evidenciou forame oval patente (FOP) com shunt E-D sem repercussão hemodinâmica e de tronco pulmonar de reduzidas dimensões. Após o diagnóstico o paciente foi encaminhado para a realização de uma lobectomia de ápice pulmonar à esquerda. Não foram evidenciadas intercorrências, houve melhoras progressivas durante o pós-operatório, com boas condições clínicas. Paciente foi direcionado ao seguimento ambulatorial. O enfisema pulmonar congênito é uma condição rara caracterizada por uma disrupção no desenvolvimento pulmonar, conduzindo à formação de áreas dilatadas e à degeneração dos tecidos pulmonares. É predominantemente identificado em neonatos e crianças pequenas, exibindo uma gama de manifestações que vão de moderadas a graves. Existem duas apresentações primárias: o enfisema lobular congênito, marcado por uma distensão excessiva de um ou mais lóbulos pulmonares devido a obstrução da via aérea, resultante de uma compressão extrínseca ou intrínseca; e o enfisema pulmonar congênito tipo I, também conhecido como enfisema bolhoso, caracterizado pela dilatação dos alvéolos, formando grandes bolhas de ar nos pulmões, frequentemente associadas à hiperinsuflação local, possivelmente atribuída a uma deficiência na elasticidade do tecido pulmonar. As manifestações clínicas podem abranger dispneia, cianose, dificuldades alimentares e comprometimento do crescimento. O diagnóstico é rotineiramente confirmado através de exames de imagem, como radiografias torácicas, tomografia computadorizada e ultrassonografia. O prognóstico é variável, correlacionado com a severidade da condição e a eficácia da intervenção terapêutica. A abordagem terapêutica é determinada pela gravidade do quadro clínico, com estratégias que podem incluir vigilância ativa e intervenções mínimas para casos leves, enquanto situações mais graves podem exigir intervenções cirúrgicas para ressecção de tecido pulmonar danificado ou correção de anomalias estruturais. Em circunstâncias específicas, o transplante pulmonar pode ser considerado como uma opção terapêutica.

Palavras-chave: enfisema lobar , congênito , recém-nascido



**INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DE MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA: UM RELATO DE CASO**

*Gustavo Henrique dos Santos Lima; Marcelo Augusto Cirilo dos Santos; Juarez Carlos Ritter; Luana Araújo Duarte; Maria Eduarda Pereira Florenço; Luís Eduardo Silva Santos; David de Faria Soares Rodrigues; UFCG;*

**OBJETIVO** Descrever o caso de um lactente do sexo masculino, com 11 meses de idade, com apresentação clínica de malformação adenomatoide cística congênita (MACC), destacando a evolução dos sintomas respiratórios iniciais até o diagnóstico e tratamento da complicação pulmonar. **RELATO DE CASO** Lactente, masculino, com 11 meses de idade, iniciou quadro de febre (Tax: 39°C), rinorreia e tosse produtiva, onde procurou atendimento médico local e seguiu tratamento ambulatorialmente. No entanto, após 3 dias, o paciente evoluiu com piora dos sintomas, apresentando forte choro, comprometimento do estado geral e presença de taquidispneia. Foi então admitido no hospital, onde recebeu o suporte inicial com tratamento para pneumonia, além da realização de radiografia de tórax, que constatou cisto em hemitórax direito que desviava o mediastino para o lado contralateral. Em poucos dias, foi transferido para o Hospital de Trauma de Campina Grande com permanência de desconforto respiratório e surgimento pneumotórax à direita. No local, o paciente foi constatado com pneumonia tratada com tazocin e vancomicina iniciado no dia 27/05, e submetido a incisão de 2 drenagens torácicas à direita (realizado em 30/05 e 31/05), além da presença anemia (Hb 8,3). O paciente foi submetido a tomografia com contraste onde foi possível observar volumoso processo expansivo sólido-cístico, aparentemente em espaço pleural, com lâminas hiperdensas/septos em permeio, comprimindo o parênquima pulmonar direito remanescente, bem como desviando mediastino contralateralmente e hidropneumotórax localado. Com parecer então da cirurgia torácica, o menor foi diagnosticado com provável Malformação Pulmonar Congênita (adenomatosa cística em hemitórax direito) o qual foi encaminhado ao Hospital Universitário Alcides Carneiro no dia 07 de junho, chegando com anemia (hb 7,6); e recebendo concentrado de de hemácias desde o transporte até o segundo dia de internação em UTI pediátrica. No segundo dia de internação, com dispneia e murmúrio vesicular quase inaudível à direita, o paciente foi submetido a Lobectomia pulmonar média direita, sem intercorrências, retornando à UTI em suporte de O2 com Ventilação Mecânica Invasiva. Foi extubado no dia seguinte, em regular estado geral, reativo, com bom padrão respiratório, hemodinamicamente estável e sem distermias. Em exame anatomopatológico feito no dia 09/06/2022, foi notado em lobo pulmonar médio Lesão cística revestida parcialmente por epitélio de células cuboidais sem atipias, em cujas paredes há edema e focos de infiltrado inflamatório e hemorragia recente com ausência de focos de cartilagem imatura nos cortes analisados (Os achados que corresponder a malformação congênita de vias áreas pulmonares tipo 4). No dia 10/06/22, encerrou seu estágio na UTI e foi admitido na enfermaria respirando em ar ambiente. Foi realizada retirada do dreno de tórax, apresentando diurese e evacuações presentes, além de boa aceitação de dieta. Após uma semana, termina seu tratamento antimicrobiano (Tazocin + Vancomicina por 17 dias) e recebe alta hospitalar. Após um mês de alta, foi realizado o exame do imuno-histoquímico que mostrou blastoma pleuropulmonar.

Palavras-chave: Malformação Adenomatoide Cística Congêni , Lactente , Infecções Respiratórias



**Isquemia cerebral maciça no transoperatório de pneumonectomia esquerda por carcinoma pulmonar**

Roberto Bruno Lima de Medeiros; Leonardo Cesar Silva Oliveira; Gustavo Terceiro Cunha; Nathalia Souza e Silva Zacarias; Francisco Israel Araujo Costa; Pedro Henrique Cardoso Callou; George Lucas Vieira Florêncio;  
Hospital de Messejana;

Objetivo: Descrever complicação rara e fatal de isquemia cerebral maciça no transoperatório de pneumonectomia esquerda. Relato de caso: Homem, 34 anos, com história de hemoptise há 5 anos durante 8 meses. Na admissão referia apenas dispneia aos esforços e tosse seca. Grande tabagista desde os 11 anos de idade. Tomografia (TC) evidenciou imagem de subtração no interior do brônquio fonte esquerdo e redução volumétrica do pulmão. Broncoscopia confirmou lesão em dedo de luva com superfície discretamente recoberta por fibrina e muito sangrante às biópsias. Biópsia confirmou neoplasia neuroendócrina de baixo grau. Tomografia de crânio, abdome e ecocardiografia pré-operatória foram normais. Foi submetido a pneumonectomia esquerda, sendo o procedimento iniciado por videotoracoscopia mas convertido para toracotomia por dificuldade na obtenção de segurança na amputação do brônquio principal esquerdo com a margem adequada. Durante a manipulação dos vasos pulmonares o anestesista referiu queda abrupta da monitorização do BIS com posterior melhora. Após a cirurgia o paciente não acordou, embora tivesse drive respiratório. Foi encaminhado para unidade de terapia intensiva ainda intubado. Na noite da cirurgia apresentou convulsão tipo focal na face. Na manhã seguinte a cirurgia encontrava-se intubado e anisocórico, embora ainda existisse reflexo oculopalpebral. Tomografia de urgência foi compatível com distúrbio hipóxico-isquêmico com múltiplas áreas hipoatenuantes bilateralmente, obliterando espaços liquóricos regionais e desvio da linha média para esquerda bem como subfalcina do giro cíngulo direito. Evoluiu em minutos com midríase e extrema labilidade pressórica por provável disautonomia. O dreno da pneumonectomia foi retirado com 30 horas após a pneumonectomia. Nova TC com contraste no 4º dia confirmou achados e levantou a hipótese de morte encefálica. Paciente evoluiu com óbito no 6º dia de pós-operatório. Na literatura eventos isquêmicos cerebrais maciços em cirurgias de ressecção pulmonar ocorrem entre 0,4-0,6% dos pacientes e a mortalidade de todos os relatos foi altíssima. Nosso paciente tinha idade muito menor que os casos previamente relatados e não tinha nenhuma história pregressa de alterações cerebrais ou vasculares. Diante da suspeita de isquemia cerebral o diagnóstico deve ser rápido para que permita trombectomia embora em casos maciços ou por isquemia hipóxia essa não costuma ser uma possibilidade. Os principais fatores de risco na literatura são o IMC elevado e o TTPA < 26,5s. O correto tratamento do coto da veia pulmonar pode ser um fator importante para evitar embolização.

Palavras-chave: Pneumonectomia , Isquemia cerebral , Câncer pulmonar , Embolia cerebral



**Leiomioma de esôfago ressecado por videotoracoscopia – relato de caso**

*Thamiris Almeida Saraiva leao; Manoel Alves Mota Neto; Stefany Stela Lima Silva; Maria Luiza de Barros Sousa; Joao Lucas Fernandes da Silva; Nathalia Souza e silva Zacarias; Antero Gomes neto;*  
;

Objetivo: Leiomioma de esôfago é o mais comum dos tumores intramurais dessa região, e embora seja uma lesão benigna, sem risco de evoluir para malignidade, causa sintomas que afetam a qualidade de vida do paciente, justificando sua necessidade de ressecção<sup>1</sup>. É um tumor raro, e estaticamente corresponde em torno de 10% de todos os leiomiomas gastrointestinais<sup>1</sup>. O objetivo deste relato é mostrar o caso de um paciente com leiomioma sintomático ressecado por videotoracoscopia, após uma biópsia incisional feita por toracotomia exploradora em outro serviço. Relato de caso: Paciente, masculino, 40 anos, natural do Crato, buscou atendimento médico por apresentar um quadro de disfagia progressiva. De antecedentes patológicos relata apresentar quadro asmático, sem comprovação clínica e hipertensão arterial em uso de enalapril. De hábitos, é ex-tabagista 30 anos/maço e ex-etilista até 5 anos atrás. De antecedente psicossocial refere exposição diária a fogão a lenha e a sílica em seu trabalho como pedreiro e criação de pássaros em ambiente doméstico. Exame físico normal. Na investigação clínica, no Hospital Regional do Cariri, foi submetido a uma endoscopia que mostrou abaulamento do esôfago medio por possível compressão extrínseca e mucosa de aspecto normal. Posteriormente fez uma tomografia de tórax, que mostrou uma massa tumoral no terço medio do canal esofágico de tamanho aproximado de 5cm provocando redução luminal. A lesão mantinha contato com o brônquio principal direito e com a parede posterior do átrio esquerdo, mas sem evidência de invasão dessas estruturas. No referido Hospital do Cariri, o paciente foi submetido a uma toracotomia direita e o médico abortou a ressecção cirúrgica, realizando somente uma biópsia incisional do tumor. O exame anatomopatológico mostrou ser um tumor fibroso. O paciente continuou com disfagia para alimentos sólidos, e foi encaminhado para o ambulatório de cirurgia torácica do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Stuart Gomes, referência em cirurgia torácica do estado. O paciente realizou exames pré-operatórios de rotina que incluiu exames laboratoriais, espirometria, eletrocardiograma e ecocardiograma, que foram todos normais. Depois disso, o paciente foi submetido a uma ressecção cirúrgica por vídeo de tumor de mediastino posterior, situado na parede do esôfago, após a liberação de todas as aderências da toracotomia prévia, e a liberação do tumor junto ao átrio esquerdo, brônquio principal direito e esquerdo. Fez-se abertura longitudinal da muscular do esôfago e liberação de todo o tumor da mucosa esofágica, com abertura da mucosa em dois pontos que se encontrava firmemente aderida ao tumor. Feita em seguida rafia da mucosa do esôfago e da muscular com pontos separados de fio absorvível (poliglactina 3-0). Deixada uma sonda nasogástrica para alimentação na primeira semana do pós-operatório. O paciente evoluiu sem intercorrência, com a retirada do dreno torácico no 5º dia de pós-operatório e com progressão para dieta oral até o oitavo dia, quando a sonda foi retirada. O paciente saiu de alta bem e continua em acompanhamento ambulatorial.

Palavras-chave: Leiomioma , Esôfago , videotoracoscopia



**LEIOMIOMA MEDIASTINAL DE GRANDE VOLUME: UM RELATO DE CASO**

*Luís Eduardo Silva Santos; David de Faria Soares Rodrigues; Luana Araújo Duarte; Juarez Carlos Ritter; Ana Luiza Benevides Campos Japiassu; Gustavo Henrique dos Santos Lima; Maria Eduarda Pereira Florenço; UFCG;*

**OBJETIVO:** Descrever o caso de uma paciente do sexo feminino de 52 anos que apresentou uma massa pulmonar de grande volume cerca de 20 anos após ter sido submetida a histerectomia por leiomioma uterino. A análise histológica e imunoistoquímica da massa mostraram tratar de um leiomioma benigno.

**RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 52 anos, encaminhado à ambulatório de cirurgia torácica do Hospital Universitário Alcides Carneiro devido à achado, em tomografia computadorizada de tórax, de uma volumosa massa no espaço pleural a direita, de provável natureza neoplásica, associada a atelectasia restritiva de parênquima pulmonar dos lobos inferior direito e médio. Apresentava tosse há 3 meses como único sintoma, referia histórico de tabagismo passivo e quanto aos antecedentes pessoais e cirúrgicos, referiu histórico de histerectomia por miomatose uterina realizada há cerca de 20 anos, além de remoção de tumor em partes moles do punho há 5 anos. Após realização de biópsia, o laudo apontou a lesão como neoplasia com diferenciação muscular lisa, sendo necessária abordagem cirúrgica. Após internação, foi submetida à ressecção completa de tumor intratorácico e colocação de dreno de tórax em selo d'água, evoluindo sem intercorrências, e assim, sendo feita a solicitação do anatomopatológico. O painel imuno-histoquímico da peça evidenciou neoplasia mesenquimal fusocelular, com marcadores compatíveis com leiomioma. Mais de um ano após alta, em pós-operatório tardio, evoluiu com eventração diafragmática direita, por paralisia frênica, apresentando dores esporádicas na região da toracotomia, não apresentando tosse ou dispneia.

Palavras-chave: Leiomioma , Tumor intratorácico , Neoplasias do Mediastino



**Leiomioma Metastático Benigno (LMB) Pulmonar: um relato de caso.**

Rafael Alves Guerra Gomes Cruz; Arthur Lacerda Rocha; Carlos Alberto Almeida de Araújo; UFRN;

Objetivo: Relatar caso de apresentação atípica de múltiplos nódulos pulmonares bilaterais metastáticos, secundários a Leiomioma Uterino. Método: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo “relato de caso”, realizado através da revisão de prontuário, consulta ambulatorial e coleta de exames complementares de paciente em ambulatório especializado do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Resultados: Paciente, sexo feminino, 47 anos, com antecedente pessoal de histerectomia por Leiomioma ectópico em colo uterino há 17 anos. Apresentou, em dezembro de 2014, quadro de pneumotórax espontâneo à esquerda. Foi realizada na ocasião drenagem pleural e pleurodese ipsilateral, com estudo citopatológico e bioquímico do líquido, bem como envio para cultura. Entretanto, tais resultados revelaram-se inocentes para algum quadro patológico. Realizada investigação com Tomografia Computadorizada (TC) de tórax com contraste, a qual evidenciou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais esparsos, com suspeita radiológica de metástases pulmonares. Diante dos achados, foi submetida a biópsia de algumas amostras dos nódulos pulmonares, em que revelou tratar-se histopatologicamente de Leiomioma. Tendo em vista o quadro exposto, foi discutido tal caso entre cirurgia torácica e cirurgia oncológica do HUOL, que optaram por realizar, em julho de 2015, ooforectomia bilateral, objetivando-se a redução volumétrica das lesões pulmonares, considerando que Leiomiomas são lesões dependentes de hormônios sexuais femininos para seu desenvolvimento. Desde esse período, segue em acompanhamento ambulatorial com cirurgia torácica, com realização periódica de exames de imagem de controle (TC de tórax sem contraste) e provas de função pulmonar (Espirometria), tendo sido evidenciado ao longo do tempo redução volumétrica dos nódulos pulmonares, bem como necrose de alguns desses nódulos, além de melhora dos parâmetros de função pulmonar (Espirometria, 07/07/2015: VEF1/CVF: 0,74; VEF1: 1,08L (40%); CVF: 1,46L (46%) FEF 25-75%: 0,78L/s (26%) | Espirometria, 13/01/2023: VEF1/CVF: 0,75; VEF1: 1,3L (49%); CVF: 1,73L (54%) FEF 25-75%: 0,97L/s (38%). Há 1 ano, está em uso de Sirolimus (inibidor da mTOR quinase) para controle do crescimento de tais nódulos, uma vez que este medicamento é utilizado no tratamento de Linfangioleiomiomatose (LAM), com boa adesão ao tratamento e sem efeitos adversos de tal medicação. Conclusões: LMB é uma doença rara associada ao leiomioma uterino. Um local comum de metástase inclui pulmões. Trata-se de uma doença de natureza benigna das células musculares lisas proliferantes no leiomioma. BML aparece em mulheres pré-menopáusicas com histórico de leiomioma uterino, e as metástases podem aparecer de 3 meses a 20 anos após a cirurgia uterina. Esta doença é geralmente assintomática. Achados radiológicos típicos mostram nódulos pulmonares bilaterais bem circunscritos, não calcificados, variando de alguns milímetros a vários centímetros. Lesões císticas grandes com múltiplos nódulos também podem ocorrer. O tratamento clássico consiste em cirurgia pulmonar, terapia hormonal (Tamoxifeno, progesterona, inibidores da aromatase), Sirolimus ou ooforectomia bilateral.

Palavras-chave: Leiomioma , Metástase , Nódulos Pulmonares , Cirurgia Torácica



**LESÃO TRAQUEAL INTRATORÁCICA BAIXA E HEMOPNEUMOTÓRAX POR ARMA DE FOGO: UMA RARA ABORDAGEM CIRÚRGICA**

Ryan Nogueira Lima<sup>3</sup>; Humberto Fernandes Veloso Neto<sup>5</sup>; Antônia Fátima Rebecka Coutinho Brito<sup>2</sup>; Thiago Praça Brasil<sup>1</sup>; Maristela Beatriz Falcão Silva<sup>7</sup>; Rackell Ramos Everton Costa<sup>6</sup>; Bruno Praça Brasil<sup>4</sup>; 1. ; 2. Centro Universitário INTA; 3. Hospital de Urgências de Teresina; 4. Hospital Geral Doutor Cesar Cals; 5. Hospital Universitário do Piauí; 6. Universidade estadual do Maranhão; 7. Universidade Estadual do Maranhão;

**OBJETIVO:** Analisar uma rara abordagem cirúrgica aplicada em um serviço de urgência, acerca de um ferimento por arma de fogo em traqueia intratorácica baixa, em vigência de um hemopneumotórax, sem disponibilidade de ventilação mecânica monopulmonar. **RELATO DE CASO:** A lesão por arma de fogo na topografia traqueal ocorre com maior frequência na porção faríngea e cervical, sendo muito rara em sua localização intratorácica baixa, pois confere um traumatismo de altíssima gravidade com raros casos relatados, os quais geralmente são fatais. Assim, dispõe-se a descrição de um caso de abordagem cirúrgica um caso de lesão de traqueia intratorácica baixa por arma de fogo e sua correção em paciente jovem. Diante disto, o relato trata-se de um paciente do sexo masculino de 22 anos que foi transferido ao serviço de referência em trauma com história de perfuração por arma de fogo (PAF) em região torácica direita com cavidade pleural a direita drenada no serviço de origem. Foi admitido com estabilidade hemodinâmica em sala de trauma, necessitando de oxigenioterapia em máscara de oxigênio não reinalante e observado dreno torácico com grande volume de escape aéreo. Após avaliação e verificação de estabilidade, foi optado por realizar uma tomografia de tórax, a qual evidenciou enfisema subcutâneo, hemopneumotorax à direita, pneumomediastino e pneumotórax à esquerda. Posteriormente ao exame, evoluiu com instabilidade hemodinâmica. Sendo encaminhado ao centro cirúrgico, em caráter de urgência, com abordagem para toracotomia póstero-lateral direita, em ventilação mecânica usual, devido à indisponibilidade de ventilação mecânica monopulmonar. No intraoperatório, foram constatados numerosos coágulos e foco de sangramento ativo em veias ázigos e lesão incompleta em traqueia distal. Sendo assim, optou-se por ligadura da veia ázigos e traqueorrafia do plano cartilaginoso se mostrou eficiente. A revisão da hemostasia e aerorrafia seguido de drenagem pleural bilateral e cuidados em unidade de terapia intensiva. Durante o seguimento do pós-operatório, ainda durante a internação hospitalar, foi realizada uma broncoscopia que não evidenciou alterações apresentando boa traqueorrafia e sem trajetos fistulosos, apesar de uma técnica cirúrgica de difícil acesso em vigência de ventilação mecânica bipulmonar. O paciente evoluiu sem demais complicações no intra-hospitalar, estando apto para alta após 16 dias do procedimento cirúrgico. A incidência de lesões traqueobrônquicas varia de 0,3 a 1% com mortalidade de 30%. O mecanismo de trauma e os achados clínicos merecem a atenção na suspeita de lesão de vias aéreas, o diagnóstico e o tratamento precoces das lesões traqueobrônquicas estão associados aos resultados, com maior possibilidade de reparo primário, preservando ao máximo o parênquima pulmonar ainda funcionante.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões , Traumatismos Torácicos , Violência com Arma de Fogo



**Linfoma pericárdico: um relato de caso.**

*George Lucas Vieira Florêncio; Francisco Matheus Tavares Fernandes Vieira; Carlos Alberto da Cruz Neto; Samuelson Hugo Félix Maia; Pedro Henrique Cardoso Callou; Larissa Cavalcante Amora; Nathália Souza e Silva*  
*Zacarias;*  
*Hospital Carlos Alberto Studart Gomes;*

Introdução: Linfoma é um tipo de câncer que é originário do sistema linfático distribuído por todo o corpo. Classificados em dois grandes grupos (Hodgkin e não Hodgkin), os linfomas podem, primordialmente, se originar da proliferação das células dos linfócitos B ou T. Os linfomas cardíacos são tumores primários raros, nos quais a lesão primária está no coração. Os tumores geralmente são infiltrativos e localizam-se no átrio direito ou pericárdio. Sua mortalidade é notavelmente alta e o diagnóstico tardio é o principal fator que produz seu mau prognóstico. O espectro de manifestações cardíacas é amplo e abrange desde a ausência de sintomas até Insuficiência Cardíaca (IC), derrame pericárdico ou arritmias. Raramente o envolvimento cardíaco é a manifestação inicial do linfoma. Objetivo: Relatar um caso clínico raro de linfoma pericárdico com repercussão importante. Relato de caso: Paciente, 51 anos, sexo masculino, hipertenso, enfisematoso, coronariopata, ex-tabagista (25 maços/ano), com história de duas semanas com queixa de dispneia aos leves e moderados esforços associado à plenitude gástrica. Negava ortopneia e dispneia paroxística noturna. Negava alergias. Possuía internação prévia recente (dois meses) por tromboembolismo pulmonar. Na admissão, paciente encontrava-se com estado geral regular, consciente e orientado. À ausculta bulhas hipofônicas e murmúrio vesicular reduzido em base bilateral. Extremidades não apresentavam edemas e cianose. Com isso, realizou radiografia de tórax que mostrou aumento da área cardíaca e derrame pleural à esquerda. Tomografia de tórax mostrava: volumoso derrame pericárdico; derrame pleural pequeno à direita e moderado à esquerda; linfonodomegalias de até 2,4cm. Ecocardiograma mostrava pericárdio espessado com derrame pericárdico com presença de debris e com sinais de restrição diastólica. Dessa forma, inicialmente, paciente foi submetido a um primeiro procedimento de drenagem pericárdica com a cirurgia cardíaca, a qual não foi bem sucedida, pois havia aderências firmes com pericárdio muito espessado e uma provável massa pericárdica. Com isso, paciente foi submetido a novo procedimento, dessa vez, com a cirurgia torácica. Na pleuroscopia foi observado pericárdio espessado com nodulações sugestivas de infiltração neoplásica associado à massa em espaço pericárdico. Foi confeccionado uma janela pleuro-pericárdica, pleurodese e colhido material para histopatológico de pericárdio. Paciente, dias após procedimento, apresentou piora clínica progressiva evoluindo com choque grave de características sépticas/obstrutivo evoluindo pra o óbito. Material do anátomo-patológico mostrou-se suspeito para desordem linfoproliferativa.

Palavras-chave: Linfoma , Derrame pericárdico , neoplasia



**LINFOMA PULMONAR DE GRANDES CÉLULAS B: UM RELATO DE CASO**

GABRIEL STORINO HONDA BARROS<sup>2</sup>; ARTHUR DOS SANTOS SENA<sup>2</sup>; LETÍCIA LIMA FREITAS<sup>2</sup>; DUÍLIO CABRAL DE COSTA NETO<sup>1</sup>; VICTOR SOARES GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; GABRIEL BARBOSA FERREIRA ALMEIDA<sup>1</sup>; WOLFGANG WILLIAM SCHDMIT AGUIAR<sup>1</sup>;

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO;

**OBJETIVO:** Relatar um caso de linfoma de grandes células B pulmonar, ajudando a melhor caracterizar essa entidade clínica rara e sua frequente associação com colagenoses. **RELATO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 57 anos, com histórico de hipertensão arterial e artrite reumatóide foi admitida no serviço de cirurgia torácica em função de quadro de tosse seca, associada a perda ponderal não-intencional de 10 Kg, dispneia aos moderados esforços e dor pleurítica iniciados dois meses antes do internamento. Durante esse período, chegou a ser internada em emergência terciária com o diagnóstico de infecção de trato respiratório e tratamento com antibioticoterapia e corticoterapia; referiu amenização parcial dos sintomas durante tratamento. Solicitada TC de tórax para investigação complementar que evidenciou presença de múltiplas opacidades nodulares bilaterais em parênquima pulmonar, maioria arredondadas e bem definidas, outras de contornos irregulares e de maior dimensão; os maiores nódulos se localizavam em lobo inferior direito e língula, um deles dimensionado em seu maior eixo em 3,9 cm. O exame de imagem conseguiu identificar, ainda, sinais de esplenomegalia homogênea com elevação das hemicúpulas diafragmáticas, além de presença de linfonodomegalias hilares, interlobares e, para-aórticas, medindo até 1,6 cm. Após análise multidisciplinar com equipes de Pneumologia, Oncologia e Cirurgia Torácica, foi optado por intervenção cirúrgica para biópsia de lesões; procedeu-se, portanto, cirurgia torácica vídeo-assistida, na qual foram realizadas duas segmentectomias em cunha, no lobo médio e lobo inferior direito, onde se localizavam as maiores lesões. Foi evidenciado, ainda, em pleuroscopia, lesão pleural em região póstero-inferior da pleura parietal em hemitórax direito, sendo procedida pleurectomia. As peças cirúrgicas foram enviadas para análise histopatológica, que revelou parênquima pulmonar extensamente infiltrado por células linfóides grandes e atípicas, de padrão centroblástico, com padrão de crescimento algo nodular; na análise imunohistoquímica, as células revelam imunofenótipo B (CD20+) com expressão preferencial para cadeia leve de imunoglobulina kappa. Os achados foram compatíveis com diagnóstico de linfoma de grandes células B com imunofenótipo do tipo não centro germinativo. Paciente em atual acompanhamento com onco-hematologia, em curso de tratamento quimioterápico.

**Palavras-chave:** Linfoma não-hodgkin , Câncer de Pulmão , Oncologia Torácica , Cirurgia Torácica



**Lipossarcoma Pleural Primário em Paciente Geriátrico - Relato de caso**

Maria Clara Duarte de Figueirêdo<sup>1</sup>; João Paulo Farias da Silveira<sup>1</sup>; Letícia Fernandes Bezerra<sup>1</sup>; Iury Souza Burlamaqui de Moraes<sup>2</sup>; Paula Ramalho França Flôres<sup>1</sup>; Igor Mapurunga Pinheiro<sup>1</sup>; Janaína da Silva Feitoza Palacio<sup>1</sup>;

1. Centro Universitário Chistus; 2. Hospital Porto Dias;

Objetivo: O lipossarcoma pleural primário é uma neoplasia rara da pleura. Ela se origina do resto das células mesenquimais, e são subdivididas em tumores bem diferenciados, mixóides, pleomórficos e dediferenciados. A suspeita dessa neoplasia se dá através de um exame de imagem com características radiológicas, como uma grande massa pleural com áreas de gordura, porém tem como técnica diagnóstica a biópsia com análise histológica. O Objetivo deste trabalho é relatar um caso de uma paciente idosa que apresentou um tumor raro pleural (lipossarcoma pleural primário) na qual apresentava como único sintoma uma síndrome tussígena e com história patológica progressiva de miomatose uterina e neoplasia de mama. Relato de Caso: MAR, sexo feminino, branca, 78 anos, Nuligesta, aposentada, solteira, natural de Cametá e procedente de Belém- PA, etilista social, tabagista (dos 35 aos 55 anos, 2 anos-maços), nega alergias e comorbidades. Histerectomia abdominal por miomatose uterina e quadrantectomia mamária por neoplasia de mama anteriormente. Apresenta história familiar positiva para neoplasia, pai com câncer de garganta e irmão com neoplasia intestinal. Em janeiro de 2022 apresentou quadro tussígeno agudo sem outros sintomas respiratórios, na ausência de febre e/ou coriza, com história positiva de COVID-19 de familiares. Não realizou coleta de PCR, tornando-se apenas diagnóstico presuntivo. TC de tórax que evidenciou nódulo pulmonar, caracterizado como lesão subpleural em localização basal posterior, medindo 1,9 cm com impressão diagnóstica de tumor fibroso de pleura. US de tireóide com doppler apresentou nódulos tireoidianos bilaterais e cistos colóides com TSH 2,56 mUI/L e t4 livre 1,25 ng/dl. Após avaliação do cirurgião torácico, foi submetida a ressecção por vídeo, recebendo alta no dia seguinte. No pós operatório de ressecção de tumor de pleura (Lipossarcoma pleomórfico) sem queixas, exame físico normal e RNM de encéfalo com alterações microangiopáticas, acentuação dos sulcos, Tc de abdome com divertículos no cólon ascendente e sigmóide, sem sinais de complicações, lama biliar SED em ambos os exames. A Imuno-histoquímica da peça cirúrgica identificou (+) para os anticorpos EMA, S100, MDM2, CDK4 e KI-67. Decidiu-se em uma sessão multidisciplinar de não realizar radioterapia e permanecer em acompanhamento ambulatorial. O histopatológico evidenciou neoplasia mesenquimal com 4,5 cm em seu maior eixo, áreas epitelióides e adiposas e ausência de necrose e de carcinoma metastático, com margens livres de neoplasia. O endocrinologista avaliou o nódulo tireoidiano sem sinais suspeitos de malignidade, PAAF com resultado benigno e após um ano de acompanhamento, não teve crescimento ou mudança de aspecto. Tc tórax sem evidência de doença. Cicatriz em ótimo aspecto e sem queixas. Retorno para acompanhamento trimestral, a paciente nega sintomas respiratórios, bom status de performance. Realizada nova Tc tórax - SED, evidenciando opacificação nodular de 0,3 cm no lobo inferior esquerdo, inespecífico com densidade de partes moles e tênues opacidades reticulares discretas. Está em acompanhamento há quase 2 anos sem evidência de recidiva da doença.

Palavras-chave: Lipossarcoma pleural primário, Idoso, Cirurgia Torácica, neoplasia, Covid-19



**LOBECTOMIA COM BRONCOPLASTIA PÓS-NEOAJUVÂNCIA EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA DE PULMÃO: RELATO DE CASO.**

*Thiago Gitirana Rocha<sup>2</sup>; Stefany Stela Lima Silva<sup>2</sup>; Helena Rebonato Delazari<sup>2</sup>; Sarah Beatriz Muritiba Delgado<sup>2</sup>; Ana Victória Dantas Mota Ramalho<sup>2</sup>; Maria Eduarda Cavalcante da Rocha<sup>2</sup>; Antero Gomes Neto<sup>1</sup>;*

*1. Departamento de Cirurgia da FAMED – UFC; 2. Faculdade de Medicina (UFC);*

Objetivo: Descrever o caso de uma paciente com adenocarcinoma de pulmão e demonstrar que é possível se fazer ressecção completa (R0), após tratamento neoadjuvante com inibidor da tirosina quinase (osimertinibe). Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 73 anos, caucasiana, com história clínica de tosse seca progressiva há cerca de seis meses. De comorbidades, era ex-tabagista (5 maços-ano), teve tuberculose pulmonar aos 17 anos, tinha história de DRGE e de depressão e fazia uso de nortriptilina 25mg/dia. Realizou tomografia após admissão em pronto socorro, que mostrou um tumor espiculado em lobo superior esquerdo (LSE), medindo 5,0 x 3,3 cm nas maiores dimensões axiais, com extensão endobrônquica em torno de 1,2 x 0,9 cm. Foi realizada uma broncoscopia, que mostrou oclusão completa do brônquio do LSE por lesão vegetante arredondada de superfície lisa, cuja biópsia confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma invasivo predominantemente papilar, com mutação do gene EGFR. No estadiamento pré-operatório, fez PET CT que mostrou captação do FDG-18F em linfonodos paratraqueais direito e esquerdo e no tumor, sem metástase à distância. Foi realizada uma videomediastinoscopia com biópsia dos linfonodos 4D, 4E e 7, que exibiu metástase no linfonodo 4E. Foi iniciada a terapia neoadjuvante com osimertinibe 80mg/dia com boa resposta clínica (desaparecimento da tosse) e radiológica. O novo PET CT, pós-neoadjuvância, revelou redução do metabolismo do FDG e das dimensões de massa tumoral (SUV = 6,8; prévio: 7,7\*), medindo 3,2 x 2,5 cm (prévio: 5,0 x 3,3 cm). A paciente foi submetida à cirurgia por vídeo com acesso tri-portal, sendo realizada lobectomia (LSE) com broncoplastia em “V” e linfadenectomia mediastinal de cadeias linfonodais 5, 6, 7, 9, 10 e 11. O diagnóstico anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma invasivo (PL1), medindo 5,7 cm (pT3), com metástase em linfonodo 11 (pN1), STAS ausente, estágio IIIA (8ª Ed. TNM), pT3 pN1. A paciente continua em seguimento clínico, sem sinais de recidiva da doença.

Palavras-chave: Lobectomia pulmonar , Terapia neoadjuvante , Adenocarcinoma de pulmão



***Lobectomia com broncoplastia versus Pneumonectomia no câncer de pulmão de localização central: resultados de uma experiência de 10 anos***

*Antero Gomes Neto<sup>1</sup>; Davi Sartório Cypriano<sup>1</sup>; Gustavo Moreira Siqueira<sup>2</sup>; Israel Lopes de Medeiros<sup>1</sup>; Leonardo César Silva Oliveira<sup>1</sup>; Nathalia Souza e Silva Zacarias<sup>1</sup>; Paulo André Pereira Lobo<sup>1</sup>; 1. Hospital do Coração de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart; 2. Universidade Estadual do Ceará;*

OBJETIVO O câncer de pulmão é o segundo câncer mais diagnosticado e a principal causa de mortalidade por câncer no mundo. No Brasil, é o terceiro maior em incidência em homens e o quarto em mulheres (excluindo o câncer de pele não melanoma). O tratamento cirúrgico padrão é a lobectomia pulmonar ou segmentectomia nos tumores periféricos restritos a um lobo, e a pneumonectomia ou a lobectomia com broncoplastia nos tumores endobrônquicos centrais e/ou nos periféricos que acometem mais de um lobo. Considerado que a pneumonectomia é um procedimento cirúrgico de alta mortalidade, a substituição pela lobectomia com broncoplastia requer uma técnica cirúrgica mais elaborada, visto ser essa uma estratégia para preservar maior quantidade do parênquima pulmonar, aliada a uma menor morbimortalidade cirúrgica, e com resultados oncológicos semelhantes à pneumonectomia. Esse estudo tem como objetivo analisar resultados de complicações pós-operatórias e de sobrevida global de pacientes submetidos à pneumonectomia e à lobectomia com broncoplastia por câncer de pulmão central, em um serviço público de referência em patologias torácicas. MÉTODO Estudo documental e retrospectivo a partir da coleta de dados do banco de dados do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart, complementados por revisão de prontuários de pacientes portadores de câncer de pulmão submetidos à pneumonectomia ou à lobectomia com broncoplastia, com finalidade curativa, nos últimos 10 anos. Nos dois grupos, foram avaliados sexo, idade, comorbidades, vias de acesso, tempo de permanência hospitalar, histologia do tumor, estágio patológico, complicação, mortalidade cirúrgica nos primeiros 30 dias de pós-operatório e sobrevida global. RESULTADOS Foram estudados 69 casos (pneumonectomia = 39 pacientes e broncoplastia = 30 pacientes). O grupo da pneumonectomia possuía mais comorbidades que o grupo da broncoplastia ( $p = 0,03$ ), e a função respiratória, pelos dados da espirometria, era semelhante. Não foi observada diferença estatística na quantidade, no tipo de complicação, na mortalidade cirúrgica, e nem na diferença no tempo de permanência hospitalar nos dois grupos. Os pacientes do grupo da broncoplastia apresentaram uma tendência a maior sobrevida global que os do grupo da pneumonectomia ( $p = 0,07$ ). No grupo da broncoplastia, o tipo histológico mais frequente foi o tumor carcinóide típico, e os estádios IIIa e Ib; e, no grupo da pneumonectomia, o adenocarcinoma nos estádios IIIa e IIb. Em relação às comparações de eficácia oncológica, não houve diferença significativa a respeito da recidiva da neoplasia ( $p = 0,23$ ), de um número maior de pacientes submetidos a broncoplastia não possuírem recorrência do câncer (71,4%) em comparação ao grupo submetido a pneumonectomia (54,2%). CONCLUSÕES Após análise estatística dos dados, foi possível inferir que os pacientes do grupo da pneumonectomia e da broncoplastia apresentaram taxa de complicação cirúrgica semelhante, porém os da broncoplastia tiveram uma tendência a melhor sobrevida global, que o torna procedimento cirúrgico de eleição, sempre que possível, sobretudo pela preservação de parênquima e de função pulmonar.

Palavras-chave: Câncer de pulmão , Lobectomia , Broncoplastia , Pneumonectomia



**Malformação Adenomatóide Cística Congênita Em Associação Com Sequestro Pulmonar**

Pedro Farias Euclides de Araújo<sup>2</sup>; Ado Felipe Da Costa Melo<sup>2</sup>; Lucas Rafael Genuíno de Sousa<sup>2</sup>; Ester Araújo Bady Casseb<sup>1</sup>; Digelson Alves Cardoso Junior<sup>2</sup>; Gaslin Bazin<sup>2</sup>; 1. ; 2. UFCG;

Relatar um caso de malformação adenomatóide cística congênita tipo II foi diagnosticado pré-natalmente junto a um sequestro pulmonar com vaso anômalo da aorta descendente. O tratamento consistiu em lobectomia pulmonar e ligadura do vaso. A malformação adenomatóide cística congênita (MACC) é uma condição rara durante o desenvolvimento fetal, caracterizada por cistos no parênquima pulmonar. A MACC tipo 2 exibe cistos menores que 1 centímetro, podendo estar associada a outras malformações, como o sequestro pulmonar. Este se manifesta com tecido pulmonar não funcional irrigado por vasos anômalos, sendo intralobar (dentro do pulmão) ou extralobar (envolto por pleura visceral). Ambas as condições são geralmente tratadas com ressecção cirúrgica após diagnóstico por ultrassonografia pré-natal e TC, confirmado por biópsia. Paciente masculino, nascido em 05 de dezembro de 2019 de parto operatório, permaneceu sob cuidados hospitalares após o nascimento, devido ao diagnóstico pré-natal de MACC tipo 2, feito por meio de uma USG, e por apresentar taquipneia. Com 1 mês de idade, foi submetido a uma TC de tórax sem contraste, para avaliação cirúrgica, que corroborou o diagnóstico inicial, apresentando múltiplas imagens císticas comprometendo extensamente o lobo pulmonar inferior esquerdo. Ainda antes da intervenção cirúrgica, tendo evoluído com desconforto respiratório e cianose, o paciente foi internado em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica e submetido a uma TC de tórax com contraste, que indicou sequestro pulmonar intralobar com vaso anômalo proveniente da aorta descendente ocupando grande parte do lobo inferior esquerdo. O lactente foi submetido a lobectomia pulmonar inferior esquerda e ligadura do vaso anômalo. Peças operatórias foram enviadas para estudo anatomopatológico, cujo resultado confirmou os diagnósticos levantados inicialmente. O paciente evoluiu com pneumotórax e foi submetido a toracotomia com drenagem fechada, 9 dias após o procedimento cirúrgico. Depois, evoluiu sem intercorrências e recebeu alta após 35 dias de internação. O MACC e o sequestro pulmonar são condições congênitas raras com semelhanças que dificultam o diagnóstico diferencial. A MACC pode ser diagnosticada ainda durante a gestação por ultrassonografia, enquanto o sequestro pulmonar requer uma TC pós-parto para confirmação. Ambos podem apresentar sintomas respiratórios inespecíficos no período neonatal, como dispneia, infecções respiratórias, hemoptise, cianose e, menos comumente, dor torácica. A similaridade dos sintomas e critérios histológicos pode atrasar o diagnóstico precoce do sequestro pulmonar, já que este pode mimetizar características da MACC. Este caso exemplifica como essa similaridade pode ser um desafio para os profissionais de saúde, aumentando o risco para o paciente. A finalidade deste trabalho é, pois, reforçar que, apesar de pouco comum, o sequestro pulmonar deve ser incluído como possibilidade diagnóstica em face de sintomas respiratórios persistentes em recém nascidos e crianças independente de um diagnóstico prévio de MACC. Almeja, também, ilustrar, de maneira clara, o excelente suporte oferecido pela Medicina Fetal no caso em questão.

Palavras-chave: malformação adenomatóide cística , sequestro pulmonar , lobectomia



**MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA CONGÊNITA: UM RELATO DE CASO**

*Luana Araújo Duarte; Maria Eduarda Pereira Florenço; Juarez Carlos Ritter; Gustavo Henrique dos Santos Lima; Luís Eduardo Silva Santos; David de Faria Soares Rodrigues; Marcelo Augusto Cirilo dos Santos; UFCG;*

Objetivo: O presente trabalho tem por objetivo relatar a apresentação clínica e as dificuldades diagnósticas de um paciente com malformação adenomaóide cística congênita (MACC). Relato de caso: Lactente, 4 meses, nascido de parto cesáreo, a termo (40 semanas e 3 dias), com 3830 gramas. Apresentava quadro de dispneia, tosse seca e coriza hialina há dois meses, sendo diagnosticado com pneumonia e internado com antibioticoterapia. Nos meses subsequentes, evoluiu com persistência da dispneia, agora diária e mais intensa, procurando novamente o serviço. Transferido para hospital de cidade circunvizinha, foram levantadas as hipóteses de pneumatocele, MACC e enfisema pulmonar congênito. Ao exame admissional, apresentava-se taquidispneico, com diminuição dos murmúrios vesiculares em hemitórax esquerdo (HTE), dessaturação e retração subcostal e de fúrcula esternal. A radiografia de tórax apresentava bolha hipertransparente em lobo inferior esquerdo e desvio contralateral do mediastino. Prosseguiu tratamento com broncodilatador, corticosteróide e oxigênio sob máscara com reservatório, sendo solicitada transferência para a UTI infantil. Foi realizada tomografia de tórax e toracocentese em HTE. Evoluiu com broncoespasmo importante, sibilância difusa e intensificação do uso de musculatura acessória, enquanto aguardava avaliação da cirurgia torácica. A terapia foi intensificada com broncodilatador contínuo, opioide, antibioticoterapia e corticoterapia EV. Drenagem torácica em selo d'água foi realizada no 5º dia de internação. No 9º dia, foi realizada toracotomia póstero-lateral esquerda, observando-se destruição do lobo inferior, bolha proeminente e aderências. Com isso, foi realizada toracotomia acessória e dissecação do hilo pulmonar, resultando em lobectomia esquerda inferior com colocação de dreno tubular nº 18. A radiografia de tórax do pós-operatório (PO) apresentava mediastino centralizado, opacidade bilateral e enfisema subcutâneo à esquerda, sendo mantido o dreno torácico por provável pneumotórax. Biópsia com histopatológico: cisto pulmonar parcialmente revestido por epitélio colunar com metaplasia escamosa, medindo 5,3 cm no maior eixo, sugestivo de MAC do tipo grande cisto. O paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no 8º dia de PO.

Palavras-chave: Malformação Adenomatóide Cística Congênita, Lactente, Lobectomia Pulmonar



**Malformação arteriovenosa pulmonar como apresentação de hipóxia severa em lactente: um relato de caso**

*Diogo Dias Ritter; Amon Alves Silva; Pedro Venâncio Coelho Lisboa Sousa; Gabriel Torres do Nascimento Cirilo; Ana Luiza Benevides Campos Japiassu; Victória Caroline Saraiva Dourado; Juarez Carlos Ritter; Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);*

Objetivo: Destacar a importância do diagnóstico precoce de malformações arteriovenosas pulmonares infantis, considerando que exames de imagem como radiografia de tórax e tomografia computadorizada sem contraste podem mimetizar processos infecciosos. Relato de caso: Paciente I.N.S, masculino, 4 meses de idade, admitido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) com queixa de tosse seca esporádica relatada pela genitora. Apresentava história prévia de admissão na unidade de pronto atendimento (UPA) de outra cidade com queixas de tosse, congestão nasal persistente há 4 dias, desconforto respiratório e cianose perioral e de extremidades. Após conduta inicial foi encaminhado para outra instituição hospitalar, onde foi realizado esquema de ampicilina por suspeita inicial de pneumonia após achado de consolidação em lobo inferior direito em radiografia de tórax. Evolução ocorreu com cessamento de tosse, obstrução nasal e desconforto respiratório, mas com persistência de cianose (+/++++) e hipoxemia grave com saturação por volta de 70% em ar ambiente. Ao ser referenciado ao HUAC, foram solicitados ecocardiograma, gasometria arterial, tomografia (TC) de tórax com contraste. Ecocardiograma revelou ausência de cardiopatias congênitas, sendo identificado, por meio da TC de tórax, dilatação difusa de vasos para o lobo inferior direito, com maior dilatação aparente em segmento venoso intrapulmonar, sugestivo de malformação arteriovenosa pulmonar (MAVP). Ao exame físico, observou-se sexto quirodáctilo em uma mão mas sem qualquer outra dismorfologia ou apresentação clínica compatível com telangiectasia hemorrágica primária (THH), portanto sem preencher os Critérios de Curação para enquadrar-se na síndrome, assim sendo diagnosticado como portador de malformação arteriovenosa idiopática (MAVPi). Não foi possível realizar a embolização da fístula devido à paralisação temporária do serviço de hemodinâmica do hospital, logo optou-se por realizar lobectomia inferior direita por toracotomia, com paciente evoluindo com boa evolução pós-operatória e reversão imediata da hipoxemia. Discussão: Paciente foi diagnosticado com MAVPi, diferindo da literatura em relação à etiologia, onde são descritos predominantemente pacientes portadores de THH que apresentam MAVP como complicação da síndrome em cerca de 80% a 95% dos casos. Além disso, pacientes portadores de MAVPi frequentemente são descritos como pertencentes ao sexo feminino (83,3%), comumente recebendo o diagnóstico por volta da quarta década de vida. No caso clínico em questão, o paciente era pertencente ao sexo masculino recebendo o diagnóstico aos 4 anos de idade. A abordagem terapêutica também diferiu da literatura, em específico por causa da não disponibilidade do serviço de hemodinâmica no hospital em questão, o que fez com que não fosse possível realizar a embolização da fístula considerada a terapia padrão ouro, sendo necessário a realização da cirurgia de toracotomia para lobectomia inferior direita. A concordância com a bibliografia foi observada com o achado de MAVP em lobo inferior direito, onde são descritos os lobos inferiores como afetados em 85,7% dos casos em pacientes portadores de MAVPi.

Palavras-chave: Malformação arteriovenosa pulmonar , Hipóxia , Lactente



**Manejo de estenose traqueal pós-IOT: um relato de caso**

Wolfgang William Schmidt Aguiar<sup>1</sup>; Duilio Cabral da Costa Neto<sup>1</sup>; Victor Soares Gomes da Silva<sup>1</sup>; Gabriel Barbosa Ferreira Almeida<sup>1</sup>; Maria Eduarda Lopes Nunes<sup>2</sup>; Caio Peixoto Parizi<sup>2</sup>; Letícia Lima Freitas<sup>2</sup>; 1. Hospital Universitário Oswaldo Cruz; 2. Universidade de Pernambuco;

Objetivo: Abordar diagnóstico e tratamento de estenose traqueal pós-IOT preconizados na literatura médica, entendendo a complexidade do manejo terapêutico. Relato de caso: Paciente do sexo feminino de 68 anos foi encaminhada para serviço de Cirurgia Torácica em Novembro/2023 com queixa de tosse, dispneia mMRC 4 e astenia há cerca de 2 meses, com presença de estridor. Havia passado recente de intubação orotraqueal por tromboembolismo pulmonar em Agosto/2023; permanecendo entubada por 18 dias, quando foi realizada traqueostomia, permanecendo com traqueóstomo por oito dias e decanulada antes de alta. Considerando quadro clínico e história compatíveis com estenose traqueal, solicitou-se TC de tórax com reconstrução 3D da traquéia para investigação. No exame, evidenciou-se estenose em porção proximal da traquéia, iniciando 5,8 cm acima da carina, extensão de 1,2 cm e calibre mínimo de 0,6 cm, com estenose aproximada de 45 a 50% da luz traqueal e espessamento parietal do aspecto anterior da traqueia neste nível; outros achados incluíram nódulos bilaterais centrolobulares com atenuação em vidro fosco, notadamente nos lobos inferiores, sugerindo bronquiolite celular e sinais de broncopatia inflamatória. Paciente foi internada devido à dispneia importante, submetendo-se à broncoscopia flexível. Constatada estenose traqueal de 90% da luz abaixo da ostomia prévia, à 6 cm da cricóide, intransponível ao aparelho; realizou-se lavado bronco-alveolar e dilatação traqueal com broncoscópico rígido e aposição de Tubo T de Montgomery. Estudo microbiológico do lavado demonstrou presença de *Klebsiella pneumoniae* sensível a Meropenem, sendo iniciada antibioticoterapia durante internação e alta hospitalar ao final do tratamento, sem sintomas infecciosos. Sete dias depois, retornou devido à dispneia, com necessidade de abertura de tubo T. Em broncoscopia, notou-se tubo T bem posicionado, secreção purulenta intensa em crosta e granuloma próximo à prótese, ocluindo cerca de 85% do lúmen. Procedeu-se dilatação de estenose com broncoscópico rígido, remoção de granuloma, toaleta brônquico e inserção de novo tubo T maior que o anterior; com alta após procedimento por estabilidade clínica. Paciente foi internada múltiplas vezes por dispneia e necessidade de abertura do tubo T. Diante de recorrência de quadros inflamatórios e infecciosos associados à prótese traqueal, optou-se por inserção de cânula metálica; sem novas intercorrências após procedimento, com seguimento ambulatorial até maturação de tecido traqueal. Em Abril/2024, nova broncoscopia demonstrou estenose traqueal madura, obstruindo 80% da luz à 5 cm das cordas vocais e 4 cm da cricóide, intransponível ao aparelho. Realizou-se traqueoplastia cervical, com ressecção de quatro anéis traqueais e sem intercorrências, com evolução estável durante o internamento. Acompanhamento pós-operatório com broncoscopias revisionais evidenciou perviade de 80% do lúmen, com anastomose íntegra. Paciente segue ambulatorialmente, sem sintomas e satisfeita com resultado final; embora curso de tratamento prolongado e com várias complicações associadas à patologia em questão.

Palavras-chave: Estenose traqueal , Intubação orotraqueal , Manejo complexo



**Marcapasso cardíaco: Uma revisão de literatura**

*Alberto Ponte de Lima; Esdras Costa; Maria da Conceição Azevedo Frota Mont Alverne; Isabely Azevedo Frota Mont'Alverne; Maria Carlene Sampaio de Melo; Lana Araújo Torres; José Jackson do Nascimento Costa;*  
UNINTA;

Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre o marcapasso e sua relevância na manutenção da fisiologia cardíaca. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual foi construída a partir de artigos retirados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da LILACS e MEDLINE. Os descritores foram selecionados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com a combinação dos operadores booleanos “Marcapasso artificial cardíaco” AND “Arritmias cardíacas” AND “Anormalidades cardíacas”. A busca por referências ocorreu no período de maio de 2024 e, a partir da pesquisa nas bases de dados. Resultados: Foram selecionados 153 artigos dos quais, 15 foram selecionados, pois atenderam aos critérios de inclusão, estando disponíveis de forma completa, com acesso livre e divulgados entre os anos de 2019 e 2024. Foram excluídos os artigos em duplicidade, e os que não atendiam aos objetivos da pesquisa. A literatura indica avanços tecnológicos que permitiram a criação de dispositivos mais eficazes, menos invasivos e mais precisos, bem como melhorias na tecnologia para monitoramento de problemas cardíacos, levando ao implante de marcapassos e ao aumento da quantidade. Outros dispositivos, além de melhorias na tecnologia de operação do marcapasso, melhoraram o desempenho do dispositivo e, com isso, melhoraram a função fisiológica do paciente, bem como o impacto do nível de conhecimento e dos aspectos psicológicos do paciente na eficácia do implante, conforme estas variáveis; podem atuar como estimuladores ou inibidores do procedimento cirúrgico e da adaptação pós-operatória, contribuindo ou não para a eficácia do tratamento com implantes. Conclusão: Portanto, a implantação de um marcapasso depende fundamentalmente da tecnologia utilizada, do nível técnico do aparelho, que é continuamente aprimorado e aperfeiçoado ao longo do tempo, e da estabilidade emocional do paciente, que se reflete principalmente no pós-operatório, ou seja, no processo de adaptação e aceitação de um marcapasso.

Palavras-chave: Marca-Passo Artificial , Cardiologia , Cirurgia Torácica



***Mediastinite Necrotizante Descendente como Complicação de Estenose Esofágica Actínica: Um Relato de Caso***

*Yuri Felix Brandão<sup>2</sup>; Luiz Tito Augusto de Medeiros Jácome<sup>2</sup>; Bruno Santos Chaves<sup>2</sup>; Luís Fernando Porto De Assis<sup>2</sup>; Tiago Torquato Santos Augusto Gonçalves<sup>2</sup>; Adalberto Viera Dias Filho<sup>1</sup>; 1. Hospital Regional do Sertão Central; 2. Universidade de Fortaleza;*

OBJETIVO: O presente relato tem como objetivo principal apresentar uma complicação da estenose esofágica actínica como possível causa de Mediastinite Necrotizante Descendente (MND). Além disso, explicamos a MND, formas de diagnóstico, tratamento e suas consequências como sepse e falência de múltiplos órgãos e sistemas. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 71 anos, com história de estenose esofágica actínica há 20 anos, com dilatações mensais, apresentou lesão esofágica no último procedimento, o que gerou quadro de MND. Foi então submetido ao tratamento da MND e decorticação pulmonar por vídeo. Saiu da cirurgia com drenos em mediastino e cavidades pleurais. Paciente evoluiu com melhora sustentada com apoio de equipe multiprofissional durante o pós operatório. Foi realizada tentativa de passagem de sonda nasoenteral para alimentação por via endoscópica sem sucesso. Paciente segue internado aguardando transferência a serviço com suporte de cirurgia digestiva para correção de estenose e laceração esofágica.

Palavras-chave: Mediastinite , Estenose Esofágica , Esôfago



***Mediastinite Necrotizante Descendente Secundária a Celulite de Parede Torácica: Um Relato de Caso***

*Nara Santos Guerra<sup>2</sup>; Victor Luís Almeida Pires de Castro<sup>2</sup>; Yuri Felix Brandão<sup>2</sup>; Yuri Vanedj de Queiroz Moreira<sup>1</sup>; Adalberto Vieira Dias Filho<sup>1</sup>; Dara Maria de Sá Bonfim<sup>2</sup>;  
1. Hospital Regional do Sertão Central; 2. Universidade de Fortaleza;*

**Objetivo:** O objetivo deste relato é reportar um caso de Mediastinite Necrotizante Descendente (MND) secundária a uma celulite de parede torácica de causa indeterminada. Sabe-se que a MND tem como principais fatores desencadeantes as infecções da região cervical e orofaríngea, sendo a causa descrita neste caso menos frequente e pouco relatada na literatura. Ainda, ressaltar a importância do tratamento multidisciplinar no tratamento desta patologia que cursa com alta taxa de mortalidade a despeito dos avanços tecnológicos e científicos atualmente. **Relato de Caso:** Paciente, 44 anos, masculino, sem comorbidades conhecidas com história de odinofagia iniciada em 08/03/22, evoluindo com disfagia, dispneia e abaulamento de parede torácica à direita com enfisema subcutâneo importante e pouca flogose de região cervical. No dia 18/03/22, o paciente evoluiu com piora do quadro de dispneia e sepse e foi entubado. Foi, então, submetido a uma tomografia de tórax sem contraste que evidenciou sinais de MND. Foi transferido a um serviço terciário com suporte de cirurgia torácica no Sertão Central. Neste serviço, foram realizadas endoscopia digestiva alta que não evidenciou lesões esofágicas, além de broncoscopia sem sinais de lesão traqueal. Ainda nesta internação, foi submetido a uma cirurgia em dois tempos. No primeiro, foi realizada pleuroscopia para tratamento da MND por meio de desbridamento extenso do mediastino e comunicação das duas cavidades pleurais com posterior drenagem do espaço pleural por dreno subxifóide e 2 drenos, um em cada cavidade pleural. No segundo tempo, foram realizadas abordagens para desbridamento das lesões infectadas de parede torácica à direita e região cervical com comunicação de todas as coleções; inclusive com o mediastino superior, além de traqueostomia pelo tempo prolongado de intubação. O paciente foi acompanhado por equipe multidisciplinar com suporte de equipes de nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, cirurgia torácica, enfermagem e estomaterapia. No 5º dia pós-operatório, os drenos foram removidos e no 10º dia, o paciente foi decanulado. Continuou internado para tratamento das lesões cervicais e torácicas e quando as feridas estavam granuladas, ele foi transferido a um serviço terciário de Fortaleza para abordagem com enxertia pela cirurgia plástica. O paciente teve alta e encontra-se recuperado e totalmente reabilitado.

**Palavras-chave:** Mediastinite , Celulite , Equipe de Assistência Multidisciplinar



**MEDIASTINITE SECUNDARIA À LESÃO DA HIPOFARINGEA POR CORPO ESTRANHO**

Ryan Nogueira Lima<sup>1</sup>; Nágilla Ferraz Lima Verde<sup>3</sup>; Carlos Alberto Pereira Gonçalves Júnior<sup>2</sup>; Geovana Maria Verçosa Machado<sup>4</sup>;

1. Hospital de Urgências de Teresina; 2. UESPI; 3. Unifacid; 4. UNIFACID;

**OBJETIVO:** O presente relato de caso tem como objetivo descrever a conduta e manejo clínico e cirúrgico de um paciente, com diagnóstico de mediastinite, após lesão perforativa de hipofaringe por corpo estranho, em um hospital de urgência de Teresina-PI. Tal condição é incomum, visto que lesões perforativas por corpo estranho evoluem com bom prognóstico, logo, existem poucos casos relatados na literatura sobre o manejo destes pacientes. **RELATO DE CASO:** A hipofaringe, que também pode ser conhecida como laringofaringe, é a parte inferior da faringe que se localiza atrás da laringe e se estende até o esôfago. Lesões perforativas por corpos estranhos são bem comuns e normalmente evoluem com bom prognóstico. Nesse caso relata-se uma lesão perforativa de hipofaringe por um corpo estranho que evoluiu para mediastinite. Assim, observa-se a abordagem cirúrgica de um caso de mediastinite secundária a uma lesão de hipofaringe. Diante disto, o relato trata-se de um paciente do sexo masculino de 17 anos que chegou ao serviço de urgência do Hospital de Urgência de Teresina (HUT) com história de que há 20 dias sofreu uma perfuração na hipofaringe por corpo estranho. Foram realizadas endoscopia e tomografia computadorizada de tórax e pescoço. Foi observada presença de secreção purulenta na região mediastinal que corroborou para diagnóstico de mediastinite. Após a avaliação e verificação de estabilidade, optou-se por realizar uma toractomia antero-lateral no 5º espaço intercostal direito com preservação muscular, por meio de uma diérese por planos até a cavidade pleural, associada a intubação orotraqueal seletiva. Na cavidade pleural, foi observado a presença de gás e pús na região mediastinal posterior, sem identificação de ponto de perfuração esofágico intratorácica e observou-se também aderência do ápice pulmonar a parede torácica. Logo, foi realizado drenagem da coleção posterior, com abertura do mediastino até acima das veias azigos, assim como lise de aderência com liberação do lóbulo superior direito do pulmão. Posteriormente realizou-se lavagem exaustiva e passagem de dreno em região mediastinal para vigilância número 28, além de toracostomia com drenagem fechada em seguida a revisão de homeostasia e síntese por planos. Após procedimento o paciente evoluiu com boa expansão pulmonar. Foi administrado antibiótico de largo espectro de forma intravenosa por 10 dias Meropenem e Vancomicina por 10 dias, com reavaliação na qual foi constatado que o paciente evoluiu em bom estado geral, sem outras complicações e queixas.

Palavras-chave: Hipofaringe , Cirurgia Geral , Mediastinite



**MELANOMA PULMONAR - UM RELATO DE DOIS CASOS**

ARTHUR DOS SANTOS SENA<sup>2</sup>; HUMBERTO BAUDEL FRANCISCO<sup>2</sup>; SAULO ANTÔNIO FABRÍCIO DE ARAÚJO FILHO<sup>2</sup>; DUÍLIO CABRAL DA COSTA NETO<sup>1</sup>; VÍCTOR SOARES GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; WOLFGANG WILLIAM SCHMIDT AGUIAR<sup>1</sup>; DÉBORA MARIA PORTO<sup>1</sup>;  
1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO;

OBJETIVO: Relatar dois casos de melanomas em pulmão, sem sítio primário definido. O diagnóstico de melanoma primário de pulmão é muito difícil e é baseado em diversos fatores clínicos, radiológicos e histopatológicos. RELATO DE CASO: Caso 1: Paciente do sexo masculino, 68 anos, hipertenso e tabagista (112 maços/ano) procurou ambulatório de Pneumologia em função de dispneia progressiva com 6 meses de evolução e perda de peso não-intencional de 5 kg nesse mesmo período, negou tosse, hemoptise e febre. Ao exame físico, paciente apresentava estigmas de síndrome de veia cava superior. Durante a investigação clínica, solicitada TC de Tórax, que evidenciou massa no hilo pulmonar direito, medindo 5,0 x 8,8 cm, com sinais radiológicos de invasão mediastinal, além de nódulos em pulmão esquerdo de natureza indeterminada. Optada pela realização de biópsia de tumor mediastinal, associado a linfadenectomia subcarinal para melhor elucidação de caso. Análise histopatológica e imunohistoquímica demonstraram neoplasia epitelíóide de alto grau, pouco diferenciada, de crescimento difuso, permeando tecido adiposo com áreas de necrose, com positividade para SOX-10 e negatividade para TTF1, P40 e CD20; compatível com melanoma. Linfonodos sem sinais de malignidade. Iniciada investigação de sítio primário, com exames de imagem complementares sem achados e avaliação dermatológica evidenciando ausência de lesões em pele ou mucosa; a investigação oftalmológica não foi viabilizada a tempo. Iniciado ciclos de dacarbazina e realizada solicitação de imunoterapia à secretaria estadual de saúde; paciente fez quatro ciclos do quimioterápico, indo à óbito antes que a imunoterapia pudesse ser iniciada. Caso 2: Paciente do sexo masculino, 54 anos, hipertenso, procurou pronto-atendimento sucessivas vezes devido à dor em região de rebordo costal, irradiando para região lombar, evoluindo com dispneia e náusea. Referiu perda de peso ponderal involuntária de 10 kg em 3 anos e dispneia aos grandes esforços desde 2019. Investigação clínica e radiológica evidenciaram formação expansiva em região hilar de hemitórax direito, medindo 6,5x6,8x6,3 cm e linfonodomegalia hilar de 1,5 cm, além de lesão em ambas as adrenais, medindo 4,0 x 3,0 cm à direita e 3,4 x 2,3 cm à esquerda. Biópsia guiada por TC para avaliação de lesões adrenais evidenciou neoplasia maligna, mal diferenciada, com características que favoreciam melanoma (pigmento melânico). Imunohistoquímica com positividade para S100, Melan-A e HMB45 e inibina negativa, sugerindo melanoma metastático. Biópsia de mucosa endobrônquica confirmou também diagnóstico de melanoma. Iniciada investigação de sítio primário, com exames de imagem complementares sem achados e avaliação dermatológica negativa; investigação oftalmológica não identificou achados suspeitos. Paciente realizou imunoterapia com Pembrolizumab, vindo a óbito 5 meses após o início do tratamento.

Palavras-chave: Melanoma , Metástase , Câncer de Pulmão



**RESUMOS DE TRABALHOS – E-PÔSTERES - 83**

***Minitoracotomia para remoção de corpo estranho alojado em parênquima pulmonar: relato de caso***

*MARIA PAULA LOPES PONTE PRADO; Matheus de Paula Pessoa Bezerra; Mayra Wilma Martins Cardoso Soares; Marco Antonio de Lucena Furtado; Francisco Martins Neto; Rafael Pontes de Siqueira; Giovanna Costa Freitas;*  
*INSTITUTO DOUTOR JOSE FROTA;*

Objetivo: esse trabalho tem o objetivo de relatar o caso de uma paciente pediátrica que sofreu broncoaspiração acidental de corpo estranho, necessitando de remoção cirúrgica por minitoracotomia, intervenção utilizada em casos excepcionais. Relato de caso: Paciente, sexo feminino, 10 anos, compareceu ao serviço de emergência do Hospital Instituto Doutor José Frota - Fortaleza/CE com relato de que há 2 dias havia ingerido agulha de costura. A mãe justificou a demora na busca por atendimento médico por presumir que o objeto seria eliminado nas fezes. Entretanto, a paciente iniciou queixas de tosse seca e dor torácica, sendo conduzida ao hospital. Na admissão, a paciente estava assintomática, estável clínica e hemodinamicamente, sem desconforto respiratório ou outros sinais de gravidade. Realizado então radiografia de tórax que confirmou a presença do objeto em hemitórax esquerdo e encaminhada para videobroncoscopia, em que não foi visualizado o corpo estranho ou outras alterações. Para melhor investigação, foi solicitada tomografia computadorizada de tórax que visualizou objeto metálico filiforme em topografia endoluminal brônquica no lobo inferior esquerdo. O caso foi discutido com equipe de cirurgia torácica do hospital e decidido por abordagem cirúrgica, inicialmente por videotoracoscopia, tendo em vista o caráter pontiagudo do corpo estranho e seu potencial causador de danos. A paciente foi posicionada em decúbito lateral direito com intubação seletiva sob anestesia geral e epidural. Realizada incisão e inserção de trocarte 10mm no 7º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média, passado óptica de toracoscopia e visualizado proeminência compatível com corpo estranho alojado em lobo pulmonar inferior esquerdo. Realizado apreensão da agulha e tentativas de remoção com instrumental de vídeo, porém sem êxito. Optado por realizar minitoracotomia em 8º espaço intercostal, pneumotomia em lobo inferior, retirada de corpo estranho sob visualização direta e pneumorrafia. Em seguida, inserido dreno torácico e realizado síntese por planos. O procedimento ocorreu sem intercorrências. Paciente evoluiu estável no pós-operatório, o dreno torácico foi retirado no 5º dia de pós-operatório e paciente foi de alta hospitalar 24 horas após a remoção do dreno.

Palavras-chave: Corpo estranho , Toracotomia , Parênquima pulmonar



***O Impacto da Cirurgia Robótica na Cirurgia Torácica: Uma Revisão da Literatura***

Lucas Aragão Vieira; Brenda Maria Morais Belchior; Caio Viana Teles Rocha; UNINTA;

Introdução: A cirurgia robótica, surgida em 1995, vem emergindo como uma promissora e significativa inovação no campo da cirurgia torácica, pois oferece vantagens em relação às técnicas tradicionais, como a cirurgia videotoracoscópica e a cirurgia aberta. Por oferecer uma recuperação mais rápida, maior precisão e menor trauma operatório, essa modalidade cirúrgica vem sendo cada vez mais utilizada em diversos campos, como cirurgias urológicas, neurológicas, laparoscópicas gerais e toracoscópicas não cardiovasculares. Este estudo revisa a eficácia, segurança e impacto da cirurgia robótica em procedimentos torácicos, comparando-a com outras abordagens cirúrgicas. Métodos: Esse estudo foi realizado por meio de uma revisão da literatura nas bases PubMed, Scopus e Cochrane Library. Foram utilizados estudos que abordam a eficácia e segurança da cirurgia torácica robótica em relação às cirurgias abertas e videotoracoscopias (VATS), além de estudos sobre a curva de aprendizado a longo prazo. Os critérios de inclusão foram os artigos publicados nos últimos dez anos, com foco em cirurgia torácica robótica, lobectomia e segmentectomia. Resultados: O estudo dos artigos demonstrou que o emprego da cirurgia torácica robótica apresenta diversas vantagens em relação à cirurgia aberta e VATS. Nasir et al. (2014) mostraram que a lobectomia robótica apresenta melhor precisão e tempo de recuperação menor. Severio et al. (2011) destacaram a segurança e eficácia da ressecção pulmonar robótica, enquanto Kent et al. (2014) confirmaram a superioridade da cirurgia robótica em termos de menos complicações pós-operatórias. Yang et al. (2017) mostraram que pacientes submetidos à lobectomia robótica para câncer de pulmão em estágio inicial tiveram melhor sobrevida em longo prazo. Dean e outros. (2014) discutiram a curva de aprendizado da cirurgia robótica, enfatizando a necessidade de treinamento adequado para alcançar resultados ideais. Conclusão: Portanto, a cirurgia robótica se destaca como uma evolução promissora na cirurgia torácica, oferecendo melhorias significativas em termos de precisão, segurança e recuperação dos pacientes. Embora existam desafios, como a necessidade de treinamento especializado, os benefícios potenciais desta tecnologia justificam seu crescente uso e desenvolvimento futuro. A continuidade da pesquisa e o aprimoramento das técnicas robóticas prometem avançar ainda mais o campo da cirurgia torácica, proporcionando melhores desfechos para os pacientes.

Palavras-chave: Cirurgia robótica , Cirurgia torácica , Ressecção pulmonar robótica , Lobectomia Robótica , Segmentectomia robótica



**Os impactos da pandemia por COVID-19 na mortalidade por Câncer de Pulmão.**

Ana Sabrina Linard Aquino Freitas<sup>3</sup>; Matheus Baresy Gomes Alves<sup>2</sup>; Eduarda de Castro Amorim<sup>3</sup>; Henrique Oliveira Carvalho<sup>3</sup>; Luana Lima Barros<sup>1</sup>; Agostinho Hermes de Medeiros Neto<sup>3</sup>; 1. Faculdade de Medicina Estácio do Juazeiro do Norte; 2. Faculdade Pernambucana de Saúde; 3. Universidade Federal do Cariri;

Objetivo: Avaliar o impacto da pandemia do COVID-19 na internação hospitalar e na mortalidade por câncer de pulmão no Brasil. Analisar os efeitos das demandas durante a pandemia na realização de procedimentos diagnósticos intervencionistas. Método: Trata-se de um estudo ecológico por análise observacional do número de internações hospitalares, de óbitos e de biópsias cirúrgicas e broncoscopias hospitalares e ambulatoriais, no que tange à neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões (CID-10; código C33 e C34). Realizado através do levantamento de dados disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do DATASUS entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023, em todo o território nacional. Resultados: A análise mostrou leve redução na quantidade de internações hospitalares por neoplasia pulmonar no que se refere aos anos de 2020 (24.596) e 2021 (23.953), quando comparado a 2019 (26.266), apresentando retorno aos parâmetros em 2022 (26.881) e 2023 (28.662). Os dados revelaram pouca variação dentre os números de óbitos por neoplasia pulmonar nos anos de 2019 (7.049), 2020 (6.667), 2021 (6.523), 2022 (7.007) e 2023 (7.142). Entretanto, houve sensível redução no número de broncoscopias realizadas em 2020 (12.547) e 2021 (15.086) em relação a 2019 (19.755), sendo recuperado em 2022 (18.144) e 2023 (20.393). No que se refere à ressecção em cunha, tumorectomia / biópsias de pulmão a céu aberto, a quantidade de procedimentos em 2019 (1.044) decaiu nos anos seguintes de 2020 (775), 2021 (735), 2022 (778) e 2023 (778), sem retorno aos números pré-pandemia. Conclusões: Observa-se que a maior repercussão nesses dados ocorreu nos anos iniciais da pandemia do COVID-19, em 2020 e 2021, em que muitos procedimentos intervencionistas, especialmente os eletivos, foram desestimulados em detrimento das medidas de contenção da disseminação do coronavírus. Além disso, constata-se uma queda no número de internações hospitalares nesse período, quando a maioria dos leitos foram designados para os pacientes com COVID-19 e a busca hospitalar por outros agravos foi reduzida. Contudo, nota-se que nos anos após a pandemia essa sequela foi recuperada gradativamente. Desse modo, houve um impacto no manejo dos pacientes com câncer de pulmão nos últimos 5 anos, posto que a redução da realização dos procedimentos diagnósticos intervencionistas pode comprometer o prognóstico do indivíduo.

Palavras-chave: Neoplasias pulmonares , Covid-19 , Registros de Mortalidade , Broncoscopia , Biópsia



**OSSIFICAÇÃO PULMONAR DIFUSA IDIOPÁTICA: UM ACHADO INCIDENTAL (RELATO DE CASO)**

Tuane de Aquino Sousa; Guilherme Cançado Rezende;  
HUB-UNB;

Objetivo: A ossificação pulmonar difusa (OPD) é uma condição rara descrita pela presença de fragmentos de osso maduro em tecidos pulmonares, identificada principalmente de forma incidental ou em estudos de necropsia. O presente relato de caso discorre sobre um paciente de 35 anos cujo diagnóstico se deu como achado incidental durante investigação de dor abdominal inespecífica no Pronto-Socorro. Relato de caso Paciente de 35 anos, masculino, hipertenso e pré-diabético, obeso grau II e não tabagista. Histórico vacinal completo, sem exposição a fatores ambientais para doenças ocupacionais. O paciente procurou atendimento em pronto socorro devido a dor lombar intensa, ocasião na qual foi solicitada tomografia de abdome sob suspeita de litíase renal, sendo identificado apenas cisto renal a direita. Em avaliação de cortes de abdome superior foi possível avaliar fragmentos inferiores de pulmão, chamando atenção pela presença de opacidades nodulares difusas bilateralmente. Foi solicitada tomografia de tórax, confirmando o achado de opacidades pulmonares nodulares ramificadas difusas e bilaterais, com predomínio em campos pulmonares médios e inferiores, localizados no interior de ramos arteriais e subsegmentares dos pulmões, predominantemente periféricas. Foi iniciada investigação de lesões pulmonares com exames laboratoriais e broncoscopia, buscando-se inicialmente a investigação de lesões de natureza infecto-contagiosas ou neoplásicas. Nos exames laboratoriais não foi flagrada nenhuma alteração, com valores de cálcio iônico e de fósforo normais. Espirometria evidenciando distúrbio ventilatório restritivo leve associado a leve redução da capacidade de difusão de CO. A broncoscopia com lavado broncoalveolar foi negativa para pesquisa de tuberculose ou infecção fúngica, e a citologia oncótica foi negativa para malignidade. Foi realizada ainda biópsia do cisto renal a direita indicou cisto simples. Cabe ressaltar que o paciente não apresentou nenhuma alteração em avaliação cardiológica realizada durante internação. Diante da persistência de dúvida diagnóstica, o paciente foi encaminhado para biópsia de parênquima pulmonar, realizada via pleuroscopia, com retirada de dois fragmentos: de segmento VI a esquerda e de base de lobo inferior esquerdo, ambos encaminhados para análise histopatológica. Os cortes histológicos exibiram parênquima pulmonar com múltiplos nódulos, de tamanhos variados, intraparenquimatosos e subpleurais, compostos por tecido ósseo maduro e medula óssea hipocelular e lipossubstituída. Presença de focos de proliferação fibroblástica, além de áreas de espessamento septal e perivascular. O parênquima adjacente exibia reatividade de pneumócitos, macrófagos com pigmento de hemossiderina em alguns espaços aéreos e focos de discreto infiltrado linfomononuclear principalmente em região subpleural. Confirmado diagnóstico de ossificação pulmonar difusa idiopática, paciente segue em acompanhamento com pneumologia, sem progressão de sintomas ou de achados radiológicos.

Palavras-chave: Ossificação pulmonar; , Pneumopatias , Biópsia pulmonar



***Paciente com câncer de pulmão submetido à ressecção cirúrgica completa por videocirurgia pós-químio e imunoterapia neoadjuvante. Relato de caso.***

*Manoel Alves Mota Neto<sup>2</sup>; Stefany Stela Lima Silva<sup>2</sup>; Helena Rebonato Delazari<sup>2</sup>; Thamiris Almeida Saraiva Leão<sup>1</sup>; Sarah Beatriz Muritiba Delgado<sup>2</sup>; João Lucas Fernandes da Silva<sup>2</sup>; Antero Gomes Neto<sup>3</sup>; 1. ; 2. Universidade Federal do Ceará; 3. Universidade Federal do Ceará/Hospital de Messejana;*

Objetivo: descrever o caso de um paciente com Câncer de Pulmão Não Pequenas Células (CPNPC) estágio clínico IIIA (AJCC, 8ª edição), submetido à quimioterapia e imunoterapia neoadjuvante, seguida de ressecção completa do tumor por videocirurgia, e mostrar os desafios técnicos da cirurgia. Relato de caso: este relato aborda um paciente de 84 anos, não-fumante, hipertenso, que apresentava tosse seca persistente por 5 meses, com episódio agudo de tosse com expectoração mucóide, associada a febre e dispneia, e história patológica progressiva de tumor renal há 23 anos, submetido a nefrectomia total esquerda e nefrectomia parcial direita, há 13 anos, sem realizar quimioterapia adjuvante. Durante o quadro agudo, foi atendido em emergência e medicado com antibiótico e anti-histamínico. Realizou Tomografia Computadorizada (TC), que mostrou uma massa tumoral heterogênea situada na língula, medindo 6,7 cm x 5,2 cm, mantendo amplo contato com a pleura parietal e com a cissura, além de derrame pleural laminar em hemitórax esquerdo e opacidades em vidro fosco no lobo superior direito, provavelmente de natureza inflamatória. O paciente foi encaminhado à pneumologia e à cirurgia torácica. Em seguida, foi realizada uma broncoscopia, sem alterações, e uma biópsia percutânea do tumor, que confirmou o diagnóstico de carcinoma pouco diferenciado, definido como carcinoma de células escamosas (CEC) pelo exame de imunoistoquímica. Depois, fez exames para estadiamento clínico. O PET-CT mostrou tumor na língula medindo 6,5 cm x 5,4 cm cT3) com SUVmax = 24,5, além de linfonodo hilar esquerdo com SUV = 4,4 (cN1) e nódulo subsólido em LSD, medindo 1,1 cm, sem aumento do metabolismo. A ressonância nuclear magnética do crânio foi normal. A abordagem terapêutica inicial foi neoadjuvância com quimio e imunoterapia, baseada no estudo CheckMate 816, que evidenciou aumento significativo da sobrevida livre de doença e do percentual de pacientes com resposta patológica completa do Nivolumab, anticorpo anti-PD-1, associado à quimioterapia, quando comparado à quimioterapia isolada, em pacientes com CPNPC ressecáveis. Após a neoadjuvância, houve completa remissão dos sintomas, e a nova TC de tórax mostrou redução do volume da massa tumoral com dimensões de 5,0 cm x 4,2 cm x 3,5 cm e área hipodensa central, sugestiva de liquefação ou necrose, compatível com resposta parcial ao tratamento. Após o reestadiamento, foi indicada cirurgia minimamente invasiva por vídeo, sendo realizada a lobectomia pulmonar (lobo superior esquerdo), incluindo a ressecção não anatômica do segmento anterior do lobo inferior esquerdo invadido pelo tumor, além da linfadenectomia mediastinal por vídeo das cadeias linfonodais 5, 7, 8, 9, 10, 11 e 12. O diagnóstico do exame anatomopatológico foi de CEC pouco diferenciado, massa tumoral de 6,8 cm (pT3) e invasão de pleura visceral PL2. As margens cirúrgicas e os linfonodos estavam todos livres de neoplasias (pN0), configurando "down stage" da neoplasia (yIb). O doente evoluiu sem complicações cirúrgicas com alta hospitalar no 4o dia de pós-operatório e retornou à oncologia clínica para dar continuidade ao tratamento e fazer o seguimento clínico.

Palavras-chave: Câncer de pulmão , Neoadjuvância , Quimioterapia , Imunoterapia



**Panorama Atual da Cirurgia Torácica Roboticamente Assistida: Revisão Integrativa de Literatura**

José de Arimatéia Lacerda de Sousa<sup>3</sup>; Anna Luíza Soares de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>; Isabela Fernandes Scabello<sup>1</sup>; Anna Carolina Vieira de Oliveira<sup>3</sup>; Paola da Costa Vieira<sup>3</sup>; Rafaelle Cavalcante de Lira<sup>3</sup>; Francisco Matheus Tavares Fernandes<sup>2</sup>;

1. Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ; 2. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM); 3. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

OBJETIVO: Caracterizar o perfil da cirurgia robótica associada à cirurgia torácica em pacientes adultos no período de 2019 a 2023. MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, retrospectiva de cunho descritivo-exploratório. A busca foi realizada através das bases de dados PubMed, Scopus e Karger, acessadas via Periódicos CAPES, utilizando os descritores "Robotic Surgery", "Thoracic Surgery" e "Treatment Outcome", intercalados pelo operador booleano AND, sem restrição de idiomas. A análise dos artigos foi realizada por dois revisores de forma cega e independente, e as discordâncias resolvidas por um terceiro revisor. A seleção foi executada de acordo com as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, componentes do fluxograma PRISMA. Critérios de inclusão: estudos que discutem a cirurgia torácica roboticamente assistida; em pacientes adultos; disponíveis na íntegra e publicados nos últimos cinco anos (2019-2023). Excluídos: artigos que fugissem da temática pesquisada; duplicatas; teses; dissertações; livros; artigos de opinião e editoriais. Ao final, foram incluídos 16 artigos. RESULTADOS: As principais indicações descritas foram câncer de pulmão de células não-pequenas (em estágio inicial), metástases, tumores benignos, timoma, miastenia gravis, tumores mediastinais posteriores e paralisia do diafragma. Dentre os procedimentos realizados encontrou-se com maior frequência segmentectomia e timectomia, porém também foram relatados lobectomia, pneumonectomia, outras ressecções mediastinais e plicatura do diafragma. Quanto aos desfechos, comparativamente a toracotomia e a videotoracoscopia, a cirurgia robótica está relacionada a equivalente resolução oncológica, redução da taxa de complicações pós-operatórias (perda de sangue e dor), menor tempo de permanência hospitalar, melhora sintomática e resultados estéticos satisfatórios. Os benefícios envolvem uma visão tridimensional do trajeto cirúrgico e um amplo espectro de manobras permitido, que contribuem para movimentos suaves em áreas estreitas como a abertura torácica superior ou o ângulo pericardiofrênico posterior, onde a videocirurgia apresenta limitações técnicas devido ao uso de instrumentos retos. As barreiras à adoção generalizada da cirurgia robótica incluem a necessidade de uma aprendizagem gradual, o custo do equipamento e a formação complementar da equipe cirúrgica. CONCLUSÕES: A cirurgia robótica no campo da torácica está intrinsecamente ligada à oncologia. Embora tenha maior gasto por procedimento, possui menores custos pós-operatórios devido à redução do tempo hospitalar e de morbidades cirúrgicas, assim como representa uma alternativa viável quando o contexto patológico dificulta a utilização da videocirurgia.

Palavras-chave: Cirurgia minimamente invasiva , Cirurgia robótica , Cirurgia torácica



**PANORAMA DAS TIMECTOMIAS REALIZADAS NO SUS**

*Bianca Araújo Fernandes Veras<sup>2</sup>; Anna Carolina Vieira de Oliveira<sup>2</sup>; Kayron Ayslan de Abreu Lacerda<sup>2</sup>; Larissa Furtado Abrantes<sup>2</sup>; Larissa Kécia da Silva do Carmo<sup>2</sup>; Elisangela Villar de Assis<sup>2</sup>; Hugo Amorim de Oliveira<sup>1</sup>;*

*1. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Natal/RN; 2. Universidade Federal de Campina Grande;*

**OBJETIVO:** Caracterizar o perfil do procedimento timectomia no Sistema Público de Saúde. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo ecológico de série temporal, com abordagem quantitativa, realizado em junho de 2024, com dados obtidos do DATASUS, no ramo Assistência à Saúde com acesso dos registros em Produção Hospitalar (SIH/SUS), sobre o procedimento de timectomia. As variáveis selecionadas foram regiões brasileiras e ano de processamento (janeiro de 2019 a dezembro de 2023), caráter do atendimento, unidades da federação, municípios, óbitos, taxa de mortalidade, média de permanência e valor médio por internação. **RESULTADOS:** A amostra totalizou 411 procedimentos. A região Sudeste com 55% dos procedimentos, seguida pelo Nordeste (14,1%). Os estados que mais realizaram procedimentos foram São Paulo com 34,06% (n=140), Minas Gerais com 12,65% (n=52) e Rio Grande do Sul com 10,7% (n=44). Os municípios que mais realizaram procedimentos foram São Paulo com 18,49% (n=76), Porto Alegre com 9,25% (n=38) e Belo Horizonte, 7,06% (n=29). O ano com mais procedimentos foi 2019, com 25,8% dos registros (n=106), e 2020 foi o menor, com 13,63% dos registros (n=56). Houveram seis óbitos, sendo todos no Sudeste, resultando em uma taxa de mortalidade de 1,46%. A maior taxa de mortalidade foi no Rio de Janeiro (6,9%) e a menor foi em Minas Gerais (1,92%). Em termos de caráter de atendimento, eletivos representaram 73,2% dos casos, já a urgência 26,8%. O tempo médio de permanência foi de 7,6 dias, com a região Norte apresentando a maior média (14,8 dias) e o Nordeste a menor (5,2 dias). O valor médio por internação foi de R\$ 2.855,21, sendo o maior registrado no Norte (R\$ 4.474,04) e o menor no Centro-Oeste (R\$ 2.300,41). **CONCLUSÃO:** No período analisado, a região que mais realizou timectomias foi a Nordeste, no entanto, o estado com maior número de casos foi São Paulo, com destaque para o município de São Paulo. No ano de 2019 foram registrados a maioria dos procedimentos. Em 2020 se constatou a menor quantidade de procedimentos. Todos os óbitos ocorreram na região Sudeste, com a maior taxa de mortalidade sendo observada no Rio de Janeiro. A maioria das timectomias ocorreram de maneira eletiva. A região Norte apresentou o maior tempo médio de permanência e o maior valor médio por internação.

Palavras-chave: Timectomia , Cirurgia torácica , Perfil de saúde



**PANORAMA DE PNEUMOTOMIA COM RESSECÇÃO COSTAL PARA DRENAGEM CAVITÁRIA OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NO SUS**

*Bianca Araújo Fernandes Veras<sup>1</sup>; Kayron Ayslan de Abreu Lacerda<sup>1</sup>; Lara Conceição Marques de Sousa<sup>1</sup>; Larissa Furtado Abrantes<sup>1</sup>; Larissa Kécia da Silva do Carmo<sup>1</sup>; Hugo Amorim de Oliveira<sup>1</sup>; Elisangela Vilar de Assis<sup>2</sup>;*

*1. Universidade Federal de Campina Grande; 2. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);*

**OBJETIVO:** Caracterizar o perfil do procedimento pneumectomia com ressecção costal para drenagem cavitária ou retirada de corpo estranho no Sistema Público de Saúde. **MÉTODOS:** O trabalho consiste de um estudo ecológico temporal, com abordagem quantitativa, realizado em junho de 2024, com dados obtidos do DATASUS, no ramo Assistência à Saúde com acesso dos registros em Produção Hospitalar (SIH/SUS), sobre o procedimento de pneumectomia com ressecção costal para drenagem cavitária ou retirada de corpo estranho. As variáveis selecionadas foram regiões brasileiras e ano de atendimento (janeiro de 2019 a dezembro de 2023), caráter do atendimento, unidades da federação, financiamento, valor médio por internação, média de permanência, óbitos e taxa de mortalidade. **RESULTADOS:** A amostra totalizou 86 procedimentos. A região Nordeste com 36% dos procedimentos, seguida pelo Sudeste (29,1%). Os estados que mais realizaram procedimentos foram Pernambuco e Rio de Janeiro, cada um com 15,11% dos procedimentos (n=13). O ano com mais procedimentos foi 2023, 27,9% dos registros (n=24), e 2020 foi o menor, 12,79% dos registros (n=11). Em relação ao número de óbitos foram observados três casos, sendo 33,33% no Nordeste e 66,67% no Centro-Oeste, resultando em uma taxa de mortalidade total de 3,49%; sendo a maior média do Centro-Oeste (15,38%) e a menor no Nordeste (3,23%). No Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul (n=1) e Distrito Federal (n=1) registraram taxa de mortalidade de 100%, pois o único procedimento que realizaram resultou em desfecho fatal. Em termos de caráter de atendimento, a urgência representou 81,4% dos casos, seguida pelas eletivas (18,6%). O tempo médio de permanência foi de 8,2 dias, com a região Sudeste apresentando a maior média (9,8 dias) e o Sul a menor (1,5 dias). O valor médio por internação foi de R\$1.613,87, sendo o maior registrado no Centro-Oeste (R\$2.866,96) e o menor no Sul (R\$935,04). Todos os procedimentos foram financiados pela Média e Alta Complexidade (MAC). **CONCLUSÃO:** Nos últimos cinco anos, a região que registrou mais procedimentos foi a Nordeste, com destaque para o estado de Pernambuco. Contudo, o maior valor médio por internação foi encontrado no Centro-Oeste e a maior média de permanência foi registrada no Sul. Quanto ao caráter de atendimento, a maioria dos casos de pneumectomia com ressecção costal para drenagem cavitária ou retirada de corpo estranho ocorreu em caráter de urgência, com número reduzido de óbitos no procedimento e o Centro-Oeste registrando a maior taxa de mortalidade.

Palavras-chave: Pneumotomia , Drenagem , Corpo estranho



**PANORAMA DOS TRANSPLANTES PULMONARES REALIZADOS NO SUS**

Larissa Furtado Abrantes<sup>2</sup>; Bianca Araújo Fernandes Veras<sup>2</sup>; Kayron Ayslan de Abreu Lacerda<sup>2</sup>; José de Arimatéia Lacerda de Sousa<sup>2</sup>; Paola da Costa Vieira<sup>2</sup>; Elisangela Villar de Assis<sup>2</sup>; Hugo Amorim de Oliveira<sup>1</sup>; 1. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Natal/RN; 2. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico dos transplantes pulmonares realizados no Brasil. Métodos: Trata-se de um estudo ecológico descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado em junho de 2024 através de dados primários brutos disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do DATASUS. Utilizou-se os registros de Produção Hospitalar, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), do período de janeiro de 2014 a dezembro de 2023. Foram selecionados os procedimentos: transplantes de pulmão unilateral e transplantes de pulmão bilateral. A partir disso, foram consultados os dados referentes às internações, número de óbitos e taxa de mortalidade por região e ano de atendimento, além do valor total do procedimento, valor médio por internação e média permanência. Os dados foram inseridos em tabelas e gráficos para melhor análise e interpretação. Resultados: Nos últimos 10 anos foram registradas 626 internações para transplante pulmonar, em que 63,1% correspondia ao bilateral e 36,9% ao unilateral. O ano de 2018 contou com a maior frequência de procedimentos, com 15,18% das ocorrências (n=95), enquanto a menor ocorreu em 2023, com 5,11% das ocorrências (n=32). Desde 2018 o número de internações vem diminuindo, destacando que de 2018 a 2023 há uma redução percentual de 66,3% no número de transplantes realizados, demonstrando uma diminuição no número de transplantes ao longo dos últimos 5 anos. Do total, apenas as regiões Sul (52,88%/n=331), Sudeste (41,53%/n=260) e Nordeste (5,59%/n=35) realizaram a cirurgia, com maior porcentagem concentrada no Sul (52,9%/n=331) e a menor no Nordeste (5,6%/n=35). Entretanto, foi constatada uma maior taxa de mortalidade na região Nordeste (13,89%) e uma menor na região Sul (9,79%). Ao total, contabilizou-se 72 óbitos, representando uma taxa de mortalidade de 11,34%, com transplantes unilateral equivalente a 12,34% e o bilateral a 10,75% de mortalidade. Nos últimos 10 anos, o valor total gasto com o procedimento foi de aproximadamente 56,2 milhões de reais, com valor médio por internação aproximado de 89,9 mil reais, com uma média de permanência de aproximadamente 19,7 dias. Conclusão: No período analisado, os transplantes bilaterais foram mais realizados e obtiveram uma maior taxa de mortalidade em relação ao unilateral. Somente as regiões Sul, Nordeste e Sudeste registraram transplantes no SUS nos últimos 10 anos. Em 2018, foi realizado o maior número de procedimentos e em 2023 houve o menor número. Além disso, observou-se um padrão de redução da quantidade de procedimentos nos últimos 5 anos. A região Sul apresentou o maior número de transplantes e obteve a menor taxa de mortalidade. Em contraposição, a região Nordeste realizou menos cirurgias e constatou a maior taxa de mortalidade. No período analisado foram gastos valores altos nos transplantes pulmonares no SUS.

Palavras-chave: Transplante pulmonar , Sistema Único de saúde , Internações



**Panorama do Tratamento Cirúrgico de Defeitos Congênitos do Tórax no Nordeste Brasileiro (2014 - 2023)**

Francisco Sérgio da Silva Sousa<sup>3</sup>; Wellgner Fernandes Oliveira Amador<sup>3</sup>; Pandora Eloa Oliveira Fonseca<sup>3</sup>; Cainã Araújo Saraiva<sup>3</sup>; Maria Clara da Silva Sousa<sup>1</sup>; Elisângela Vilar de Assis<sup>3</sup>; Francisco Matheus Tavares Fernandes  
Vieira<sup>2</sup>;

1. Centro Universitário Paraíso (UniFAP); 2. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM);  
3. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

Objetivo: Caracterizar o cenário das internações por tratamento cirúrgico de defeitos congênitos do tórax na região Nordeste entre os anos de 2014 a 2023. Método: Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo, descritivo e quantitativo, cujos dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com foco nas internações por tratamento cirúrgico de defeitos congênitos torácicos na região Nordeste no período de 2014 a 2023. As variáveis analisadas foram: internações por regiões brasileiras, por unidades federativas do Nordeste, média de permanência, caráter de atendimento, valores de financiamento, número de óbitos e a quantidade desses óbitos por caráter de atendimento. Resultados: No período analisado houve um total de 1.460 internações por tratamentos cirúrgicos de defeitos congênitos torácicos. Desse número, 57,9% concentrou-se na região Sudeste, seguida pela região Sul (25,8%), com o ano de 2017 apresentando maior número dessa produção hospitalar (12,05%/n=176). O Nordeste ocupa o terceiro lugar com 9,1% (n=133) das internações. Acerca disso, o estado de Alagoas concentrou o maior número de internações (24,1%) e a menor média de permanência hospitalar (2,5 dias). O Piauí foi a unidade federativa com menos internações (0,8%), abrigando, de forma oposta, a maior média de permanência hospitalar (16 dias). A respeito do caráter de atendimento, 62% (n=83) das internações foram eletivas, enquanto 38% (n=50) dos casos foram procedimentos de urgência. Além disso, o valor total gasto com esses procedimentos no Nordeste foi de R\$ 352 mil, com destaque para o Maranhão, o qual, mesmo não sendo o estado com maior número de internações, com 15,8% (n=21), foi responsável por 22% desse montante (R\$ 78 mil). Em relação aos óbitos, foram registrados sete, ao todo, nesse período, sendo distribuídos entre os estados do Maranhão (57,1%/n=4), Pernambuco (28,5%/n=2) e Ceará (14,2%/n=1). Ademais, 71,4% (n=5) desses óbitos resultaram de atendimento de caráter eletivo. Conclusões: Este estudo identificou a região Nordeste como a terceira que mais realiza internações para tratamento cirúrgico de defeitos congênitos do tórax no país. Nesse cenário, Alagoas foi o estado que mais realizou esse procedimento cirúrgico e que apresenta a menor média de permanência hospitalar, ao contrário do Piauí, que contou com o menor número de internações para esse tratamento. Entretanto, foi observado que o Maranhão é o estado nordestino que possui o maior valor total gasto na realização desses procedimentos, além de registrar a maior parcela de óbitos. Por fim, notou-se que a maior parte dos atendimentos foi de caráter eletivo, assim como o número de óbitos que também decorreram, em sua maioria, desse caráter de atendimento.

Palavras-chave: Tratamento Cirúrgico , Defeitos Congênitos , Tórax , Nordeste



**Panorama do Tratamento Cirúrgico de Fístula Traqueoesofágica Adquirida no Nordeste Brasileiro (2014 - 2023)**

Francisco Sérgio da Silva Sousa<sup>2</sup>; Wellgner Fernandes Oliveira Amador<sup>2</sup>; Pandora Eloa Oliveira Fonseca<sup>2</sup>; Cainã Araújo Saraiva<sup>2</sup>; Maria Clara da Silva Sousa<sup>1</sup>; Elisangela Vilar de Assis<sup>2</sup>; 1. Centro Universitário Paraíso (UniFAP); 2. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

Objetivo: Caracterizar o cenário das internações por tratamento cirúrgico de fístula traqueoesofágica no Nordeste brasileiro entre os anos de 2014 a 2023. Método: Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo, descritivo e quantitativo, cujos dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com foco nas internações por tratamento cirúrgico de fístula traqueoesofágica adquirida no Nordeste no período de 2014 a 2023. As variáveis analisadas foram: internações por regiões brasileiras, por unidades federativas do Nordeste, média de permanência hospitalar, caráter de atendimento, valor total de financiamento, número de óbitos e a quantidade desses óbitos por caráter de atendimento. Resultados: Entre 2014 e 2023, houve 666 internações por tratamento cirúrgico de fístula traqueoesofágica adquirida no Brasil. Desse número, a região Sudeste concentra o maior número (55,1%) e o Nordeste (12,6%) ficou em terceiro lugar. Nessa região, o Ceará foi o estado com maior número de internações (20,23%), seguido pelo Maranhão (16,7%). Outrossim, Bahia (26,7 dias) e Sergipe (25,5 dias) apresentaram maior média de permanência hospitalar em comparação às demais unidades federativas da região, enquanto que o Alagoas possui a menor (4,5 dias). Quanto ao caráter de atendimento, os procedimentos eletivos (58,1%) predominaram em detrimento dos casos de urgência (40,7%), embora os óbitos tenham sido registrados somente nos casos de urgência (6 óbitos). Em relação ao valor total de R\$310.958,27 com as internações no Nordeste nesse período, o Maranhão apresentou o maior custo (25,3%), além de concentrar a maior parcela de óbitos (n=3/50%). Conclusões: Este estudo identificou a região Nordeste como a terceira que mais realiza internações para tratamento cirúrgico de fístula traqueoesofágica adquirida no país. Dentre os estados do Nordeste, o Ceará foi o estado que mais realizou esse procedimento cirúrgico. Em contrapartida, o Maranhão representa o estado nordestino que possui o maior valor total gasto na realização desses procedimentos, além de registrar a maior parcela de óbitos. Além disso, Bahia e Sergipe foram os estados com maior média de permanência hospitalar, ao contrário de Alagoas, que possui a menor. Por fim, notou-se que a maior parte dos atendimentos foi de caráter eletivo, porém, todos os óbitos ocorreram em consequência de casos de urgência.

Palavras-chave: Tratamento Cirúrgico , Fístula Traqueoesofágica Adquirida , Nordeste



**Perfil da morbidade hospitalar de pacientes com neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmão no Brasil**

Larissa Kécia da Silva do Carmo<sup>3</sup>; Anna Carolina Vieira de Oliveira<sup>2</sup>; Ana Victoria Muratori pitombeira<sup>2</sup>;  
Davi Feitoza Pinto Marinho<sup>2</sup>; Kaylane Freire de Oliveira<sup>3</sup>; Elisangela Villar de Assis<sup>3</sup>; Francisco Matheus  
Tavares  
Fernandes  
Vieira<sup>1</sup>;

1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM); 2. UFCG; 3. Universidade Federal de Campina Grande;

OBJETIVO: Descrever o perfil da morbidade hospitalar de pacientes com neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmão no Brasil. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais, descritivo com abordagem documental baseada em dados coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIH/DATASUS). Foram analisadas variáveis referentes a pacientes com neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmão, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023. Na presente pesquisa, foram consideradas as variáveis de idade, sexo, etnia, critério de internação, valor médio de internação, taxa de mortalidade e região. RESULTADOS: Foram registrados 128.367 casos de internação por neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmão no Brasil durante o período analisado, tendo a região Sudeste como destaque com 44,8% dos casos, seguido da região Sul com 25,9% dos casos. Dessas notificações, a maior prevalência foi do sexo masculino (53%). Quanto à cor/raça, evidencia-se a branca (47,3%) com maior prevalência. No que tange à taxa de mortalidade, o sexo masculino lidera durante todos os anos observados com o valor de 27,04 e a região Norte recebe maior ênfase com 32,82, bem como pessoas pretas com 27,1. Em relação à faixa etária, nas notificações de internação, predominam indivíduos entre 60 a 69 anos, representando 37,2% do total de casos, e na taxa de mortalidade, pessoas com mais de 80 anos são destaque, com o valor de 37,3. Referindo-se ao caráter de atendimento, foram registradas 130.363 notificações com predomínio do caráter de urgência com 93.726 casos (71,9%), sendo a Região Sudeste responsável pela maioria das notificações (46%), com a cor/raça branca predominante (47,7%), assim como o sexo masculino (53%). Acerca do valor médio por internação, a região predominante com maior média anual de gastos foi a Sul, com média de R\$1.875,06, seguida da região Nordeste, com média de R\$1.865,26. CONCLUSÃO: Diante do observado, depreende-se que a Região Sudeste é a que possui maior número de internações, porém o valor médio de internação é maior no Sul. Além disso, quanto às notificações por internações, o sexo masculino, os indivíduos entre 60 e 69 anos e os indivíduos da cor/raça branca foram os mais afetados. Em relação à taxa de mortalidade, os homens, indivíduos com mais de 80 anos e indivíduos da cor/raça preta foram os que mais morreram. Houve mais atendimentos de caráter de urgência dos quais a maioria foi na Região Sudeste, no sexo masculino e de pessoas da cor/raça branca. São necessários mais estudos que investiguem as diferenças entre os perfis prevalentes das variáveis analisadas, de modo a melhorar a distribuição de recursos financeiros para a assistência primária à saúde.

Palavras-chave: Morbidade Hospitalar , Perfil Epidemiológico , Neoplasia Maligna



**Perfil Epidemiológico das Internações por Lobectomia Pulmonar no Brasil nos últimos 5 anos**

Danilo Antunes de Oliveira Filho<sup>3</sup>; Yury Diniz Gomes<sup>3</sup>; Isabel Pereira de Oliveira<sup>3</sup>; Letícia Lima Benevides<sup>3</sup>; Romana Isabel Freitas da Silva<sup>1</sup>; Elisangela Vilar de Assis<sup>2</sup>; 1. Universidade Estácio de Sá; 2. Universidade Federal de Campina Grande; 3. Universidade Federal de Campina Grande;

**OBJETIVO:** Caracterizar o perfil epidemiológico de lobectomia pulmonar no sistema público de saúde brasileiro entre anos de 2019 a 2024. **METODOLOGIA:** Estudo ecológico de série temporal com abordagem quantitativa, realizado em junho de 2024. Os dados foram obtidos do DATASUS e referem-se a internações por lobectomia pulmonar no Brasil no período de janeiro de 2019 a abril de 2024. As variáveis selecionadas foram: região e ano de atendimento. O procedimento selecionado foi lobectomia pulmonar, categorizado no grupo de procedimentos cirúrgicos, subgrupo de cirurgia torácica. **RESULTADOS:** Constatou-se 2.965 internações no período de janeiro de 2019 a abril de 2024. A Região Sudeste apresentou o maior número de hospitalizações (n=1.397/47,12%), seguida da região Nordeste (n=648/21,85%). A média de permanência foi de 9,8 dias, sendo a região Centro-Oeste com a maior média, 10,9 dias. O ano de 2021 apresentou a maior taxa de mortalidade, com 6,72% (n=31 óbitos), sendo 4,62% em 2018; 5,94% em 2019; 4,21% em 2020; 4,27% em 2022; 3,23% em 2023 e 1,50% em 2024. Esse aumento em 2021 pode ser resultado do impacto significativo da COVID-19 no sistema público de saúde. O atraso nos atendimentos pós-operatórios decorrente da alta demanda por profissionais e recursos hospitalares e o risco de infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2 são fatores que contribuíram para o aumento no período mencionado. Além disso, o câncer de pulmão no Brasil é identificado em estágio avançado em 86,2% dos pacientes e em 2021 foram estimados aproximadamente 30.000 novos casos de câncer de pulmão no Brasil. **CONCLUSÃO:** O estudo mostra que a Região Sudeste apresentou o maior número de hospitalizações, enquanto a Região Centro-Oeste registrou a maior média de permanência. O aumento da mortalidade em 2021 pode ser atribuído ao impacto oriundo da pandemia de COVID-19, visto que, evidenciou-se a vulnerabilidade do sistema público de saúde diante de crises sanitárias. Além disso, observa-se que a maioria dos pacientes acometidos pelo câncer de pulmão no Brasil é diagnosticada em estágio avançado, o que reforça a necessidade de melhorias nos métodos de detecção precoce. Diante disso, a adoção de procedimentos minimamente invasivos, tem mostrado potencial para reduzir a mortalidade, demonstrando a importância de estratégias de saúde pública que promovam a prevenção e o tratamento eficaz para essas doenças.

Palavras-chave: Lobectomia , Brasil , Pulmonar



***Perfil epidemiológico de pacientes infanto-juvenis com neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões pelo SUS 2019-2023***

*Davi Feitoza Pinto Marinho; José Rodrigues dos Santos Neto; Larissa Kecia da Silva do Carmo; Ana Victoria Muratori Pitombeira; Rafaelle Cavalcante de Lira; Paola da Costa Vieira; Matheus Domingues Martins; Universidade Federal de Campina Grande - UFCG;*

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes internadas no serviço público nacional com neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmões. Métodos: Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), via Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Foram analisadas as internações de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos com diagnóstico de neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões no Brasil, de janeiro de 2019 a dezembro de 2023. As variáveis independentes incluíram tempo, cor e sexo. Óbitos relacionados foram igualmente analisados. Os dados foram tabulados em planilha Excel e apresentados em tabelas e gráficos. Devido à natureza dos dados agregados e de acesso público do DATASUS, o estudo não necessitou de revisão pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Foram analisadas um total de 138.358 internações no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, das quais 969 correspondiam a crianças e adolescentes com neoplasias malignas de traqueia, brônquios e pulmões, representando 0,7% do total. Do grupo analisado, 58,5% eram do sexo masculino e 41,5% do sexo feminino. A faixa etária mais afetada foi a de 15 a 19 anos, compreendendo 41,8% das internações. A região Nordeste apresentou a maior prevalência de casos, correspondendo a 37,35% das internações registradas. Ao longo do período estudado, foram registrados 54 óbitos relacionados a essas neoplasias, resultando em uma taxa de mortalidade de 5,5%. A média anual de óbitos foi de 10,8, sendo o grupo de 15 a 19 anos o mais afetado, representando 44,4% dos óbitos. Nessa faixa etária, os indivíduos do sexo masculino foram os mais prevalentes entre os óbitos, com 58% do total registrado. Conclusões: Apesar da baixa incidência na faixa etária infanto-juvenil, observa-se que os adolescentes do sexo masculino, especialmente na faixa de 15 a 19 anos, são os mais afetados e apresentam maior taxa de mortalidade. A região Nordeste destacou-se como a mais impactada por essas neoplasias.

Palavras-chave: Internações , Neoplasia , infanto-juvenil , SUS



**Perfil Epidemiológico do Transplante de Pulmão no Brasil: Uma Análise Comparativa de Internações e Taxa de Mortalidade**

Danilo Antunes de Oliveira Filho<sup>2</sup>; Yury Diniz Gomes<sup>2</sup>; Isabel Pereira de Oliveira<sup>2</sup>; Letícia Lima Benevides<sup>2</sup>; Romana Isabel Freitas da Silva<sup>1</sup>; Elisangela Vilar de Assis<sup>2</sup>;  
1. Universidade Estácio de Sá; 2. Universidade Federal de Campina Grande;

**OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico dos transplantes de pulmão realizados no Brasil nos últimos cinco anos, comparando as taxas de internação e mortalidade. **METODOLOGIA:** Estudo ecológico de série temporal com abordagem quantitativa, realizado em junho de 2024. Os dados foram obtidos do DATASUS e referem-se a internações hospitalares e taxa de mortalidade relacionados a transplantes de pulmão unilateral no Brasil, no período de janeiro de 2019 a abril de 2024. Para a análise das internações, as variáveis selecionadas foram: região e ano de atendimento. O procedimento selecionado foi o transplante pulmonar unilateral, categorizado no grupo de procedimentos de transplantes de órgãos, tecidos e células. Para a análise da taxa de mortalidade, os dados também foram obtidos do DATASUS, considerando as mesmas variáveis: região e ano de atendimento, e o mesmo procedimento: transplante pulmonar unilateral, dentro do grupo de procedimentos de transplantes de órgãos, tecidos e células. **RESULTADOS:** Constatou-se 85 internações no período de janeiro de 2019 a abril de 2024, distribuídas da seguinte forma : 2019 (n=35/41,18%); 2020 (n=14/16,47%); 2021 (n=13/15,29%); 2022 (n=10/11,76%); 2023 (n=8/9,41) e 2024 (n=4/4,70%). A região Sul apresentou o maior número de hospitalizações (n=53/62,35%), seguida pela região Sudeste (n=23/27,06%) e pelo Nordeste (n=9/10,59%). A alta disponibilidade de Centros de transplante de pulmão está relacionada ao elevado quantitativo de hospitalizados na região Sul. O Nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade (22,22%) com dois óbitos registrados. Na região Sul houve o menor percentual de mortes, 6,38%, com três óbitos. Apesar de possuir o maior número de hospitalizações, a região Sul possui uma taxa de mortalidade relativamente baixa. **CONCLUSÃO:** A análise dos dados mostra um panorama da distribuição de internações e taxas de mortalidade dos transplantes de pulmão realizados no Brasil, nos anos de 2019 a 2024. A região que se destacou com o maior número de hospitalizações foi a Sul, devido à sua alta disponibilidade de centros especializados. Entretanto, o que se ver com o Nordeste brasileiro é o oposto, visto que , a infraestrutura limitada e desafios no acesso aos serviços de saúde contribuíram para uma taxa de mortalidade mais elevada. Apesar de registrar o maior volume de internações, a região Sul apresentou uma taxa de mortalidade baixa, devido a um melhor acesso a cuidados pós-operatórios e infraestrutura mais avançada. Logo, as disparidades regionais significativas na gestão de tratamentos complexos no país são evidentes,sendo necessário políticas públicas que visem a equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde nas regiões.

Palavras-chave: Transplante , Pulmão , Brasil , Internação , Mortalidade



***Perspectivas para o tratamento cirúrgico da síndrome do desfiladeiro cervicotorácico e via de descompressão supraclavicular: uma revisão de literatura.***

*Nivea Tainá Ramos Bitu; Josiene Almeida Freire; João Nelson Pereira Fontelles; Otávio Moraes Tavares; Bárbara Pereira Luna; Italo Renan Soares Cruz; Moisés Ederlânio Tavares Araújo; Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte ( Estácio IDOMED);*

Objetivos e Métodos: A Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) constitui-se com um grupo vário de manifestações clínicas cuja patogênese implica a compressão anormal de plexo braquial, veia subclávia-axilar ou mesmo a artéria, no ponto entre o triângulo interescalênico e a borda inferior da axila; a etiopatogenia, por sua vez, depende sobretudo das variações individuais. O tratamento é estruturado em condutas multidisciplinares, com diferentes proposições, entre Medicina e Fisioterapia, e a intervenção cirúrgica ainda é um ponto controverso. Constitui doença limitante das atividades de vida diária, por sintomatologia exuberante; tendo em vista tal exposição, a presente revisão propõe avaliar a perspectiva do tratamento cirúrgico para a SDT, com a descompressão cervical por via supraclavicular, por meio do estudo de uma série de casos. Enquanto método, realizou-se revisão de bibliografia de artigos buscados na base MEDLINE, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo como descritores “Síndrome do Desfiladeiro Torácico”; “Thoracic outlet syndrome”. Inclui-se artigos em inglês e português, publicados entre 2012 e 2023. Excluíram-se artigos que não fossem relatos de casos. Ao fim, foram selecionados três artigos. Resultados: O diagnóstico da SDT se dá sobretudo pelo quadro clínico associado a achados em imagenologia. Assim, corrobora o diagnóstico da SDT, de acordo com a natureza da compressão (se nervosa ou vascular), edema e cianose do membro afetado, isquemia de dedos, parestesia, fraqueza, dor disseminada em braço que irradia para região cervical. Hábitos de vida e transtornos ocupacionais, como posições viciadas, atividades que demandam erguer constantemente os membros superiores e variações físicas como mamas volumosas são fatores que reduzem o espaço da área do desfiladeiro. A indicação de intervenção cirúrgica é dada pela falha da conduta conservadora por pelo menos 3 meses. Há autores que defendem que o tratamento inicial envolve a descompressão cirúrgica, havendo duas técnicas importantes a serem discutidas, sendo a primeira a escalenotomia e a segunda a ressecção da costela cervical, que no presente pode ser realizada por videotoracosopia. Por outro lado, existem autores que afirmam que deve-se questionar a predominância dos bons resultados, devendo haver preferência pelo tratamento conservador; pode-se ter em pós-operatórios imediato ou tardio comprometimento nervoso severo. Entretanto, a abordagem mais defendida continua sendo o manejo multidisciplinar, pois mesmo que o tratamento cirúrgico seja resolutivo em um primeiro momento, a manutenção dos maus hábitos pode comprometer a duração dos resultados obtidos por meio do tratamento cirúrgico. Conclusão: Assim, tem-se que a cirurgia para descomprimir o desfiladeiro torácico por aumento do continente é benéfica para grande parte dos pacientes. Tendo em vista as divergências verificadas na literatura, uma maneira efetiva de mediar recidivas contralaterais ou ipsilaterais e acometimento nervoso com grave prejuízo da qualidade de vida dos pacientes o adequado seguimento dos indivíduos abordados cirurgicamente a longo prazo.

Palavras-chave: Síndrome do Desfiladeiro Torácico , Descompressão Supraclavicular , Abordagem Multidisciplinar



***Pleuroscopia para correção de lesão iatrogênica de ducto torácico: relato de caso***

*Maria Paula Lopes Ponte Prado; Giovanna Costa Freitas; Francisco Martins Neto; Rafael Pontes de Siqueira; Arthur Joaquim de Noronha Feitosa Viana; Nicole Leopoldino Arrais; Hagi Anderson Lima Lopes; INSTITUTO DOUTOR JOSE FROTA;*

Objetivo: Esse trabalho tem o objetivo de relatar o caso de um paciente submetido a pleuroscopia para ligadura de ducto torácico após laceração iatrogênica. Relato de caso: Paciente, sexo masculino, 52 anos, admitido no serviço de emergência do Hospital Instituto Doutor José Frota -Fortaleza/CE por fratura de clavícula com avulsão do plexo braquial esquerdo com perda imediata dos movimentos após acidente automobilístico. Conduzido pela cirurgia plástica inicialmente, foi submetido à microcirurgia para exploração de plexo braquial por cervicotomia, porém durante o procedimento foi identificado tronco superior roto e ausência de nervo frênico funcionante para reconstrução do plexo braquial por microenxertia. Paciente evoluiu no intraoperatório com constante acúmulo de secreção compatível com linfa e foi realizada sutura de possível ducto linfático lacerado. Após alta hospitalar, compareceu ao ambulatório com queixa de dor e volumosa coleção com exteriorização de conteúdo de aspecto leitoso em região cervical supraclavicular esquerda. O caso foi discutido com a equipe de cirurgia torácica do hospital e decidido por iniciar dieta oral zero associada a dieta parenteral hipolipídica. Para melhor investigação, coletou-se material por aspiração para estudo bioquímico com valores de triglicerídeos de 73 mg/dL após 1 dia de restrição alimentar. Após 15 dias, houve redução da exteriorização de secreção, sendo optado pela reintrodução alimentar. Observou-se novamente o acúmulo de linfa na mesma topografia, com nova dosagem de triglicerídeos de 1047 mg/dL, corroborando com o diagnóstico de fístula quilosa, sendo indicada realização de pleuroscopia para ligadura de ducto torácico devido falha no tratamento conservador. O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito com intubação seletiva sob anestesia geral. Realizadas incisões e posicionamentos de trocartes de toracoscopia. Realizada incisão em pleura mediastinal posterior ao esôfago, identificando tecido compatível com ducto torácico entre veia ázigos, aorta e esôfago e realizado clipagem com 3 cliques metálicos. Em seguida, inserido dreno torácico sob visualização direta e síntese por planos. Paciente evoluiu estável no pós-operatório, o dreno torácico foi retirado no 3º dia de pós-operatório, realizou desmame de nutrição parenteral com redução progressiva do débito da fístula, recebendo alta hospitalar após 13 dias do procedimento com dieta oral geral.

Palavras-chave: Ducto toracico , Pleuroscopia , Fístula quilosa



**PNEUMOPERICÁRDIO NÃO TRAUMÁTICO COM TAMPONAMENTO EM PACIENTE IDOSA**

Ryan Nogueira Lima<sup>3</sup>; Humberto Fernandes Veloso Neto<sup>5</sup>; Thiago Praça Brasil<sup>1</sup>; Maristela Beatriz Falcão Silva<sup>7</sup>; Antônia Fátima Rebecka Coutinho Brito<sup>2</sup>; Bruno Praça Brasil<sup>4</sup>; Rackell Ramos Everton Costa<sup>6</sup>; 1. ; 2. Centro Universitário INTA; 3. Hospital de Urgências de Teresina; 4. Hospital Geral Doutor Cesar Cals; 5. Hospital Universitário do Piauí; 6. Universidade estadual do Maranhão; 7. Universidade Estadual do Maranhão;

**OBJETIVO:** O presente relato de caso tem como objetivo descrever o diagnóstico e o manejo de uma paciente idosa, a qual apresentou sinais clínicos de tamponamento cardíaco e instabilidade hemodinâmica, cuja tomografia de tórax revelou a presença de pneumopericárdio sem história de lesão traumática, uma condição rara. Sabendo disso, o pneumopericárdio, especialmente sua condição adjunta com o tamponamento cardíaco, são consequências relativamente raras, porém presentes, de lesões traumáticas. A mesma condição de origem não traumática é bastante incomum, havendo poucos relatos descritos na literatura sobre sua etiologia e manejo. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 74 anos, apresentou-se ao serviço de emergência, referindo queixa de astenia, febre e dispneia leve com quinze dias de evolução. No exame físico observou-se sinais de hipotensão arterial, bulhas cardíacas com ritmo regular e hipofonéticas e turgência jugular importante. A tomografia computadorizada de tórax revelou a presença de pneumopericárdio não traumático. Diante de instabilidade hemodinâmica da paciente foi optada por realizar uma janela pleuro-pericárdica, sendo conduzida pela equipe de cirurgia torácica para realização de pericardiostomia e drenagem pericárdica subxifoidea. Durante o procedimento foram encontrados 200 ml de líquido enegrecido com odor fétido e saída de conteúdo gasoso. As culturas microbiológicas do líquido coletado foram negativas para crescimento bacteriano e o exame anatomopatológico de pericárdio foi negativo para malignidades. A paciente foi tratada com antibioticoterapia empírica. Apresentou melhora hemodinâmica logo após o procedimento e evoluiu com melhora clínica na internação. O pneumopericárdio não traumático, especialmente em pacientes idosos como na nossa paciente pode estar associado a uma variedade de etiologias, incluindo infecções, doenças autoimunes e iatrogênicas. No presente caso, a etiologia permaneceu incerta, porém achado de líquido escuro e odor fétido e sinais infecciosos com boa resposta a drenagem e antibióticoterapia sugerem fortemente etiologia bacteriana.

Palavras-chave: Pneumopericárdio , Ferimentos e Lesões , Cirurgia Torácica , Tamponamento Cardíaco



**PROGNÓSTICO DA PNEUMONECTOMIA EXTRAPLEURAL EM PACIENTES COM MESOTELIOMA MALIGNO**

*SABRINA DE CASTRO SALES; Lucas Eduardo Pinho Barcelos; Bruna Tháísla Lima da Costa; José Fernando Muniz Clarindo; Guilherme Matos da Penha; Mateus Gomes de Oliveira; João Lucas Nobre da Silva; Universidade Estadual do Ceará;*

**OBJETIVOS:** O mesotelioma maligno da pleura é um câncer associado à exposição ao asbesto, com previsão de pico de óbitos no Brasil entre 2021 e 2026, segundo a OMS. O prognóstico é limitado, com baixa sobrevivência, mas tratamentos como a pneumonectomia extrapleural, que envolve a remoção da pleura parietal, pulmão, hemidiafragma e pericárdio, podem prolongar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O objetivo deste estudo é analisar os principais impactos da pneumonectomia extrapleural na sobrevida do paciente com mesotelioma maligno. **METODOLOGIA:** A revisão integrativa considerou a pergunta norteadora “A pneumonectomia extrapleural melhora o prognóstico dos pacientes com mesotelioma maligno?”, no período de 2020 a 2024. As pesquisas foram realizadas nas bases Embase, Medline e Lilacs utilizando os descritores: “pleural mesothelioma”, “pneumectomy” e “prognosis”. Critérios de inclusão: idioma inglês, ano de publicação (2020-2024), faixa etária de 18-64 anos e atendimento a temática. Critérios de exclusão: não correspondência aos descritores e sem acesso gratuito ao Periódico Capes. Ao aplicar os descritores, foram filtrados 40 artigos: 38 na EMBASE, 1 na MEDLINE e 1 na LILACS, incluindo textos retrospectivos, prospectivos e revisões. Ao analisar os resumos, foram selecionados 13, 6 pagos e 2 não disponíveis na íntegra, restringindo a leitura a 5 artigos. **RESULTADOS:** Na literatura observou-se avanços no prognóstico do mesotelioma com a introdução da terapia multimodal. O estudo de Tajè et al mostra que a cirurgia melhora os sintomas e a qualidade de vida em pacientes com alta carga sintomática. A ressecção em pacientes com MPM localizado teve bom prognóstico e a sobrevida foi de 20,4 meses para o epitelóide e 7,4 para o bifásico. A pneumonectomia extrapleural teve tempo médio de sobrevida global de 14,5 meses (LAUK et al., 2022). Isso demonstra que o procedimento pode ampliar o tempo de vida, já que 95% dos pacientes apresentam taxa de sobrevivência de 12 meses, segundo o Instituto Nacional do Câncer. Em relação à dor, ao teste de caminhada e ao índice de dispneia, houve melhora durante acompanhamento, mesmo com redução da capacidade vital forçada (TAGÈ et al., 2022). Ao verificar esse resultado observa-se que, apesar da melhoria da cirurgia na resposta fisiológica aos sintomas, também existem danos à capacidade respiratória, devido à excisão pulmonar. O prognóstico molecular apresentou proporção maior de bom risco com pneumonectomia do que com pleurectomia e decorticação (93% / 80%,  $p < 0,001$ ) (SIM et al., 2021). Dessa forma, o benefício foi associado a menos dor torácica, nódulos negativos e hemoglobina mais elevada, além de maior eficiência na ressecção de linfonodos afetados, evitando a recidiva. **CONCLUSÕES:** Foram evidenciados avanços significativos no tratamento do mesotelioma pela terapia multimodal, com destaque para os benefícios da cirurgia. Apesar dos desafios, a ressecção melhorou sintomas como dor e dispneia, ampliando a sobrevida e oferecendo prognósticos mais favoráveis. Esses resultados mostram a importância de abordagens cirúrgicas personalizadas para melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência dos pacientes.

Palavras-chave: Pneumonectomia extrapleural , Mesotelioma maligno , Prognóstico



***Prótese de silicone traqueal totalmente implantada. Retas, Y e T.***

*Newton de Albuquerque Alves<sup>3</sup>; Leonardo Cesar Silva Oliveira<sup>4</sup>; Roberto Bruno Lima de Medeiros<sup>4</sup>; Manuela Roque Alves<sup>1</sup>; Samire Maria Cavalcante Roque<sup>4</sup>; Nathalia Souza e Silva Zacarias<sup>4</sup>; Samuel Roque Alves<sup>2</sup>;*

*1. Faculdade de Medicina; 2. HCFMUSP; 3. Hospital das Clínicas; 4. Hospital de Messejana;*

Objetivo: Descrever uma serie de casos de implante de próteses de silicone. Método: Foram selecionados e analisados retrospectivamente os pacientes não consecutivos que implantaram próteses traqueais durante o período de 2008 à 2024 pelos autores. Foram excluídos os pacientes com prótese tipo de montgomery com traqueostomia. Foi incluída uma paciente que implantou uma prótese tipo T no bronquio principal direito. Resultado: Foram selecionados 26 pacientes que implantaram prótese traqueal diferente do tipo de tubo T com traqueostomia (próteses totalmente implantadas sem ramo externo – traqueostomia) operados pelos autores. Desses, 7 pacientes usaram prótese reta (sento uma delas um segmento reto de montgomery e outro um pequeno segmento de dreno torácico siliconado), 18 prótese em Y, um caso utilizou um tubo T implantado no brônquio principal direito. O diagnóstico de 15 pacientes foi de câncer comprometendo a via aérea (13 de pulmão, 1 de traqueia e 1 de tireoide), 6 eram consequencia de estenose traqueal cicatricial, 3 por granulomatose com poliangiite, 1 consequencia de cicatrizes por tuberculose endoluminal e 1 por aneurisma de aorta. Dos 7 pacientes que utilizaram prótese reta, 5 colocaram por estenose traqueia cicatricial, 1 por tumor de tireoide invadindo traqueia e 1 por granulomatose com poliangiite. Entre os 18 que tiveram prótese em Y, 12 foram por câncer pulmonar ou linfonodopatia por câncer pulmonar invadindo via aérea, 1 por compressão de aneurisma de aorta, 1 por estenose cicatricial (Paciente não tinha condições clínicas para cirurgia corretiva), 2 por estenose consequencia de granulomatose com poliangiite, 1 por tumor primário de traqueia e por estenose complexa consequencia de tuberculose endoluminal. Das 7 próteses retas implantadas foi utilizado ponto para fixação em 5 casos. A paciente que utilizou um tubo T de silicone no bronquio principal direito tinha pneumonectomia prévia por carcinoide pulmonar e evoluiu com carcinoma de celulas escamosas 8 anos após comprometendo o bronquio principal e necessidade de manter o pulmão único e o ostio do bronquio do lobo superior pervios, por isso a escolha do tubo tipo T de silicone (Prótese de Montgomery). O paciente que necessitou implante de prótese em Y por compressão de aneurisma de aorta teve desfecho desfavorável já que a prótese não tinha rigidez suficiente para manter a via aérea aberta. Dos 26 casos, 24 foram posicionados por broncoscopia rígida e 2 foram colocados por orifício de traqueostomia com prótese de montgomery em T de silicone que havia sido retirada e imediatamente após a colocação foi fechada a fistula traqueocutânea existente. Em 3 pacientes após a colocação da prótese reta foi feita a reversão anestésica com uso de mascara laríngea e no restante dos casos acordados ou mantendo a ventilação pelo broncoscopio rígido ou com tubo orotraqueal comum calibroso mantendo o balonete hiperinsulfado acoma da glote para evitar deslocamento da prótese. A necessidade de broncoscopia para toailete das prótese foi mais comum nas próteses retas (6/7 pacientes vs 8/18) dos pacientes com prótese em Y. Conclusão: Próteses de silicone devem ser ferramentas de domínio do cirurgião

Palavras-chave: Estenose traqueal , Prótese traqueal , Prótese traqueal de silicone , Estenose de Via aérea , Tumor de via aérea



***Recidiva de linfangioma pós-cirurgia de ressecção em paciente pediátrica: um relato de caso***

*Diogo Dias Ritter; Victória Caroline Saraiva Dourado; Ana Luiza Benevides Campos Japiassu; Gabriel Torres do Nascimento Cirilo; Pedro Venâncio Coelho Lisboa Sousa; Juarez Carlos Ritter; Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);*

Objetivo: Um linfangioma é uma malformação congênita do sistema linfático, caracterizada pela proliferação anormal de vasos linfáticos, podendo haver a presença de tumores benignos em regiões em que tais vasos estão presentes, como na região axilar. O presente trabalho tem como objetivo relatar a apresentação clínica e os tratamentos cirúrgico e medicamentoso em casos de linfangioma. Relato de caso: Paciente feminina, 13 anos, compareceu ao ambulatório de Cirurgia Torácica em setembro de 2021 acompanhada de sua genitora, apresentando abaulamento na região axilar esquerda, que, de acordo com a acompanhante, surgira aos 2 anos de idade. Ao exame físico, apresentava massa de consistência de partes moles da região infraclavicular esquerda até a axila esquerda. Inicialmente, a hipótese diagnóstica era Higroma cístico (linfangioma), que foi confirmada com a realização de biópsia incisional. Após o diagnóstico, foi indicada cirurgia de ressecção de linfangioma, a qual fora realizada em novembro de 2021. Na cirurgia, fora retirada uma estrutura cística, sem sinais de malignidade histológica, com peso de 54g e dimensões de 6,5 x 6,0 x 4,0 cm, com superfície externa rugosa e acastanhada e interior com lesão multiloculada, de cor acinzentada, medindo 5,0 cm. Paciente evoluiu em bom estado geral, consciente e orientada, além de hidratada, normocorada e afebril, recebendo alta 6 dias após cirurgia. Todavia, no 12º dia de pós-operatório, em uma consulta de retorno, foi observado um abaulamento na região da cirurgia, de aspecto líquido, compatível com nova retenção de cistos linfáticos, o qual não regredira, necessitando de avaliação da equipe de cirurgiões 2 meses após o procedimento cirúrgico, a fim de que a possibilidade de realizar uma nova cirurgia fosse ponderada. Em julho de 2022, a realização de uma nova cirurgia foi descartada pela equipe, e houve indicação de esclerose com bleomicina como novo tratamento.

Palavras-chave: Linfangioma , Cirurgia Torácica , Pediatria



**RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA COM ENXERTO BIOFUNCIONAL PARA NA SÍNDROME DE JEUNE:  
RELATO DE CASO**

GIULIA MORAES PIAZZI; HUMBERTO ALVES DE OLIVEIRA; EUDES CARVALHO ASSIS FILHO; MARIA CAROLINA VIDAL BUENO ALEXANDRONI CORDOVA; ANA GABRIELA TITTOTO; MARCO ANTONIO FRANCO TAVARES; HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS BRASÍLIA;

Objetivo: Demonstrar a eficácia do enxerto bifuncional (vita graft) na reconstrução torácica em pacientes com Síndrome de Jeune, ressaltando melhorias na função respiratória. Método: Optou-se por uma abordagem minimamente invasiva sem seccionar nenhuma fibra muscular e com a utilização de um enxerto bifuncional para o alargar as costelas e reconstruindo a parede torácica. Resultados: O procedimento resultou em aumento significativo na amplitude torácica, melhorando a função pulmonar e reduzindo o tempo de ventilação mecânica. Conclusões: O uso do enxerto bifuncional mostrou-se promissor na reconstrução torácica em pacientes com Síndrome de Jeune, oferecendo potencial para melhorar os resultados clínicos.

Palavras-chave: Síndrome de Jeune , enxerto bifuncional , reconstrução torácica , cirurgia minimamente invasiva



**RECONSTRUÇÃO ÓSSEA UTILIZANDO UM ENXERTO AUTÓLOGO: RELATO DE CASO**

GIULIA PIAZZI<sup>1</sup>; MARIA CAROLINA VIDAL BUENO ALEXANDRONI CORDOVA<sup>2</sup>; EUDES CARVALHO ASSIS FILHO<sup>3</sup>; ANA GABRIELA TITTOTO<sup>4</sup>; HUMBERTO ALVES DE OLIVEIRA<sup>3</sup>;  
1. FACULDADE DE MEDICINA SANTO AMARO; 2. HOSPITAL DE BASE; 3. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS; 4. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA;

Objetivo: Demonstração da eficácia do enxerto autólogo na reconstrução óssea, evitando o uso de materiais sintéticos. Método: Optou-se pela utilização de um enxerto autólogo da fíbula para a reconstrução da clavícula esquerda fixado por uma placa de titânio (Matrix Ribs) Resultados: O paciente evoluiu sem complicações após a cirurgia, com retirada do dreno após 48 horas e alta hospitalar no terceiro dia. Conclusões: Demonstrou-se uma opção terapêutica efetiva com uso de enxerto autólogo para reconstrução óssea em lesão neoplásica.

Palavras-chave: ENXERTO AUTÓLOGO , RECONSTRUÇÃO ÓSSEA , LESÃO NEOPLASICA



**Reconstrução Torácica pós-Trauma: Revisão de Literatura sobre Técnicas Cirúrgicas de Otimização e Correção**

Gabrielle Gadelha Costa; IGOR RAMON CAVALCANTE LIRA; Artur Nascimento da Rocha; Pedro Henrique de Lima  
Martins Filho;

**Reconstrução Torácica pós-Trauma: Revisão de Literatura sobre Técnicas Cirúrgicas de Otimização e Correção**  
Objetivo O presente estudo tem como objetivo analisar, através de uma revisão integrativa de literatura, as técnicas cirúrgicas de otimização e correção utilizadas na reconstrução torácica pós-trauma.  
Método Este estudo consiste em uma revisão de literatura que utilizou artigos das bases de dados Scielo e Pubmed. No Pubmed, a pesquisa utilizou as palavras-chave "Thoracic Reconstruction", "Thoracic Wall Reconstructive Surgery" e "Post-traumatic thoracic reconstruction", combinadas com o operador booleano "AND". Na Scielo, foram utilizadas as palavras-chave "Reconstrução Torácica Pós-Trauma". Ambos os bancos foram filtrados para incluir apenas artigos disponíveis gratuitamente, publicados nos últimos 15 anos, envolvendo estudos com seres humanos e excluindo preprints, sendo obtidos 52 resultados no Pubmed. Após uma seleção criteriosa, foram selecionados 2 artigos do Pubmed e 2 da Scielo para esta revisão. Resultados A reconstrução da parede torácica é um desafio na cirurgia reparadora. Tumores, infecções e traumas frequentemente exigem reparação estrutural utilizando técnicas que incluem o uso de retalhos musculares como o músculo peitoral maior, grande dorsal e retoabdominal. Os músculos doadores são selecionados de acordo com a região a ser reparada. Esta revisão aprofunda as indicações, procedimentos e desfechos através de relatos de casos e selecionou três para análise. No primeiro caso, paciente com radionecrose e osteomielite após radioterapia para câncer de mama. A área infectada foi ressecada, e uma esternectomia parcial foi realizada, seguida de reconstrução com retalho do músculo reto abdominal. No segundo caso, um homem de 72 anos com osteomielite nos arcos costais com ressecção da área infectada e remoção de dois arcos costais, reconstrução utilizando tela de polipropileno e retalho músculo reto abdominal. No terceiro caso, paciente com fibrossarcoma na região peitoral esquerda. A ressecção incluiu três arcos costais e a pleura adjacente, a reconstrução foi feita com retalho do grande dorsal e tela de polipropileno. A integridade esquelética é essencial para preservar o movimento de respiração. Esse procedimento deve ser reparado com tecidos altamente irrigados. As veias torácicas internas são mais utilizadas para esse procedimento por ter risco reduzido de formação de placa aterosclerótica e por ter anatomia previsível. Conclusões O estudo apontou o uso de retalhos musculares como o peitoral maior, grande dorsal e retoabdominal em casos específicos, mostrando resultados positivos na recuperação dos pacientes. Cada procedimento exige planejamento cirúrgico detalhado e avaliação pré-operatória cuidadosa. A escolha dos músculos doadores deve ser feita com base na localização anatômica, nas necessidades individuais do caso. Destaca-se a importância da restauração da integridade esquelética para preservar a função respiratória e a eficácia das técnicas que utilizam tecidos moles bem irrigados. Avanços são necessários para enfrentar os desafios na reconstrução torácica em cenários complexos de trauma e doença.

Palavras-chave: Cirurgia torácica , reconstrução da parede torácica , Revisão de Literatura



**Recrutamento alveolar seletivo broncoscópico em pulmões atelectasiados em pneumonias secundárias à infecção por COVID-19: uma série de casos**

Fábio de Oliveira Sousa<sup>1</sup>; Layla Talissa Costa Ferreira<sup>2</sup>; Laiza Marcelly Vieira Valente<sup>2</sup>; Hanna Moraes dos Santos<sup>2</sup>; Maria Eduarda Garcia de Azevedo<sup>2</sup>; Anna Cristina Pires da Luz Doria<sup>2</sup>; Ravi Cabral Gabriel<sup>2</sup>; 1. Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá - HU-UNIFAP; 2. Universidade Federal do Amapá;

Objetivo: Demonstrar os benefícios das manobras de recrutamento seletivo em pacientes graves com atelectasias pulmonares significativas. Relato de caso: Selecionou-se, para submissão ao procedimento, 8 pacientes graves da UTI COVID-19 em ventilação mecânica com déficit gasométrico (relação ventilação/perfusão < 200) associados, obrigatoriamente, à atelectasia de padrão lobar e/ou total, evidenciada nos exames radiológicos de rotina. A maioria deles em uso de drogas vasoativas. Inicialmente, sedou-se o paciente com bolus de midazolam (15mg) e de fentanil (1-2 mcg/kg). Após posicionamento em hiperextensão cervical, se não traqueostomizado (entubado), procedeu-se com troca de tubo orotraqueal por cânula de traqueostomia nº 6,5 ou 7,0. Acoplou-se 2 tubos para aumentar o seu comprimento total e, assim, chegar às vias aéreas lobares sem perder a extremidade proximal dentro da cavidade oral. Se traqueostomizado, houve troca de cânula por tubo orotraqueal via traqueostomia com mesma numeração. Introduziu-se broncoscópico via tubo por válvula derivadora acoplada mantendo ventilação mecânica contínua. Após visualização da via aérea, posicionou-se o tubo no brônquio correspondente à atelectasia, geralmente prosseguindo no máximo até o brônquio lobar específico, uma vez que a valsalva seletiva só era indicada em atelectasias no mínimo lobares. Após posicionamento, o cuff era discretamente insuflado e o dispositivo de ventilação manual, acoplado ao tubo (ambu ou baraka conectado à medidor de pressão). Assim, a pressão de ventilação manual (complacência) era sentida na medida em que se executava a ventilação. Após 1 minuto de ventilação dirigida com pressão aumentada em até 30 ou 35 mmHg (medida no esfigmomanômetro acoplado), foi procedida a lavagem e a aspiração broncoscópica da secreção eclodida após o recrutamento. Logo após estes passos, reposicionou-se nova cânula (nº 7,5 a 8) em traqueostoma e repetiu-se o raio-X de tórax no leito. Discussão: O COVID-19 possui uma patogênese progressiva, com invasão viral nos tecidos tegumentares, alterações sistêmicas e, por fim, danos como disfunção endotelial, hipercoagulação e alterações imunológicas. Assim, o pulmão infectado e atelectasiado caracteriza pior oxigenação e evolução clínica desfavorável. Desse modo, uma intervenção eficaz é o recrutamento seletivo alveolar. Nos presentes casos, a introdução de tubo endotraqueal no brônquio do lobo atelectasiado conectado a um reanimador manual com manômetro, exercendo um pico de pressão inspiratória, mostrou ser efetiva para pacientes graves. Assim, é inegável, nos casos presentes, a melhora radiológica imediata com o recrutamento de áreas atelectasiadas.

Palavras-chave: Atelectasia Pulmonar , COVID-19 , Broncoscopia , Pneumonia Viral



**Relato de caso “Abordagem Cirúrgica para Sequestro Pulmonar e Hemoptise: Lobectomia do Lobo Inferior Esquerdo”**

Edson Ricardo Brambate Junior<sup>1</sup>; Larissa Cavalcante Amora<sup>1</sup>; Paulo André Pereira Lobo<sup>1</sup>; Nathalia Souza e Silva Zacarias<sup>1</sup>; José Fernando Muniz Clarindo<sup>2</sup>; Guilherme Matos da Penha<sup>2</sup>; Lucas Eduardo Pinho Barcelos<sup>2</sup>;

1. Hospital do Coração de Messejana; 2. Universidade Estadual do Ceará;

Objetivo: Relatar a eficiência da abordagem cirúrgica como tratamento de sequestro pulmonar e hemoptise. Relato de caso: Sexo feminino, 31 anos, admitida no dia 12 de fevereiro de 2024 no Hospital do Coração de Messejana, apresentando tosse seca com episódio único de hemoptise e epistaxe de grande monta. Ex etilista, nega comorbidades. Na admissão, foi prescrito Ácido Tranexâmico e foram solicitados exames, incluindo TCAR, que revelou consolidações com broncogramas aéreos em permeio, associados a opacidades em vidro fosco, apesar da ausência de sintomas clínicos de pneumonia ou infecções. Na broncoscopia, observou-se pequena quantidade de secreção sanguinolenta com hiperemia no brônquio lobar inferior esquerdo. Dois dias após a admissão, apresentou dispnéia aos esforços, tosse seca, sem hemoptise ou febre. Em 15 de fevereiro, foi realizada angiotomografia que revelou um proeminente ramo de artéria brônquica para o lobo inferior esquerdo, com 1,4 cm de calibre, conectando-se a um emaranhado de vasos intrapulmonares proeminentes nesse lobo, totalizando até 5,0 cm de diâmetro. Realizada espirometria com difusão pulmonar sem alterações. Após discussão multidisciplinar, a paciente foi diagnosticada com sequestro pulmonar, sendo indicada a lobectomia. No dia 26 de fevereiro de 2024, realizada a cirurgia com paciente em decúbito lateral direito, submetida a pleuroscopia por vídeo, sendo identificados artéria anômala saindo diretamente da Aorta, brônquio do lobo inferior esquerdo e duas veias drenando o lobo inferior esquerdo. Realizou-se um teste de clipagem reversível em uma das veias por 5 minutos, sem repercussão hemodinâmica significativa, sendo prosseguida então a ligadura das veias. Prosseguindo com isolamento e ligadura com grampeador da artéria anômala e brônquio do lobo inferior esquerdo, sendo assim realizada lobectomia inferior esquerda e aposição de dreno de tórax em selo d'água N°26. Após cirurgia, a paciente foi encaminhada à UTI, consciente e orientada, padrão ventilatório bom, dreno de tórax funcionante e com mínimo escape aéreo ao esforço expiratório. Recebeu alta para enfermaria da cirurgia torácica, estável, seguindo aos cuidados da equipe multidisciplinar. Dreno de tórax foi retirado no dia 01/03/2024, com radiografia de tórax mostrando pequena cavidade residual, sendo intensificada fisioterapia. Paciente estável, eupneica em ar ambiente, apenas com leve tosse noturna recebe alta hospitalar dia 02 de março de 2024 com seguimento ambulatorial.

Palavras-chave: Hemoptise , Lobectomia , Sequestro pulmonar , Cirurgia torácica , Angiotomografia



**Relato de caso “Abordagem e manejo de um caso raro de Proteinose Alveolar”**

Francisco Matheus Tavares Fernandes Vieira<sup>1</sup>; Vanessa Jerônimo Santos<sup>1</sup>; Nathalia Souza e Silva Zacarias<sup>1</sup>; Paulo André Pereira Lobo<sup>2</sup>; Larissa Cavalcante Amora<sup>1</sup>; Hildel Freire Leite Filho<sup>2</sup>; 1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes; 2. Universidade Estadual do Ceará;

Objetivo: Relatar o manejo de um caso raro de proteinose alveolar em um paciente acompanhado no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.(HM) Relato de caso: Sexo masculino, 26 anos, pardo, natural e procedente de Martins- Rio Grande do Norte, solteiro. Paciente era previamente hígido, iniciou quadro de tosse e dispneia em junho de 2022. TCAR de setembro de 2022 evidenciou pneumopatia bilateral com padrão em vidro fosco com espessamento de septos inter e intralobares, configurando zonas de “pavimentação em mosaico”, levantando a hipótese diagnóstica de proteinose alveolar. Lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica, que demonstrou espessamento fibroso dos septos alveolares e espaços alveolares repletos com depósito de material proteináceo, sendo as características morfológicas compatíveis com proteinose alveolar. Paciente evoluiu com piora dos sintomas, que progrediram para episódios de hipossaturação, com piora da função pulmonar e necessidade de uso de oxigênio domiciliar, prejudicando sua qualidade de vida. Foi encaminhado para o serviço de cirurgia torácica do HM avaliado por cirurgião torácico, que indicou tratamento do quadro com lavagem pulmonar. O primeiro procedimento foi realizado em junho de 2023, no HM. Foi optado realizar a intervenção cirúrgica inicialmente do lado esquerdo por ser o mais comprometido. Na descrição da ficha cirúrgica, foi posicionado em decúbito dorsal sob anestesia geral com intubação orotraqueal com tubo de Carlens seletivo à esquerda com os dois cuff insuflados, sendo um lúmen acoplado à ventilação mecânica e o outro à conexão em y para irrigação e aspiração. Foram instilados 13 litros de soro fisiológico, até o clareamento do lavado pulmonar e o balanço hídrico total de 350 ml. Além disso, durante o procedimento, também foram realizadas gasometrias arteriais para controle de distúrbios ventilatórios. A cirurgia teve um tempo de duração de aproximadamente três horas, sendo o paciente extubado no centro cirúrgico, sem intercorrências. Em seguida, foi encaminhado para recuperação pós-cirúrgica em unidade de terapia intensiva, em que permaneceu por 24 horas com boa evolução e foi transferido após esse período à enfermaria cirúrgica. No seguimento na enfermaria, o paciente evoluiu com melhora clínica e radiológica do quadro, recebendo alta hospitalar no 3º dia do pós-operatório e apto para seguimento ambulatorial. O segundo procedimento aconteceu em julho de 2023, após um mês da primeira abordagem e seguiu o mesmo protocolo. O paciente também teve boa evolução e recebeu alta no terceiro dia do pós operatório.

Palavras-chave: Proteinose alveolar pulmonar , lavagem pulmonar total , macrófagos alveolares



**RELATO DE CASO: CISTO BRONCOGÊNICO GIGANTE PROVOCANDO INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**

*Shannon de Oliveira Hunt<sup>2</sup>; Maria Laura Queiroz de Menezes<sup>2</sup>; Kelian Leite Andrade<sup>2</sup>; William Kendi Aoki<sup>2</sup>; Leonardo Ely<sup>1</sup>; Cesar Freire de Melo Vasconcelos<sup>1</sup>; Rafael Melo Tavares<sup>1</sup>;*  
1. Hospital Esperança Recife; 2. UFPE;

Objetivo: Os cistos bronco-gênicos são malformações císticas em aspecto de “saco” derivadas do intestino anterior do trato respiratório, sendo a anomalia congênita mais comum do mediastino. Eles podem se localizar inicialmente no mediastino ou no pulmão, mas podem surgir em qualquer ponto ao longo do desenvolvimento do intestino anterior. Este trabalho tem por objetivo relatar um raro caso de cisto bronco-gênico recidivante, destacando a importância do diagnóstico e tratamento corretos para a prevenção de possíveis complicações. Relato de Caso: Paciente J.F.S., 34 anos, apresentou-se no serviço de emergência, com queixa de tosse produtiva, odinofagia, cefaleia, febre e congestão nasal havia 5 dias. Na ocasião, foi prescrita antibioticoterapia oral, sendo ela Amoxicilina com clavulanato, sintomáticos e corticoide. Retornou à emergência após 3 dias, com persistência das queixas de tosse e expectoração hialina, além do surgimento de dispnéia, dor torácica e astenia. Após cerca de 8 horas, evoluiu com insuficiência respiratória, sendo realizada radiografia de tórax, a qual evidenciou a presença de massa mediastinal e borramento de estruturas vasculares basais à direita. Diante disso, solicitou-se tomografia computadorizada, que evidenciou tratar-se de uma massa expansiva de densidade homogênea e contornos bem definidos localizada em mediastino visceral, de dimensões 8,2 x 7,5 x 7,2 cm, sem realce ao contraste e sem presença de linfonomegalias ou outras lesões mediastinais. Além disso, notava-se significativo alargamento de ângulo infracarinal, associado a compressão extrínseca no terço distal do esôfago e do tronco da artéria pulmonar esquerda, bem como da artéria pulmonar direita, com importante redução dos calibres das mesmas. Por fim, os brônquios apresentavam paredes espessadas e observava-se Atelectasias laminares na base do pulmão direito, sendo o exame sugestivo de cisto bronco-gênico ou de cisto pericárdico. Diante do quadro, optou-se, então, pela realização de abordagem cirúrgica de emergência via toracoscópica, com acesso à direita. Durante o procedimento, observou-se a presença de lesão de cística com extravasamento de líquido leucoplásico. Realizada a drenagem da lesão, observou-se melhora imediata do respiratório do paciente. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências e sendo acompanhado ambulatorialmente. Após 1 mês, nova TC de tórax evidenciou lesão de dimensões 5x4,3x4cm, considerada recidiva do cisto, sendo programada e realizada nova drenagem via VATS com ressecção ampliada da lesão. Todavia, devido à íntima relação posicional da lesão com estruturas nobres, não foi possível realizar a ressecção completa da lesão. O pós-operatório da segunda intervenção também transcorreu sem intercorrência. Em TC de controle após 2 meses, não foi evidenciado retorno de lesão, com achado apenas de lesão com atenuação de partes moles de margens mal delimitadas em situação subcarinal medindo próximo a 3,0 cm. O paciente segue em acompanhamento para vigilância da lesão

Palavras-chave: Cisto Bronco-gênico , Mediastino , Relato de caso



**Relato de caso: Derrame pericárdio crônico com “swinging heart”**

*Alberto Ponte de Lima; Esdras Costa; Sâmia Alves Carneiro Batista; Ingrid Cristina Bonfim da Silveira; Maria Gabriela Sousa Landim; Maria Carlene Sampaio de Melo; José Jackson do Nascimento Costa; UNINTA;*

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 54 anos de idade, tabagista e etilista de longa data. Encaminhado do hospital de origem, para hospital de referência em Sobral, Ceará, devido episódio de hiperêmese. No momento da admissão paciente encontrava-se com escala de coma de Glasgow 13 e presença de edema assimétrico em membro inferior direito, com imobilização ortopédica, devido fratura em patela direita há 1 mês. Durante internação atual foram realizadas inicialmente medidas gerais de estabilização, exames laboratoriais e endoscopia digestiva alta. Dentre os exames laboratoriais apresentou hemoglobina 10,5 g/dL; hematócrito 31,2%; leucócitos 22.100mm<sup>3</sup>; bilirrubina total 2,79 mg/dL; creatinina 1,64 mg/dL; ureia 278,9 mg/dL. Prosseguiu-se investigação com tomografia de tórax sem contraste, mostrando coração globoso, com derrame pericárdico associado, de espessura de 3,4cm, somando-se a derrame pleural à direita, de aspecto loculado, estendendo-se do ápice à base, com volume estimado de 250ml. Paciente fez uso de ceftriaxona, clindamicina e metronidazol via oral. Realizou ecocardiograma transtorácico apresentando dilatação das câmaras esquerdas, sinais de alteração na distensibilidade do ventrículo esquerdo e importante derrame pericárdico circunferencial à área cardíaca “swimming heart”, evidenciando uma maior lâmina no segmento apical de 32mm, com sinais anatômicos e hemodinâmicos de restrição diastólica ventricular direita, sendo indicada drenagem pericárdica. Procedimento seguiu com saída de 1100mL de secreção purulenta, sendo interrogado diagnóstico de mediastinite. Após procedimento paciente apresentou melhora do estado geral, com pressão arterial média 98mmHg, sem uso de drogas vasoativas, e com máscara de oxigênio suplementar. Solicitou-se interconsulta com cirurgia torácica, o qual indicou abordagem cirúrgica. Realizada torcotomia exploradora, com pericardiectomia, toracostomia, pleuroscopia videotoracoscopia, descorticação pulmonar videotoracoscopia e pleurectomia videotoracoscopia. Paciente evoluiu afebril, ictérico, hipocorado ++/4+, desidratado +/4+, desorientado e cooperativo. Pressão arterial 90/70mmHg e presença de dreno pericárdico. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular universal diminuído bilateralmente, frequência respiratória 18rpm e dreno torácico à direita. Paciente em uso de Meropenem, e segue com novos exames apresentando ureia 122,7; creatina 0,77; hemoglobina 9,4; plaquetas 272.000. Conclusão: Pode-se concluir que o derrame pericárdico pós-traumático é uma condição difícil de encontrar, na maioria das vezes, os pacientes com derrame pericárdico podem evoluir com tamponamento cardíaco, visto no caso em questão e choque obstrutivo, precisando ser feita drenagem imediata do líquido pericárdico. Ademais, a torcotomia exploradora, com pericardiectomia, e pleurectomia videotoracoscopia foram procedimentos escolhidos neste caso, principalmente pela suspeita de mediastinite. Portanto, é necessário mencionar que seja qual for o procedimento realizado, a rapidez na excitação é de suma importância, pois corrobora para o melhor prognóstico.

Palavras-chave: Derrame Pericárdico , Diagnóstico , Tamponamento Cardíaco



**RELATO DE CASO: ENDOMETRIOSE DIAFRAGMÁTICA**

*Débora Ferreira Lopes<sup>2</sup>; Tiago Caetano Tavares Monteiro<sup>2</sup>; Danilo de Santana Marques<sup>2</sup>; William Kendi Aoki<sup>2</sup>; Adolpho de Barros e Silva de Oliveira<sup>1</sup>; Guilherme Vieira de Mendonça filho<sup>1</sup>; Rafael Melo Tavares<sup>1</sup>;*  
1. Hospital Esperança Recife; 2. UFPE;

**OBJETIVO** A síndrome da endometriose torácica refere-se às diversas manifestações de endometriose extra-pélvica que afetam a cavidade torácica, incluindo o envolvimento do diafragma. O endometrioma diafragmático acomete menos de 1% das mulheres, apresentando uma elevada associação com a endometriose pélvica. Em cerca de 70% dos casos, essa condição é assintomática. O presente trabalho tem como objetivo descrever o caso de um Endometrioma Diafragmático, localizado em hemidiafragma direito, tendo como sintomatologia dor epigástrica e em dorso durante o período menstrual. **DISCUSSÃO** I.E.S., 37 anos, sexo feminino, com diagnóstico endometriose disseminada, apresentou implantes diafragmáticos durante a cirurgia para a remoção dos implantes abdominais, sendo então encaminhada ao cirurgião torácico. Em consulta com o especialista, a paciente referia sintomas catameniais de grande intensidade, tais como dor epigástrica e dorsal, mas ao exame físico, ausência de pneumotórax, sendo solicitada a realização de exames de ressonância magnética, tomografia computadorizada de tórax com contraste e espirometria. Tomografia Computadorizada(TC) de Tórax com contraste revelou a presença elevação da hemicúpula diafragmática direita e imagem tímica no espaço pré-vascular com densidade homogênea e focos de gordura sem realce ao meio de contraste, de configuração triangular medindo 2,2cm x 2,4 cm x 5,5 cm, sugestiva de hiperplasia tímica, que por não apresentar sinais de malignidade, optou-se por não abordar a lesão. Ademais, identificou-se a presença de imagem hipotenuante cística em baço. Não foram visualizadas mais alterações ou linfonodomegalias. Para melhor avaliação da lesão, solicitou-se ressonância magnética (RM) de tórax pela técnica Turbo Spin-Echo, em sequências T1 e T2, incluindo sequência com supressão de gordura, sequências em fase e fora de fase e sequência de difusão, evidenciaram pulmões de intensidade de sinal normal, ausência de derrame pleural e a presença de duas formações nodulares com 0,8 cm na transição toracoabdominal à direita, de localização não conclusiva em pleura diafragmática deste lado, hiperintensas em T1 e em T2, não sofrendo realce significativo na fase pós-gadólíio, sugestivas de endometriomas. À espirometria, foi observado VEF1 de 1,96(72%) e CVF de 2,22( 68%). A abordagem cirúrgica de escolha foi a videotoracoscopia com dois portais, com a paciente posicionada em decúbito lateral esquerdo. Em toracoscopia, foram visualizados múltiplos focos de implantes endometriais em diafragma além dos dois mencionados nos exames de imagem. Todos os focos foram ressecados com sucesso e a cirurgia ocorreu sem complicações. A paciente evolui bem no período pós-operatório, sem intercorrências e com alta em menos de 1 semana. Em TC de controle realizada após 2 meses, com diafragma em boa posição e ambos os pulmões bem expandidos, com seguimento com ginecologista.

Palavras-chave: Endometriose diafragmática , Eventração diafragmática , Relato de caso



**Relato de Caso: Reconstrução de parede torácica pós-metastasectomia esternal de carcinoma de células claras**

Mariana Vieira da Silva<sup>2</sup>; Matheus Kauik Siqueira Barros de Moraes<sup>2</sup>; Luiz Henrique Bandeira de Andrade Lima Filho<sup>2</sup>; William Kendi Aoki<sup>2</sup>; Caroline Alencar Amorim<sup>1</sup>; Davi De Castro Barros Nogueira<sup>1</sup>; Wolfgang William Schmidt Aguiar<sup>1</sup>;

1. Hospital das Clínicas - HC UFPE; 2. UFPE;

**Objetivos** Dentre os tipos de cânceres renais, o carcinoma renal de células claras é o subtipo histológico mais comum (80 a 90%), possuindo alta propensão de metastizar por via hematogênica, independentemente do tamanho do tumor. Relatamos o caso de um paciente com carcinoma de células renais que apresentava metástases acometendo extensamente a parede torácica, sendo submetido à linfadenectomia axilar unilateral, toracostomia com drenagem pleural fechada, toracectomia complexa e reconstrução de parede com retalho miocutâneo. A técnica cirúrgica empregada permitiu ressecção do tumor e reconstrução da parede torácica. Diferentes técnicas e materiais podem ser empregados, mas a escolha depende da preferência e experiência do cirurgião torácico, além de outros fatores intrínsecos ao caso. Relato de Caso Paciente A.F.B., 54 anos, sexo masculino, acompanhado em serviço por conta de dor em região torácica anterior, apresentando abaulamento a nível de esterno. Houve piora do quadro após lesão traumática, com presença adicional de sangramento, febre e queda do estado geral. Durante tomografia computadorizada para avaliação da lesão, foi identificada a presença de intumescimento em rim esquerdo além da tumoração na região torácica anterior. Em conjunto com a oncologia, programou-se a realização de nefrectomia esquerda com subsequente biópsia de lesão esternal. O histopatológico revelou que a lesão esternal tratava-se de tecido metastático de carcinoma renal do tipo células claras, sendo classificada como T3, NX, M1. Seguindo com avaliação da lesão esternal, PET-CT realizado posteriormente revelou atividade neoplásica extensa e lítica, envolvendo componentes de partes moles (SUV de 11,6) e cadeias linfonodais hipermetabólicas em região axilar esquerda e mediastinal pré-vascular. A lesão neoplásica de proporções 11,2 x 8,4 x 7,0 cm, apresentava expansão osteolítica para planos adiposos de parede torácica anterior e para mediastino anterior. Decidiu-se então pela reabordagem cirúrgica, sendo realizada incisão em região dorsal direita de paciente, com retirada de retalho cutâneo elíptico. Em seguida, realizou-se outra incisão para separação e liberação de músculo grande dorsal direito, sendo posicionado em região axilar direita. Procedeu-se, então, com toracectomia complexa, com ressecção de esterno e segmentos de arcos costais com margens de segurança, sendo preservadas região de manúbrio e articulação esternoclavicular. Uma prótese esternal, composta por 2 unidades de cimento ósseo sobre tela dupla de Prolene, foi fixada em parede torácica por meio de pontos de Prolene e Vicryl. Por fim, a reconstrução muscular se deu pela fixação do retalho miocutâneo do grande dorsal direito, previamente posicionado em região axilar anterior direita, ao músculo peitoral maior esquerdo, recobrimo prótese esternal. O pós-operatório foi sem intercorrências, com boa recuperação mas com persistência das queixas de dispneia e dor em região retroesternal, tendo seguimento com a oncologia do serviço.

**Palavras-chave:** Reconstrução de Parede Torácica , Carcinoma de células claras , Oncologia Torácica , Metastasectomia



**RELATO DE CASO: ROMPIMENTO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR APÓS CIRURGIA ABDOMINAL**

*Isabelle Batista de Souza<sup>2</sup>; Mariana da Silva Sá<sup>2</sup>; Pedro Alexandre Leão Pessoa<sup>2</sup>; William Kendi Aoki<sup>2</sup>; Duilio Cabral da Costa Neto<sup>1</sup>; Rodrigo Santiago Moreira<sup>1</sup>; Rafael Melo Tavares<sup>1</sup>;*  
1. Hospital Esperança Recife; 2. UFPE;

**OBJETIVO** As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVPs) são formações vasculares anormais, acometendo cerca de 1 em cada 2600 pacientes. Caracterizam-se por conexões diretas entre artérias e veias pulmonares, resultando em um shunt intrapulmonar de alto fluxo sanguíneo e baixa resistência. A apresentação clínica das MAVPs comumente é assintomática, podendo cursar raramente com ruptura, como em casos de aumento da volemia ou quando a parede do vaso é fina. O presente trabalho visa descrever o caso de uma ruptura de MAVP após uma cirurgia abdominal, convergindo que pequenas alterações de fluxo podem desencadear esse evento vascular. **RELATO DE CASO** Paciente masculino de 43 anos realizou uma coledocoplastia videolaparoscópica devido à colecistite grave com necrose do colédoco e coleperitonite. Após dois dias do procedimento, foi transferido traqueostomizado em ventilação mecânica (VM) em estado de rebaixamento do nível de consciência. No exame físico, apresentava ausculta pulmonar com diminuição de murmúrio vesicular e crepitações na base esquerda, com saturação de 94%. Apesar da evolução estável sem necessidade de vasopressores, o paciente permaneceu em estado grave. A sedação foi retirada para análise do despertar, porém, o paciente ficou agitado, necessitando de administração de dexmedetomidina e manutenção de fentanil para controle algico, com RASS= 0. O modo ventilatório foi alterado para espontâneo, com FiO<sub>2</sub> de 30%, PEEP de 5, e PS de 12. Observou-se aumento da bilirrubina total, às custas da fração direta, além de um quadro de leucocitose. Ao exame físico abdominal, o paciente apresentava-se distendido e timpânico. Ante esse quadro, foi solicitada uma tomografia computadorizada com contraste, em suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP). A tomografia revelou uma consolidação no lobo inferior esquerdo. A conduta foi a programação de uma videotoracoscopia para compreensão do quadro. Durante a cirurgia, foi identificado um grande hematoma intraparenquimatoso que se estendia por todo o lobo inferior esquerdo do paciente. Optou-se, então, pela execução de uma lobectomia inferior esquerda. Entretanto, após a ligadura de veia para lobo inferior direito, ocorreu um súbito aumento do extravasamento de sangue para o parênquima e, por conseguinte, para a cavidade torácica. Como resultado, a visibilidade e dificuldade da manipulação do lobo pelo grande hematoma tornou necessária a conversão da cirurgia minimamente invasiva para a aberta. Após toracotomia, a cirurgia prosseguiu sem mais intercorrências, sendo efetuada a lobectomia inferior esquerda. A recuperação do paciente foi rápida, retornando a consciência no primeiro dia pós-operatória e estabilização hemodinâmica. O diagnóstico de malformação arteriovenosa pulmonar (MAVP) foi confirmado após a análise anatomopatológica. A intervenção cirúrgica prévia na vesícula biliar possivelmente alterou o padrão de fluxo sanguíneo na região da MAV, contribuindo para a sua ruptura, resultando em sangramento significativo e formação de um hematoma pulmonar.

Palavras-chave: Malformações Arteriovenosas Pulmonares , Lobo Inferior Esquerdo , Hematoma Intralobar , Lobectomia Inferior Esquerda



**Relato de Caso: ruptura de MAV em gestante com múltiplos aneurismas pulmonares**

William Kendi Aoki<sup>2</sup>; Matheus Kauik Siqueira Barros de Moraes<sup>2</sup>; Mariana da Silva Sá<sup>2</sup>; Thainá Cavalcanti Mendes Pinto<sup>1</sup>; Maria Eduarda Pessoa Lessa<sup>1</sup>; José Ronaldo Mariano da Silva Filho<sup>1</sup>; Rafael Melo Tavares<sup>1</sup>;

1. Hospital Barão de Lucena; 2. UFPE;

Introdução Malformações Arteriovenosas Pulmonares (MAVP) consistem em alterações vasculares que resultam num shunt entre os ramos da artéria e da veia pulmonar. Elas têm prevalência de 38:100.000 indivíduos, sendo que cerca de 50% dos casos são assintomáticos e, quando presentes, sintomas como dispneia, dor torácica, dessaturação súbita e hemotórax são, na maioria dos casos, secundários ao rompimento das MAVPs. As gestantes com MAVP são consideradas um grupo de alto risco com necessidade de acompanhamento multidisciplinar. Durante a gestação, ocorre um aumento do volume sanguíneo e do débito cardíaco, resultando na elevação do fluxo sanguíneo. Como consequência, o aumento de aneurismas e rupturas de MAVPs tornam-se muito mais frequentes nesse grupo de pacientes. O tratamento pode ser cirúrgico ou endovascular. O tratamento endovascular é uma alternativa menos traumática reservada a casos com até 3 MAVs. A cirurgia consiste na ressecção do parênquima acometido, é mais tradicional e tem se beneficiado das técnicas minimamente invasiva (VATS e RATS), que têm permitido bons desfechos com muito menos trauma ao paciente. Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino sem comorbidades prévias que, durante a 6ª gestação, evoluiu com quadro grave após a ruptura de MAVPs submetida a toracotomia aberta após cesárea de emergência. Após retirada de coágulos intratorácicos, a paciente evoluiu com dessaturação progressiva, com melhora imediata após clampeamento de artéria pulmonar para lobo inferior e interrupção de shunt. Relato de Caso R.C.C.N.S, 32 anos, gestante com 29 semanas, iniciou quadro súbito de taquidispneia, taquicardia, dor torácica e abolição de murmúrio vesicular em hemitórax direito (HTD). Descartado IAM e em suporte de O<sub>2</sub> via cateter nasal, Tomografia Computadorizada (TC) de tórax evidenciou derrame maciço em HTD com rechaçamento das estruturas mediastinais à esquerda, sendo realizada drenagem fechada com saída de líquido hemático. Todavia, os parâmetros clínico e hemodinâmico permaneceram instáveis, sendo realizado parto cesariano de urgência e internamento imediato de recém-nascido em UCI. Após procedimento, a paciente permaneceu grave com drenagem contínua de líquido hemático, sendo sedada e intubada. Realizou TC de tórax com contraste, que evidenciou múltiplos focos de extravasamento de contraste no lobo inferior direito (LID), sendo decidida pela realização de intervenção cirúrgica. Durante o procedimento, após a retirada de coágulos do interior da cavidade, a paciente evoluiu com queda progressiva de saturação com dificuldade de compensação durante ventilação monopulmonar. Nesse contexto, realizou-se o clampeamento do ramo da artéria pulmonar direita para LID, com recuperação imediata da saturação, indicando que grande parte do shunt era no LID, de maneira que optamos por prosseguir com a realização de Lobectomia inferior Direita. A paciente foi extubada com sucesso no 2º DPO, e o dreno retirado no 4º DPO. Após a extubação, a paciente evoluiu com melhora progressiva tendo alta da uti no 7º dpo. Cuidados intensivos e auxílio multidisciplinar com fisioterapia permitiram a boa recuperação da paciente.

Palavras-chave: Malformação Arteriovenosa Pulmonar , Hemotórax , Relato de Caso



**Relato de Caso: Tumorlets Carcinóides e Bronquiectasia Pulmonar, coincidência ou consequência?**

Otávio Roberto Agabes de Barros<sup>2</sup>; Adriane Amorim Porto<sup>2</sup>; Corina David Spíndola<sup>2</sup>; William Kendi Aoki<sup>2</sup>; Bernardo Nicola<sup>1</sup>; Alisson Henrique Barbosa Ramos Gonçalves<sup>1</sup>; Rafael Melo Tavares<sup>1</sup>;  
1. Hospital Esperança Recife; 2. UFPE;

Objetivos: Os Tumorlets são raros tumores neuroendócrinos, compostos por agregados celulares uniformes de diâmetro de até 0,5 cm e morfologia semelhante à de Carcinóides Típicos (CT). Apesar do reconhecimento da existência desse tumor há um longo período de tempo, o verdadeiro significado de tais lesões pré-invasivas ainda não é completamente compreendido, sendo um achado incidental e frequentemente associado a processos inflamatórios crônicos. O presente trabalho visa descrever o caso de uma paciente sem histórico de tabagismo na qual foram encontrados Tumorlets Carcinóides incidentais no interior de abscesso pulmonar localizado em bronquiectasia de lobo médio, bem como discutir a necessidade de mais estudos acerca desse achado, haja vista a possibilidade de ser um precursor de lesões malignas, como Carcinóides Típicos. Relato: M.E.C.L, 74 anos, com término recente de tratamento para tuberculose pulmonar, apresentou-se em consulta com queixa de tosse e sinusites de repetição. Trouxe consigo tomografia computadorizada (TC), que revelava bronquiectasia localizada em lobo médio. Após broncoscopia com cultura de secreção positiva para *Pseudomonas aeruginosa*, boa função pulmonar: CVF= 2,22 (81%), VEF1=1,54 (73%), DLCO= 67%, e discussão interdisciplinar com a pneumologista, decidiu-se pela realização de Lobectomia Média Videoassistida. Após nova TC, notou-se o surgimento de um abscesso no interior da bronquiectasia e, cerca de 1 mês após, a cirurgia foi realizada. O procedimento seguiu com paciente em decúbito lateral esquerdo, optando-se pela utilização de dois portais. Durante a cirurgia, foi visualizada a presença de múltiplas aderências em toda cavidade. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, com realização de lobectomia média e remoção de peça juntamente ao abscesso. O lobo médio apresentava dimensões 9,5 x 6,0 x 2,5 cm e pesava 41 g, sendo enviado para exame anatomopatológico. O estudo anatomopatológico revelou presença de Tumorlets carcinoides múltiplos, incidentais, de até 0,3 cm. Além disso, foi visualizado hematoma em organização, associado a bronquiectasias com exuberante inflamação crônica, folículos linfóides, mucoestase e áreas de pneumonia organizante. As margens brônquicas e vasculares não apresentaram alterações. Em consulta pós-operatória, apresentou-se com boa expansão pulmonar, sem presença de escape aéreo prolongado e com boa recuperação, afebril e eupneica em ar ambiente, sendo acompanhada ambulatorialmente em conjunto com pneumologista após alta.

Palavras-chave: Tumorlets Carcinoides , Bronquiectasia Pulmonar , Relato de Caso



**Ressecção de metástase em parede torácica e plástica reconstrutiva.**

*Roberto Bruno Lima de Medeiros<sup>2</sup>; Larissa Cavalcante Amora<sup>2</sup>; Hayato Augusto Hossoé Corrêa<sup>1</sup>; George Lucas Vieira Florêncio<sup>2</sup>; Pedro Henrique Cardoso Callou<sup>2</sup>; Lara Vasconcelos Cavalcante<sup>3</sup>; 1. ; 2. Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes; 3. Universidade de Fortaleza;*

Objetivo: Relatar caso cirúrgico com abordagem conjunta da Cirurgia Torácica e Cirurgia Plástica. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 55 anos, com queixa de dor torácica intensa e progressiva. Notou, também, presença de nodulações na região paraesternal direita com história de neoplasia mamária há 08 anos tratada com mastectomia à direita, esvaziamento axilar ipsilateral, quimioterapia e radioterapia. Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax em 18/03/24, revelando lesão invasiva em região esternal direita com extensão para articulações esternocostais da 4ª a 7ª costela ipsilateral, sugestiva de implante secundário. PET CT realizado em 08/04/24 confirmou lesão expansiva em parede torácica anterior direita paraesternal na altura de 4º e 6º junções costocostais sem planos de clivagem, medindo 5,3 x 5,0 x 3,2cm com extensão para pleura e tecidos gordurosos extrapleurais. Nesse contexto, paciente foi internada no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes para abordagem cirúrgica. Paciente em decúbito dorsal, teve abertura da caixa torácica com esternotomia e toracotomia à direita com identificação das lesões em corpo esternal e em 3º ao 7º arco costal com acometimento pleural próximo aos arcos costais supracitados, sendo realizada a ressecção em bloco, por meio de esternectomia parcial com preservação de manúbrio e costectomias bilaterais dos arcos costais acometidos, liberação de planos até tecido sadio macroscopicamente e aposição da tela de polipropileno, seguida de reconstrução da parede torácica com auxílio da Cirurgia Plástica que realizou avanço de retalhos para fechamento do defeito. Paciente evoluiu com estabilidade clínica no pós operatório, melhora importante das queixas álgicas e desmame completo de opióides. Apresentou redução de força em braço esquerdo, com movimentos da mão ipsilateral preservados. A Tomografia de crânio sem contraste realizada não apresentou alterações, sendo afastada causa central, sendo associada ao avanço de retalho muscular do peitoral esquerdo para fechamento do defeito. Recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial no 6º dia de pós operatório.

Palavras-chave: Metástase torácica , Esternotomia , Toracotomia , Ressecção de tumor , Reconstrução torácica



**Ressecção robótica de veia braquiocefálica direita por hemangioendotelioma epitelióide**

*Samuel Roque Alves<sup>1</sup>; Juliana Viera Salerno<sup>1</sup>; Isabele Alves Chirichela<sup>1</sup>; Davi Wen Wei Kang<sup>2</sup>; Fabio Eiti Nishibe Minamoto<sup>4</sup>; Paulo Manuel Pêgo-Fernandes<sup>5</sup>; Ricardo Mingarini Terra<sup>3</sup>; 1. HCFMUSP; 2. Hospital Israelita Albert Einstein; 3. Hospital Israelita Albert Einstein e Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - HCFMUSP; 4. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - HCFMUSP; 5. Instituto do Coração (Incor) - HCFMUSP;*

Objetivo: apresentar um caso raro de hemangioendotelioma epitelióide acometendo veia braquiocefálica direita tratado com ressecção cirúrgica por via robótica. Relato de caso: paciente masculino, 48 anos, em seguimento tomográfico periódico por tumor papilífero de tireoide, e em pós-operatório de tireoidectomia total em 2021, sem terapias adjuvantes, encaminhado à cirurgia torácica após achado de lesão suspeita em mediastino superior. O paciente não apresentava outras comorbidades, fazendo uso apenas de reposição de levotiroxina, e era assintomático. O exame tomográfico de tórax evidenciou lesão nodular de cerca de 2 cm, indeterminada, no aspecto medial e posterior da veia braquiocefálica direita (VBD). Complementação com (PET-CT/FDG) evidenciou discreta captação da lesão com SUVmax = 3,7 sem outras lesões captantes. Apesar de suspeita inicial de lesão secundária à neoplasia de tireoide, cintilografia de corpo inteiro e dosagem de tireoglobulina se mostraram normais. Após estudo com ressonância magnética para melhor caracterização da relação com o vaso, que não observou invasão vascular, optou-se pela abordagem cirúrgica por via robótica para diagnóstico e tratamento da lesão. Foi utilizada plataforma DaVinci Xi® com os braços do robô dispostos em 3 portais ao longo do 8º espaço intercostal (EIC) e um portal no 7º EIC anterior (Tip-up, Maryland, ótica de 0º e Cardiere de anterior para posterior), além de um portal acessório inferior para auxílio no 10º EIC, com paciente em decúbito lateral esquerdo. No intraoperatório, identificou-se a lesão nodular firmemente aderida à parede da veia, sem plano de clivagem bem definido. Após controle vascular e isolamento do nervo frênico direito, foi tentada liberação da lesão, sem sucesso. Congelação intraoperatória de fragmento do nódulo confirmou lesão de natureza neoplásica. Optado pela ressecção em bloco da lesão com o segmento da VBD. Procedeu-se com a dissecação cuidadosa proximal e distal do vaso e com a liberação de sua parede posterior para permitir margens adequadas, seguido de secção com grampeador de endoscópico ponta curva. O procedimento transcorreu sem intercorrências e o paciente evoluiu satisfatoriamente, sem sintomas relacionados à secção da VBD, como edema, dor ou parestesia de membro superior direito. O dreno de tórax foi retirado no 1º pós-operatório (PO) e o paciente recebeu alta hospitalar no 2º PO. Estudo anatomopatológico confirmou neoplasia de natureza epitelióide, com imuno-histoquímica positiva para marcadores de diferenciação endotelial (CD34, CD31 e ERG) e para CAMTA1, marcador da fusão dos genes WWTR1-CAMTA1, específica para hemangioendotelioma epitelióide.

Palavras-chave: Cirurgia robótica , Tumor de mediastino , Hemangioendotelioma epitelióide



**Revisão de conduta em fístula traqueoinominada após traqueostomia**

*Lívia Holanda Maia Cavalcanti; Emilly Fernandes Garcia Landeiro; Hermano José Moreira Gurgel Júnior; Thainá Facó de Castro; Maxmiliano Alves de Vasconcelos; Eide Macedo Sindeaux; Raimundo Luiz da Silveira Neto;*  
*Universidade Estadual do Ceará;*

Objetivo: Mapear as evidências existentes na literatura sobre as condutas mais efetivas em casos de fístula traqueoinominada após traqueostomia. Método: Trata-se de uma revisão de literatura sobre a produção científica a respeito das condutas em fístula traqueoinominada após traqueostomia. Realizou-se a busca nas bases de dados PUBMED, EMBASE e SCIELO com os seguintes descritores: “Brachiocephalic trunk” AND “Tracheostomy”. Os critérios de inclusão foram artigos que contemplassem o objetivo da pesquisa publicados em língua portuguesa ou inglesa no período de 2018 a 2024 e com textos completos disponíveis. Foram excluídos artigos que não versavam sobre a conduta. Resultados: A busca primária captou 170 referências. Destas, 31 se enquadraram nos critérios de inclusão e compuseram a presente revisão. Foi perceptível que a conduta inicial mais efetiva em casos de fístula traqueoinominada se dá primeiramente pela hiperinsuflação do balão da cânula, que permite o controle da hemorragia e previne a aspiração de sangue pelo paciente. Esse procedimento se demonstrou satisfatório, uma vez que esse sangramento é responsável pela ampla taxa de mortalidade nesse tipo de lesão. Caso o sangramento persista, deve-se dar prosseguimento realizando uma incisão cutânea acima do manúbrio com a compressão da artéria inominada com a ponta do dedo contra a parede posterior do esterno. A embolização transarterial, técnica em que é feita a interrupção do fluxo sanguíneo por meio da injeção de micropartículas, da artéria inominada também pode ser usada para o controle imediato da hemorragia, porém acarreta em um elevado risco de isquemia cerebral ou de infarto. Após cessar a hemorragia, deve-se dar prioridade a uma abordagem endovascular com a inserção de um stent, visto que esse manejo por via endovascular permite o controle rápido do sangramento e evita um procedimento mais invasivo, como a esternotomia mediana. Na técnica “Criss-Cross”, os stents recobertos são inseridos pelo acesso femoral esquerdo, começando na artéria inominada e terminando na carótida comum direita, se a abordagem for pelo lado direito o acesso é braquial. Em casos de sangramento extenso que dificulte a inserção do stent, recomenda-se a esternotomia mediana para ganhar acesso direto ao local da lesão. As técnicas envolvidas nesse procedimento objetivam a ressecção ou a reconstrução da área lesionada na artéria inominada bem como a correção da traquéia, por meio da sutura e da cobertura com um reforço tecidual vascularizado saudável. Também foi verificado que a utilização do exame ultrassonográfico na região do pescoço antes da realização da traqueostomia permite identificar a anatomia de veias e artérias vulneráveis com maior precisão, reduzindo as chances de lesão da artéria inominada. Conclusão: Considerando que tais condutas sejam realizadas satisfatoriamente, espera-se obter uma melhor recuperação do paciente e, dessa forma, reduzir os casos de morte por fístula traqueoinominada. Além disso, recomenda-se o uso do ultrassom no pré-operatório para evitar complicações relacionadas à traqueostomia.

Palavras-chave: Traqueostomia , Tronco braquiocéfálico , Fístula traqueoinominada , Conduta



**REVISÃO DE LITERATURA EM TRAQUEOMALÁCIA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

*Luca de Borba Pontes Memória; Isabella Maria Silva Monteiro; Lívia Holanda Maia Cavalcanti; Felipe Robert da Silveira Gomes; Maxmiliano Alves de Vasconcelos; Matheus Rocha Carvalho Mesquita; Raimundo Luiz da Silveira Neto; Universidade Estadual do Ceará;*

Objetivos: O objetivo do trabalho foi revisar a literatura dos aspectos diagnósticos e terapêuticos da traqueomalácia. Método: Trata-se de uma revisão de literatura sobre diagnóstico e conduta frente a traqueomalácia. Realizou-se a busca nas bases de dados PUBMED, com o seguinte descritor: “Tracheomalacia”. Os critérios de inclusão foram artigos que contemplassem o objetivo da pesquisa publicados com textos completos disponíveis. Resultado: A busca captou 336 referências. Destas, 6 compuseram a presente revisão. A traqueomalácia é uma condição que descreve uma fraqueza da traqueia. Os principais sintomas encontrados são: dispneia (63%) e tosse crônica com expectoração (49%). Apesar da falta de consenso nos critérios e na correlação com as manifestações clínicas, os avanços tecnológicos em imagem e broncoscopia intervencionista, possibilitaram avanços diagnósticos. O padrão de referência para diagnóstico tem sido a broncoscopia; no entanto, este método tem limitações. Os distúrbios expiratórios da traqueia são prontamente detectados pela TC com multidetectores de volume dinâmico quadridimensional (4D-CT), um método não invasivo. A imagem dinâmica das vias aéreas por TC aumentou o reconhecimento diagnóstico. Embora exista concordância moderada entre broncoscopia flexível e rígida para avaliação de traqueomalácia, podem haver diferenças na avaliação da gravidade. A US endobrônquica também pode ser uma ferramenta útil para a identificação de adultos com risco de traqueomalácia pós-op. Na literatura, encontrou-se algumas opções terapêuticas. Na população pediátrica, nos casos graves de TM, a intervenção mais comum é a aortopexia, mas outras opções incluem implante de stent endoluminal ou extraluminal, ventilação com pressão positiva de longo prazo e traqueostomia. Apesar das diferentes técnicas, o manejo cirúrgico da TM ainda é um problema desafiador. Na população adulta, encontram-se algumas opções terapêuticas: 1) A broncoscopia e a inserção de stent endoluminal levam a melhora significativa, mas com alto índice de complicações, como migração do stent, formação de tecido de granulação, fístula e parada do transporte mucociliar. Já o uso de stents endobrônquicos do tipo biodegradáveis requer monitoramento por possibilidade de complicações estenóticas. 2) A literatura também descreve casos de aplicação de stent externo com anéis cerâmicos biocompatíveis em paciente com restrições acentuadas do estilo de vida. Esses stents podem permanecer estáveis e podem fornecer uma solução adequada a longo prazo. Embora os stents venham a alcançar controle imediato dos sintomas, devido a complicações, normalmente não são opções a longo prazo. A literatura traz ainda tratamento com sucesso de TM por traqueoplastia realizada por toracoscopia, com ressecção do tecido traqueal posterior redundante, assim como abordagem transoral, que já foram relatadas de forma bem sucedida. Conclusão: A revisão literária traz a broncoscopia e TC dinâmica de vias aéreas como principais ferramentas diagnósticas. Entre as opções terapêuticas tem-se a aortopexia, a implantação de stents endoluminais, stens extra-luminais, a traqueoplastia por toracoscopia e transoral.

Palavras-chave: TRACHEOMALACIA , DIAGNOSIS , TREATMENT , TRAQUEOPLASTY , AORTOPEXY



***Ruptura traqueal iatrogênica pós entubação: ênfase no tratamento conservador. Série de casos***

Henrique José da Mota<sup>2</sup>; Hugo de Amorim Oliveira<sup>1</sup>;  
1. Hospital Walfred Gurgel - Sesap/RN; 2. Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

Objetivo: A ruptura traqueal iatrogênica pós entubação orotraqueal ou traqueostomia no manuseio das vias aéreas na emergência são lesões relativamente raras, com potencial de agravamento do quadro do paciente. O mecanismo da lesão permanece não muito esclarecido, podendo decorrer de laceração pela extremidade do tubo, de estilete mal posicionado ou hiperinsuflação do balonete; relatamos aqui uma série de casos, tratada de forma conservadora com traqueostomia, posicionamento da cânula no leito da lesão e insuflação regrada do balonete de vedação. Método: Análise de base de dados e revisão de prontuário de 10 (dez) pacientes; 7 femininos (70%), encaminhados à Unidade de cirurgia torácica do Hospital Walfredo Gurgel Natal/RN com suspeita de ruptura traqueal pós entubação de janeiro de 2013 a agosto de 2023. Pacientes com lesões traumáticas foram excluídos; coletamos dados demográficos, condições da entubação, topografia e tempo decorrido até o procedimento. Todos os paciente foram submetidos a endoscopia rígida e flexível sob anestesia tópica e sedação, em ventilação espontânea, para diagnóstico e avaliação da extensão da lesão. O Tratamento empregado consistiu de traqueostomia com posicionamento no leito traqueal de uma cânula plástica do maior calibre viável com posicionamento da extremidade distal sempre que possível abaixo da laceração, insuflação parcimoniosa do balonete de vedação e continuidade do suporte ventilatório. Resultados A idade dos pacientes avaliados variaram entre 24 e 85 anos, mediana de 74; a causa determinante da entubação foi rebaixamento do nível de consciência em 6 pacientes; SARA por sepse e edema pulmonar em 02, parada cardiorrespiratória e traqueostomia e em 1 cada. Em Todos os pacientes a lesão era longitudinal com localização posterior à direita na junção da parede membranosa com a cartilagem; em 05 pacientes a lesão se estendia até a origem do brônquio principal direito. A extremidade distal da cânula de traqueostomia ficou posicionada abaixo da lesão, exceto nos 5 pacientes nos quais a lesão se estendia até a origem do brônquio principal direito. Nenhum paciente requereu toracotomia para reparo da lesão. Três pacientes evoluíram para óbito, relacionados à sua condição subjacente, nenhum deles atribuído a progressão da lesão, pneumotórax e/ou dificuldade de ventilação; nos paciente sobreviventes documentamos cicatrização progressiva da lesão com resolução da ruptura e redução progressiva do enfisema mediastinal, mesmo naqueles nos quais a lesão se estendia até a origem do brônquio principal direito. Um paciente que evoluiu com derrame pleural teve boa resposta à drenagem pleural. Conclusões Houve predomínio de pacientes do sexo feminino, idade avançada e portadores de condições graves com necessidade de suporte ventilatório prolongado. A conduta conservadora com traqueostomia posicionada no leito da lesão guiada por broncoscopia resultou em evolução favorável da lesão em todos os pacientes mesmo naquelas em posição distal com extensão até a origem do brônquio principal.

Palavras-chave: traqueia , ruptura traqueal , taqueostomia



**SCHWANNOMA PLEURAL GIGANTE: UM RELATO DE CASO**

Carla Adriane Leite Melo<sup>2</sup>; Josefa Rosiane da Silva<sup>2</sup>; Álvaro Henrique de Sousa Figueiredo<sup>2</sup>; Maria Heloíse Claudino Lopes<sup>2</sup>; Débora Santos Umbelino de Farias<sup>2</sup>; Anne Izabelly Alves da Silva<sup>1</sup>; Carlos Alberto Almeida de Araújo<sup>2</sup>;

1. Hospital Universitário Onofre Lopes; 2. Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

Objetivo: O schwannoma pleural é uma condição bastante rara dentre as neoplasias da cavidade torácica. Esse tipo de tumor, em geral, tem aspecto benigno e é mais prevalente no sexo masculino, com progressão lenta e oligossintomática ou assintomática. Desse modo, o presente trabalho visa relatar um caso de um tumor de pleural com 22 cm em sua maior dimensão. Ademais, consiste em debater a abordagem diagnóstica e terapêutica, além da análise cirúrgica e histológica de tal patologia, bem como a correlação do quadro da paciente com a literatura, tendo em vista a complexidade e riqueza do caso. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 24 anos, buscou atendimento médico após apresentar quadro de dispneia progressiva associada a perda de peso importante - de 20 kg em, aproximadamente, 2 anos - chegando a pesar 34 kg. Ao exame físico, apresentava sinais de turgência jugular do lado direito, uso de musculatura acessória e sinais sugestivos de derrame pleural (sinal de Lemos Torres). Apresentava também uma maciez a percussão e murmúrios vesiculares abolidos, em todo hemitórax direito. Foi submetida a uma Ressonância Nuclear Magnética (RNM), que evidenciou volumosa massa expansiva sólida em hemitórax direito, de aproximadamente 4.017,7 cm<sup>3</sup>, pesando 4 kg. Foi realizada biópsia da tumoração e solicitada análise histopatológica, a qual demonstrou presença de neoplasia de células fusiformes em mioepitelioma, conferindo neoplasia mesenquimal benigna. Foi submetida à ressecção cirúrgica por meio de esternotomia mediana e bi-toracotomia anterior, onde foi visualizada lesão volumosa desviando mediastino para esquerda, com plano de clivagem. A lesão foi ressecada, sendo necessária também, a realização de segmentectomia no lobo inferior direito. Com a retirada total do tumor, foi solicitada análise imunohistoquímica para confirmação diagnóstica, evidenciando um Schwannoma com expressão de proteínas policlonais S-100 e SOX-10, pesando 4,3 kg. A paciente evoluiu com estado grave no pós-operatório na UTI, sendo submetida a traqueostomia cervical, além de suporte nutricional através de sonda de nutrição enteral (SNE). Após estabilização do quadro e desmame da ventilação mecânica, recebeu alta da UTI e permaneceu na enfermaria, totalizando 47 dias de internamento. Retornou para consulta de segmento 2 meses após o procedimento com boa evolução e recuperação da massa corpórea.

Palavras-chave: Schwannoma pleural, tumor gigante, mediastino



**Segmentectomia anatômica de nódulo subsólido com marcação pré-operatória: Relato de caso.**

*Stefany Stela Lima Silva<sup>2</sup>; Manoel Alves Mota Neto<sup>2</sup>; Thamiris Almeida Saraiva Leão<sup>2</sup>; Maria Luiza de Barros Sousa<sup>2</sup>; João Lucas Fernandes da Silva<sup>2</sup>; Maria Eduarda Cavalcante da Rocha<sup>2</sup>; Antero Gomes de Neto<sup>1</sup>; 1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Cirurgia Torácica; 2. Universidade Federal do Ceará;*

Objetivo: A segmentectomia anatômica para câncer de pulmão não pequenas células menor que 2 cm e com mais de 50% de componente sólido é considerada pela literatura como não inferior à lobectomia, quando avaliada a sobrevida global, sobrevida livre de doença, recorrência locorregional e à distância, além de proporcionar uma ligeira melhora da função pulmonar e maior chance de reoperação para um segundo tumor primário. Para que seja possível localizar precisamente os nódulos que são subsólidos, não se situam na periferia do pulmão ou estão próximos das regiões intersegmentares, a marcação pré-operatória é indispensável, mostrando-se segura e de fácil execução. O presente estudo objetiva relatar o caso de uma segmentectomia anatômica realizada por videotoracoscopia (VATS) de nódulo pulmonar subsólido, o qual foi marcado com fio-guia com ponta em espiral orientado por tomografia computadorizada (TC). Relato de caso: Paciente feminina, 69 anos, em acompanhamento de nódulo pulmonar subsólido em vidro fosco puro desde 2017, diagnosticado incidentalmente em exame de rotina. Após a descoberta do nódulo, passou a realizar TC de tórax anualmente e a última feita em abril de 2022 revelou aumento no volume da lesão (medindo 1,2 cm, anteriormente sendo 1,0 cm), situado no segmento basal ântero-medial do lobo inferior esquerdo (S8), além do surgimento de pequeno e discutível componente sólido (medindo 0,4 cm). Por isso, foi indicada a realização de cirurgia com exame de congelação. No pré-operatório, realizou exames complementares que incluíram pletismografia e exames cardiológicos, sendo todos normais. A ressonância magnética do crânio não demonstrou sinais de implantes secundários, e a ultrassonografia abdominal revelou cisto cortical do rim esquerdo. Foi indicada a segmentectomia anatômica por VATS do segmento S8, realizada imediatamente após a marcação do nódulo com fio-guia com ponta em espiral guiado por TC (Lung-Marker). A linfadenectomia mediastinal por vídeo das cadeias linfonodais 5, 7, 8, 10 e 11 foi efetuada e o exame de congelação de todos os linfonodos foi negativo para metástases. O exame de congelação do nódulo pulmonar confirmou o diagnóstico de carcinoma com margens de ressecção livres, e o histopatológico de adenocarcinoma invasivo, predominantemente acinar (60%), com crescimentos papilar (20%) e lepidico (20%), medindo 10,0 mm, com o componente invasivo de 9,0 mm. Não houve disseminação do tumor pelos espaços aéreos (STAS), e nem invasão de pleura visceral. O estágio patológico (8a Ed TNM) foi IA1 (pT1A, pN0). A paciente saiu de alta hospitalar no 3º dia de pós-operatório, sem complicações, e no 7º DPO realizou RX de tórax que revelou expansibilidade completa do pulmão operado. Segue no 24º mês em acompanhamento ambulatorial de rotina sem apresentar sinais de recidiva da neoplasia.

Palavras-chave: segmentectomia anatômica , nódulo pulmonar , marcação pré-operatória



**Segmentectomia devido a metástase de Mola Hidatiforme em paciente infantil.**

pedro farias euclides de aráújo<sup>1</sup>; gaslin bazin<sup>1</sup>; Ester Araújo Bady Casseb<sup>2</sup>; Lucas Rafael Genuíno de Sousa<sup>2</sup>; Ado Felipe Da Costa Melo<sup>2</sup>; Digelson Alves Cardoso Junior<sup>2</sup>; 1. UFCG; 2. UFCG;

Introdução: Este relato de caso está associado a uma mola hidatiforme incompleta em uma menina de 11 anos que leva a um acometimento pulmonar que exigiu cirurgia torácica. A mola hidatiforme normalmente surge de um óvulo fertilizado anômalo que se transforma nessa estrutura tumoral, a qual pode resultar em uma metástase como foi o caso. A mola pode ser benigna, sendo completa ou parcial, ou maligna. Resultados: Paciente de 11 anos se apresentou ao consultório de oncologia acompanhada da sua genitora com história de atraso menstrual e beta HCG positivo que se refere a um diagnóstico de gravidez, porém foi constatado em seguida um quadro de metrorragia após algumas semanas, o que foi resultado do abortamento, exigindo curetagem. Seus exames clínicos não apresentaram alterações significativas, tendo bom estado geral e estando descorada, hidratada, eupnéica e afebril. Discussão: Inicialmente foi dado o diagnóstico de mola hidatiforme incompleta, sendo realizado USG pélvico, identificando abortamento, o que exigiu curetagem. Então, foi feita TC de tórax como forma de estadiamento, constatando achado semelhante a cisto broncogênico no lobo superior esquerdo, tendo 1,5 cm, o que exigiria cirurgia. USG de abdome e radiografia de tórax não apresentaram alterações. A paciente se submeteu a cirurgia de toracotomia para ver a natureza do achado e retirá-lo, realizando segmentectomia da língula seguida de biópsia da língula, constatando processo inflamatório crônico com necrose caseosa com bandas parenquimatosas de natureza fibroatelectásica, o que consistia em metástase da mola hidatiforme, ou seja, algo diferente do esperado, sendo realizada quimioterapia. Paciente se recuperou e cicatrizou bem. Conclusão: Em conclusão, eis um caso raríssimo de metástase de mola hidatiforme incompleta para o pulmão em adolescente que exigiu cirurgia. Após procedimento de segmentectomia e sequências de quimioterapia, a paciente voltou a seu estado normal. Sabe-se que a cirurgia nesse caso foi realizada devido à amplitude da estrutura estranha encontrada no pulmão, a qual se assemelhava a um cisto nos exames de imagem, por isso foi necessário fazer a cirurgia, sendo que à biópsia foi visto que era uma metástase, o que foi resolvido com quimioterapia.

Palavras-chave: Mola hidatiforme , metástase pulmonar , segmentectomia



**SEQUESTRO BRONCOPULMONAR EM TOTALIDADE DE LOBO INFERIOR DIREITO COM DIAGNÓSTICO INICIAL DE MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA PULMONAR: RELATO DE CASO**

*Diogo Dias Ritter; Gabriel Torres do Nascimento Cirilo; Pedro Venâncio Coelho Lisboa Sousa; Victória Caroline Saraiva Dourado; Amon Alves Silva; Juarez Carlos Ritter; Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);*

**OBJETIVO** Relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, com 4 anos de idade, que seu sequestro pulmonar apenas foi diagnosticado durante o intraoperatório de uma lobectomia inferior direita cujo intuito original era tratar o até então diagnóstico firmado de malformação adenomatóide cística pulmonar (MAC), além de pontuar o curso clínico até o correto diagnóstico. **RESUMO** A paciente M.E.F.O., 4 anos, sexo feminino, natural e procedente do município de Matureia- PB, inicialmente buscou em meados de novembro de 2019 o auxílio médico, acompanhada de sua responsável e mãe, na atenção básica de sua cidade natal para os sintomas de febre não aferida, diarreia e tosse constantes, realizada antibióticoterapia não informada e antipiréticos. Sem melhora dos sintomas, recorreu-se aos serviços do Hospital Infantil Noaldo Leite (Patos - PB) em 29 de dezembro de 2019, recebendo o diagnóstico de pneumonia necrotizante, derrame pleural, enfisema pulmonar com desvio mediastinal e áreas de abscessos pulmonares após exame clínico e radiografia de tórax, sendo prontamente internada. No dia 31/12/2019, a jovem foi submetida à drenagem torácica, procedimento repetido no dia 05/01/2020. Na incapacidade de controlar o quadro clínico, optou-se pela transferência para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande em 09/01/2020. Na instituição, foi realizado TC de tórax em 12/01/2020, que evidenciou cavitação pulmonar basal à direita, nível hidroaéreo, desvio mediastinal à esquerda e consolidação pulmonar heterogênea basal à direita. A alta desse hospital ocorreu no dia 04/02/2020, com indicação de regulação para o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) em via de se realizar uma lobectomia inferior direita devido à hipótese diagnóstica de MAC, porém optou-se pelo acompanhamento clínico. Na data de 27/11/2020, foi realizada nova TC de tórax, cujos achados eram consolidações parenquimatosas e enfisema centrolobular no lobo inferior direito com múltiplas bolhas, normalidade do parênquima pulmonar e de sua distribuição vascular. Entre os dias 28/01/2021 a 04/02/2021, a paciente permaneceu internada no HULW para nova avaliação cirúrgica, porém se manteve o acompanhamento clínico, com diagnóstico consolidado até então em MAC. Em 22/05/2023, em acompanhamento no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), a paciente apresentou TC de tórax realizada em 19/09/2022, a qual apontava para uma MAC típica em todo o lobo inferior direito. Tais alterações congênitas, somadas à persistência de sintomas clínicos como tosse e dispnéia intermitentes, levaram à indicação de lobectomia inferior direita. No dia 07/06/2023, durante o intraoperatório da lobectomia, o caso clínico mostrou-se tratar, na realidade, de um sequestro pulmonar intralobar após o encontro de uma artéria que se originava da artéria aorta para irrigar o lobo pulmonar então sem comunicação bronquial com o do pulmão. O procedimento de lobectomia inferior direita foi concluído com sucesso, apresentando boa evolução nos meses subsequentes. Em última consulta no HUAC, em 08/01/2024, M.E.F.O apresentava apenas tosse e dor torácica na área da operação cirúrgica, porém sem mais relatos de pneumonias.

**Palavras-chave:** Sequestro Broncopulmonar , Malformação Adenomatóide Cística , Cirurgia Torácica , Pneumologia



***Simpatectomia Torácica a Céu Aberto versus Videocirúrgica no Brasil: Evolução e Panorama Atual (2014-2023)***

*José de Arimatéia Lacerda de Sousa<sup>2</sup>; Lara Conceição Marques de Sousa<sup>2</sup>; Larissa Furtado Abrantes<sup>2</sup>; Anna Carolina Vieira de Oliveira<sup>2</sup>; Paola da Costa Vieira<sup>2</sup>; Anna Luíza Soares de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>; Rafaelle Cavalcante*  
*de*  
*Lira<sup>2</sup>;*

*1. Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ; 2. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);*

OBJETIVO: Comparar o panorama atual das simpatectomias torácicas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro no período de 2014 a 2023. MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo, descritivo e quantitativo. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes a simpatectomias torácicas abertas e videocirúrgicas realizadas no Brasil entre 2014 e 2023. Foram analisadas variáveis como número de internações, custo total e médio das internações, média de permanência e taxa de mortalidade por região brasileira para cada técnica cirúrgica. RESULTADOS: Durante o período analisado, foram realizadas 8.481 simpatectomias, das quais 7.894 (93,08%) foram por videocirurgia e 587 (6,92%) a céu aberto. O ano de 2014 registrou o maior número de procedimentos. A região Sudeste realizou a maioria das simpatectomias, com 3.501 videocirurgias e 318 cirurgias a céu aberto. A média de permanência para simpatectomias a céu aberto foi de 3,1 dias, com a Região Sul apresentando a maior média (4 dias) e a Região Norte a menor (2,4 dias). Para a videocirurgia, a média de permanência foi de 1,6 dias, sendo a Região Centro-Oeste a maior (2,72 dias) e a Região Sul a menor (1,04 dias). A taxa de mortalidade foi maior em procedimentos a céu aberto (0,33%) comparado à videocirurgia (0,08%), destacando-se a Região Centro-Oeste com uma taxa de mortalidade de 2,63% nas simpatectomias a céu aberto. O gasto total com simpatectomias videocirúrgicas foi de aproximadamente 8,7 milhões de reais, com um custo médio de 1.108,56 reais por internação. Para a técnica a céu aberto, o gasto total foi de aproximadamente 602 mil reais, com um custo médio de 1.027,05 reais por internação. CONCLUSÕES: A maioria das simpatectomias foram realizadas por videocirurgia (93,08%), com o maior número de procedimentos ocorrendo em 2014. A região Sudeste destacou-se como a principal responsável pela realização dessas cirurgias, tanto na modalidade videocirúrgica quanto na aberta. Observou-se que o tempo médio de permanência hospitalar e a taxa de mortalidade foram superiores nas cirurgias a céu aberto, com uma diferença de 1,5 dias no tempo de internação e de 0,25% na mortalidade. O custo médio por internação para simpatectomias videocirúrgicas foi de 1.108,56 reais, representando um aumento de 81,50 reais em relação às simpatectomias a céu aberto, cujo custo médio foi de 1.027,05 reais. Portanto, os dados sugerem que a simpatectomia torácica por videocirurgia é uma opção preferível no SUS, devido à sua eficiência e segurança, apesar do custo ligeiramente maior. Esses insights podem auxiliar na otimização das práticas cirúrgicas e alocação de recursos no sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Simpatectomia torácica , Cirurgia minimamente invasiva , Cirurgia torácica



**SIMPATECTOMIA TORÁCICA VIDEOCIRÚRGICA E ABERTA: UM COMPARATIVO DA TAXA DE MORTALIDADE E DA MÉDIA DE INTERNAÇÃO NO BRASIL NA ÚLTIMA DÉCADA**

Lucas Eduardo Pinho Barcelos<sup>2</sup>; Yuri Felix Brandão<sup>1</sup>; Renato Aldo Mourão de Sousa<sup>2</sup>; José Fernando Muniz Clarindo<sup>2</sup>;

1. Universidade de Fortaleza (UNIFOR); 2. Universidade Estadual do Ceará (UECE);

OBJETIVOS: Analisar, de modo comparativo, a taxa de mortalidade e a média de dias de internação para a simpatectomia torácica videocirúrgica e aberta, no período de 2014 a 2023. MÉTODOS Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo analítico que utilizou dados secundários da plataforma "TabNet", disponibilizada pelo DATASUS. Nesse sentido, acessou-se o eixo "Assistência à Saúde", selecionando-se o tópico "Produção Hospitalar (SIH/SUS)". A seguir, selecionou-se "Brasil por Região e Unidade da Federação" como área de abrangência geográfica e o período "2014-2023"; além dos procedimentos "simpatectomia torácica videocirúrgica" e "simpatectomia torácica à céu aberto". RESULTADOS: No período de 2014 a 2023, foram realizadas 7.953 cirurgias de simpatectomia torácica videocirúrgica no Brasil, 6 delas resultando em óbito, definindo uma taxa de mortalidade de 0,08%. Já para a simpatectomia torácica aberta, foram realizadas 599, das quais 2 resultaram em óbito, apresentando uma taxa de mortalidade de 0,33%. Desse modo, infere-se que a técnica videocirúrgica apresentou uma taxa de mortalidade mais de quatro vezes menor em comparação com a técnica aberta no período destacado. Além disso, no que se refere ao tempo de recuperação, a técnica videocirúrgica apresentou uma média de 1,6 dias de internação pós-operatório, resultado 38,4% menor em comparação com a técnica aberta, que apresentou uma média de 2,6 dias de internação. A análise comparativa mostra uma forte concordância entre os dados fornecidos no texto e as evidências disponíveis na literatura científica. Ambos sugerem que a simpatectomia torácica videocirúrgica é associada a uma menor taxa de mortalidade e a um tempo de recuperação mais rápido quando comparada à técnica aberta. CONCLUSÃO: A simpatectomia torácica videocirúrgica apresentou taxas de mortalidade inferiores aos da simpatectomia torácica aberta, além de ter apresentado uma menor média de dias de interação. Isso revelou o potencial dos procedimentos minimamente invasivos na redução de óbitos por complicações dessas cirurgias, além de um menor tempo de recuperação pós-operatório, que diminuiria os custos de internação por esses procedimentos cirúrgicos realizados no contexto brasileiro.

Palavras-chave: simpatectomia, videocirurgia, taxa de mortalidade, internação, cirurgia aberta



***Sinais, sintomas e fisiopatologia da síndrome paraneoplásica decorrente do carcinoma de pequenas células pulmonar.***

*Moisés Ederlânio Tavares Araújo; Italo Renan Soares Cruz; João Victor Barreto Uchôa; Leonardo Paulo Leite de Oliveira; João Wellington Silva Queiroz; Emmanuel Vieira Carvalho Lima; João Nelson Pereira Fontelles; Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte ( Estácio IDOMED);*

O objetivo deste estudo é fornecer uma compreensão abrangente dos sinais, sintomas e fisiopatologia das síndromes paraneoplásicas decorrentes do carcinoma de pequenas células pulmonares, visando identificar as manifestações clínicas mais comuns e seus mecanismos patológicos subjacentes, com o intuito de melhorar o diagnóstico e o manejo dessas condições. A metodologia para este resumo inclui pesquisa em bases de dados científicas renomadas, como PubMed, MEDLINE e Cochrane Library. A pesquisa foi conduzida utilizando os seguintes termos de busca: "small cell lung carcinoma", "paraneoplastic syndrome", "signs", "symptoms", e "pathophysiology". A pesquisa incluiu artigos publicados nos últimos cinco anos para garantir informações atualizadas. Foram selecionados estudos que ofereciam revisões sistemáticas, ensaios clínicos e metanálises relevantes para o tema. A síndrome paraneoplásica de carcinoma de pequenas células do pulmão (CPPC) apresenta diversas formas de manifestação no organismo humano, como: síndrome de Cushing, Lambert-Eaton, secreção inadequada de hormônios antidiurético e outros. A manifestação de síndrome paraneoplásica do CPPC simula a Síndrome de Guillain-Barré, onde o paciente apresenta disestesia progressivas, com exames laboratoriais normais e detectando o anticorpo antinuclear – Anti-Hu, que é associado ao CPPC. O carcinoma de pequenas células é constituído histologicamente de citoplasma escasso e nucléolo ausente ou imperceptível, clinicamente se apresenta em regiões mais centrais do pulmão e com uma taxa de evolução rápida e são os mais relacionados a síndromes paraneoplásicas. É importante salientar que o tabagismo e regiões industrializadas representam quase por completo todos os casos de CPPC. A disseminação pelo sistema linfático se mostra um fator importante na evolução do curso da doença, como também alterações no sistema vascular podem desempenhar papel fundamental na sintomatologia. Resultados obtidos demonstram que a demora para o organismo desenvolver sintomas retarda o diagnóstico clínico, com isso, piora o prognóstico de cura do paciente. As disfunções no sistema neurológico, em virtude da síndrome paraneoplásica, são relativamente comuns, ocorrendo com quadros de encefalomielite, degeneração cerebelar, neuropatia autonômica dentre outras. Com isso, mostra-se que a qualidade de vida do paciente acometido é severamente reduzida, como também, a piora da sintomatologia dele. Resultados obtidos mostram que patologias autoimunes podem ser diagnósticos diferenciais para a síndrome paraneoplásica, o que dificulta ainda mais um diagnóstico preciso e corrobora na redução da expectativa de vida do paciente acometido. Conclui-se que a industrialização desenfreada com a falta de fiscalização de processos industriais prejudiciais à saúde humana, como também, o aumento do consumo de cigarro pode ter ajudado a disseminar o aumento dos casos de CPPC na população. Observa-se que, devido a sintomatologia tardia, há retardo na procura por atendimento médico, assim como as manifestações inespecíficas podem levar a um diagnóstico clínico tardio, o que atrasa o tratamento e piora o seu prognóstico.

Palavras-chave: Carcinoma de pequenas células pulmonares , Síndromes paraneoplásicas , Patofisiologia



***Síndrome Medular por Tumor de Askin - Um relato de caso***

*Filipe Caetano Siqueira<sup>3</sup>; Maria Clara Duarte de Figueirêdo<sup>1</sup>; Igor Mapurunga Pinheiro<sup>1</sup>; Júlia Virgínia chaves de freitas<sup>2</sup>; Janaína da Silva Feitoza Palacio<sup>1</sup>; André Costa Ferreira de Oliveira<sup>1</sup>; João Victor Cavalcante Alves<sup>3</sup>;*

*1. Centro Universitário Cristus - UNICHRISTUS; 2. hospital geral de fortaleza; 3. Universidade Federal do Cariri;*

Objetivo: Os tumores mediastinais são divididos por sua topografia em: anterior, médio e posterior. No mediastino posterior, existem tumores decorrentes do sistema neuroectodérmico periférico que, na sua forma maligna, são chamados de Neuroepitelioma ou Tumor de Askin. Estes acometem predominantemente crianças e jovens, com comportamento semelhante nos diferentes grupos etários, podendo manifestar-se clinicamente com dor torácica e gerar repercussões neurológicas devido ao efeito de massa ou em virtude da infiltração medular pelas células tumorais, causando a síndrome medular, que cursa com déficits sensitivos e motores abaixo do nível da lesão. Na literatura, são descritos poucos casos de neoplasia por tumores neuroectodérmicos com grande parte tendo desfecho desfavorável e alta mortalidade. Logo, faz-se necessário atenção da comunidade médica para o diagnóstico precoce, uma vez que é possível realizar intervenções cirúrgicas antes do acometimento de estruturas nobres. Apresentação: RGM, 25 anos, masculino, tabagista, usuário de maconha e etilista social, histórico familiar de avô com linfoma. Há 9 meses, iniciou quadro de dor torácica, dispneia e tosse, procurando UPAs diversas vezes, sem diagnóstico de quadro e sendo realizada analgesia e antibioticoterapia, sem resolução. Evoluiu com agravamento de quadro inicial, além de dormência em MMII e dificuldade de deambulação. Foi realizado raio-x de tórax em que foi visto grande massa mediastinal em porção média posterior à direita. Paciente foi encaminhado e internado no HGCC, apresentando, após 1 dia de internação, quadro súbito de paraplegia abaixo da cicatriz umbilical, quando foi reavaliado por TRR do hospital e, então, encaminhado para HGF, onde foi realizado em 09/02 procedimento de laminectomia em D5 de urgência. Seguiu internamento com investigação diagnóstica, realizando exame de imagem onde foi visualizada massa tumoral de 18cm em seu maior eixo longitudinal, em região intratorácica posterior à direita, infiltrando coluna vertebral, acometendo corpos D4-D6, insinuando-se ao canal central com estenose raquiana e mielopatia espinhal segmentar. Avaliado pelas equipes de cirurgia torácica em conjunto com neurocirurgia para realização de procedimento. Apresentou ainda, em internação, episódios de hipoxemia e tosse, sendo necessário controle de processo infeccioso pulmonar antes da abordagem cirúrgica. Após estabilização, foi submetido a Ressecção de tumor de mediastino + Pneumorrafia + Toracostomia Direita + Microcirurgia de Lesão Intramedular com ressecção completa R0 da lesão em 01/03. Evoluiu no 1º DPO com hemotórax, levando à hipotensão e queda de hemoglobina, necessitando de nova abordagem cirúrgica para tratamento de coágulos retidos e revisão de hemostasia, sendo identificado sangramento em leque oriundo do leito tumoral. Após o segundo procedimento, evoluiu com redução gradativa do débito do dreno torácico, que foi retirado em 14/03, recebendo alta. O Resultado de biópsia demonstrou Neoplasia Maligna de Pequenas Células Redondas, sugestivo de tumor Neuroectodérmico. Hoje, segue em acompanhamento ambulatorial apresentando apenas sequela de paraplegia, sem demonstrar outros déficits.

Palavras-chave: Tumor de Askin , Síndrome medular , Cirurgia Torácica



**TIMOMA MICRONODULAR COM ESTROMA LINFÓIDE – UMA RARÍSSIMA NEOPLASIA MEDIASTINAL**

Philippe Chaves Winter<sup>4</sup>; Marina Barela Braga de Oliveira<sup>3</sup>; Bruno Andrade Horta<sup>2</sup>; Ana Karen Alves<sup>2</sup>; Eduardo Barreto Rosa<sup>2</sup>; Gustavo Santana Esperidião<sup>2</sup>; Diana Neves Ladeia<sup>1</sup>; 1. Hospital da Polícia Militar de Minas; 2. Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais; 3. Hospital Mater Dei; 4. Hospital Vila da Sera - Oncoclínicas;

Introdução - Os timomas são tumores raros do mediastino anterior. Apresentam etiologia e fatores de risco desconhecidos e correspondem a 20-30% das massas mediastinais em adultos. Esses tumores incidem principalmente na 5ª e 6ª décadas de vida, são indolentes e geralmente apresentam-se de forma benigna. Dentro os tipos mais raros há o timoma micronodular com estroma linfóide (TMEL), existindo apenas 76 casos relatados na literatura. Apresenta-se microscopicamente por numerosos nódulos epiteliais de morfologia fusiforme, envoltos por estroma linfóide, com folículos linfóides e centros germinativos proeminentes. Objetivo – Realizar breve revisão de literatura de paciente acometido por TMEL mediastinal. Relato de caso - Paciente do sexo masculino, 71 anos de idade, tabagista e portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Realizou Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax, na qual foi evidenciado nódulo sólido em mediastino anterior, com moderado realce homogêneo pelo agente de contraste, apresentando contornos multilobulados, medindo 3.6 x 2.9 x 3.4 cm. Encontrava-se assintomático. Submetido então a videotoracoscopia com exérese de tumoração ovóide envolta por delgada cápsula. Microscopicamente, a lesão foi descrita como uma neoplasia constituída por proliferação de células epiteliais fusiformes, sem atipias nucleares significativas ou atividade mitótica, formando ninhos e mantos compactos permeados por estroma linfóide abundante, constituído por pequenos linfócitos sem atipias e exibindo ocasionalmente a formação de folículos linfóides. O paciente teve uma internação sem intercorrências e recebeu alta sem complicações. Discussão - O TMEL trata-se de um subtipo raro, correspondendo a cerca de 1% dos casos de timoma. A literatura aponta que esse tipo de tumor acomete principalmente idosos do sexo masculino (idade média de 64 anos, sem relatos de diagnóstico antes dos 40 anos). Na maioria dos casos, é assintomático. Contudo em 5% dos casos manifesta-se pela ocorrência de miastenia gravis e em 9% dos casos relacionado a outras doenças autoimunes como aplasia de medula. Em geral, o seu diagnóstico é feito pela combinação de características clínico-patológicas, radiológicas e exclusão de outros tipos histológicos de timoma. O TMEL apresenta crescimento indolente, de forma que 95% dos casos são diagnosticados em estadios I ou II e não existem relatos de recorrência após ressecção cirúrgica ou presença de metástases à distância. Os portadores desta neoplasia apresentam um prognóstico favorável, sendo classificado pela OMS como um tumor benigno com somente um caso de morte descrito na literatura. Conclusão - O TMEL é um tipo raro de timoma. Apresenta crescimento indolente e comportamento benigno. O paciente, três anos após ressecção cirúrgica da massa tumoral, apresenta-se sem recorrência e segue em acompanhamento oncológico.

Palavras-chave: Timoma , Tumor mediastinal , Videotoracoscopia



**Toracectomia Complexa com Retalho de Músculo Grande Dorsal em Ressecção de Tumor de Parede Torácica: Relato de Caso**

CAIO MENDONÇA DE VASCONCELOS AGUIAR<sup>3</sup>; ARTHUR DOS SANTOS SENA<sup>3</sup>; RODRIGO SIMÕES DUARTE SEVERIANO<sup>3</sup>; DUILIO CABRAL DA COSTA NETO<sup>1</sup>; VICTOR SOARES GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; DIEGO MONTARROYOS SIMÕES<sup>1</sup>; GUILHERME FERREIRA SEDICIAS<sup>2</sup>;  
1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO; 2. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA; 3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO;

Objetivo Relatar caso de toracectomia complexa com retalho de músculo grande dorsal em ressecção de tumor de parede torácica. Relato de caso Paciente sexo masculino, 31 anos, apresentando o aparecimento de tumoração em região esternal, há cerca de 1 ano do primeiro atendimento ambulatorial com equipe de Cirurgia Torácica. Relatou início de lesão como uma mancha, que aumentou progressivamente de tamanho. Negou perda de peso, dispneia, ou demais sintomas. RNM de Parede Torácica realizada previamente evidenciou uma lesão sólida, sem irregularidades, na linha média, ao nível do plano da articulação esterno-clavicular, estendendo-se até o terço superior do corpo esternal, mantendo íntima relação com porções do músculo peitoral maior, medindo 9,3 x 7,3 x 4,1 cm. Optou-se pela realização de biópsia da lesão da parede torácica, com envio da peça cirúrgica para análise histopatológica e imunohistoquímica, que evidenciou sarcoma fusocelular de baixo grau. Em reunião multidisciplinar com presença de equipes de oncologia torácica, pneumologia, cirurgia torácica e radioterapia, foi optado pela remoção cirúrgica da lesão, através de toracectomia complexa. Realizado planejamento cirúrgico com equipe de cirurgia torácica e cirurgia plástica, considerando tamanho do tumor, sendo procedida toracectomia complexa com ressecção parcial de músculo peitoral maior e menor, bilateralmente, visualização da tumoração, sem sinais aparentes de invasão ou contato com costelas e esterno; prosseguida ressecção de lesão, seguida de dissecação de retalho dorsal contendo pele, subcutâneo e músculo latíssimo dorsal, sendo feito de túnel por baixo do músculo peitoral maior, próximo à axila esquerda, até área de ferida da ressecção do tumor, realização de round-block diminuindo a circunferência da ferida torácica, sutura do músculo latíssimo do dorso com peitoral maior, realização de pequeno retalho epigástrico para fechamento da ferida e inserção de dreno de Blake nº 19, procedimento realizado sem intercorrências. Paciente obteve alta no 4º DPO.

Palavras-chave: Tumor de Parede Torácica , Toracectomia Complexa , Retalho miocutâneo , Cirurgia Torácica



**Toracotomia versus Videotoracoscopia no Sistema Único de Saúde brasileiro: Evolução e Panorama Atual (2019-2023)**

José de Arimatéia Lacerda de Sousa<sup>3</sup>; Larissa Furtado Abrantes<sup>3</sup>; Lara Conceição Marques de Sousa<sup>3</sup>; Bianca Araújo Fernandes Veras<sup>3</sup>; Paola da Costa Vieira<sup>3</sup>; Anna Luíza Soares de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>; Francisco Matheus Tavares Fernandes<sup>2</sup>;  
1. Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ; 2. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomas (HM); 3. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

OBJETIVO: Caracterizar comparativamente o panorama atual da toracotomia e da videotoracoscopia no Brasil no período de 2019 a 2023. MÉTODO: Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo, de caráter descritivo e quantitativo. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes aos procedimentos de toracotomia (consolidado a partir das categorias - toracotomia exploradora; toracostomia com drenagem pleural fechada; toracotomia/mediastinostomia exploradora com ressecção completa ou incompleta do tumor intratorácico) e de videotoracoscopia realizados no Brasil entre 2019 e 2023. Foram analisadas as variáveis: caráter do atendimento (eletivo e urgência), quantidade de internações, valor total e médio do custo de internações, média de permanência e taxa de mortalidade por região brasileira para cada técnica cirúrgica. RESULTADOS: Entre 2019 e 2023, foram realizadas 238.010 toracotomias, das quais 92,24% foram de urgência e 7,65% eletivas. O total de internações para toracotomias foi de 238.010, predominando na região Sudeste (86.970) e no ano de 2022 (52.976), enquanto o menor número de atendimentos foi na região Norte (15.195) e em 2020 (42.966). O valor total gasto em toracotomias foi de aproximadamente R\$850 milhões, com um custo médio por internação de R\$3.573. A média de permanência hospitalar foi de 8,7 dias, com uma taxa de mortalidade média de 16,16%. Para as videotoracoscopias, foram realizados 5.072 procedimentos, dos quais 55,75% foram de urgência e 44,24% eletivos. No mesmo período, ocorreram 4.947 internações para videotoracoscopia, com predominância na região Sudeste (2.163) e no ano de 2019 (1.087), enquanto o menor número foi na região Norte (32) e em 2021 (910). O valor total gasto com videotoracoscopia foi aproximadamente R\$9,6 milhões, com um custo médio por internação de R\$1.943. A média de permanência hospitalar foi de 7 dias, com uma taxa de mortalidade de 5,03%. CONCLUSÕES: A maioria das toracotomias foram realizadas em caráter de urgência, enquanto as videotoracoscopias apresentaram uma distribuição mais equilibrada entre procedimentos eletivos e de urgência, com um leve predomínio de urgências. A região Sudeste destacou-se na realização do maior número de toracotomias e videotoracoscopias. O maior número de toracotomias ocorreu em 2022, enquanto 2019 registrou o maior número de videotoracoscopias. Em termos de custo, a toracotomia apresentou um valor médio de internação superior ao da videotoracoscopia. Estes dados sugerem que, apesar da videotoracoscopia ser menos onerosa e associada a uma menor taxa de mortalidade, a toracotomia permanece sendo amplamente utilizada, especialmente em situações de urgência. Esses insights são fundamentais para a otimização das práticas cirúrgicas e a alocação de recursos no sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Toracotomia , Cirurgia minimamente invasiva , Cirurgia Torácica



**Transecção cricotireoidea por linha de cerol: Um relato de caso**

Anna Luíza Soares de Oliveira Rodrigues<sup>1</sup>; Mariele Pereira Bragante Rocha<sup>1</sup>; Luanna Nascimento de Azevedo Castro<sup>1</sup>; Isabela Fernandes Scabello<sup>1</sup>; José de Arimatéia Lacerda de Sousa<sup>3</sup>; Rafael Lucas Costa de Carvalho<sup>2</sup>; David Paes de Lima<sup>2</sup>;  
1. Centro Universitário de João Pessoa; 2. HCFMUSP; 3. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

Introdução: As lesões ocasionadas por linha com cerol acometem, em quase sua totalidade, indivíduos do sexo masculino e são especialmente graves em motociclistas, sendo a região cervical a área mais frequentemente afetada. Objetivo: Relatar um caso de um trauma cervical destacando aspectos clínicos importantes, abordagem diagnóstica e terapêutica. Metodologia: Relato de caso de paciente atendido em um hospital de trauma de João Pessoa, por meio de análise de prontuário e revisão bibliográfica com base de dados Pubmed. Discussão: Paciente do sexo masculino, 26 anos, sem comorbidades prévias, deu entrada em pronto atendimento com lesão cortante extensa em região cervical por fio de cerol levando a acidente de moto, com transecção de 60% da circunferência da traqueia, associada à lesão de vasos superficiais do pescoço e secção completa de toda musculatura cervical anterior, incluindo os músculos esternocleidomastoideos, com exposição da artéria carótida e veia jugular interna bilateralmente. Ao exame físico, paciente deu entrada com Glasgow de 15, respirando espontaneamente através da lesão cervical exposta, sem sinais de sangramento ativo vultoso. Foi realizado uma exploração cervical cirúrgica com revisão de toda hemostasia, reconstrução de toda musculatura do pescoço, tireoidocricoplastia com fios de vicryl em pontos separados, traqueostomia, no 3º anel traqueal, de proteção, e juntamente com um dreno de sucção. Durante o seguimento clínico, o paciente evoluiu bem, sem queixas respiratórias, sendo submetido a uma broncoscopia de controle no 5º dia de pós-operatório com achado de linha de sutura completamente cicatrizada, sem sinais de desabamento ou estenose sendo realizado decanulação, retirada do dreno e alta hospitalar. Conclusão: A região cervical é a mais acometida e a com maior índice de morbimortalidade, visto que seus ferimentos profundos estão associados a lesões da traqueia, veias jugulares e de artérias carótidas bilateralmente. Neste cenário, urge a adoção de medidas socioeducativas mais efetivas nas escolas e espaços comunitários, bem como, ações fiscalizadoras mais contundentes no combate ao uso das linhas com cerol. Ademais, como forma de prevenção de lesões provocadas pelo material supramencionado, é necessário incentivar os motociclistas a utilizarem o aparador de linha antenna corta-pipas.

Palavras-chave: TRAUMA , CEROL , CERVICAL



**TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIPERIDROSE**

*Moisés Ederlânio Tavares Araújo; Otávio Morais Tavares; Geovanna Félix Carvalho Freire; Yarlla Cruz Silva; Thomaz Guilherme Gomes de Lima; Bárbara Pereira Luna; Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte ( Estácio IDOMED);*

O presente trabalho visa avaliar a eficácia da simpatectomia torácica e do seu impacto na qualidade de vida dos pacientes, comparando as diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas, além das possíveis complicações e efeitos adversos associados. A metodologia envolve uma revisão de literatura através da base de dados PubMed. Os critérios de inclusão foram definidos para selecionar artigos publicados nos últimos cinco anos que se enquadram nas seguintes categorias: ensaios clínicos, estudos randomizados controlados, revisões e revisões sistemáticas. O descritor utilizado para a pesquisa foi "thoracic surgical treatment of hyperhidrosis". A hiperidrose é uma condição caracterizada por sudorese excessiva, além do necessário para a regulação térmica, e sem causas conhecidas, como aumento de temperatura ou estímulos mentais, e que acomete principalmente as regiões axilar e palmar. Esse distúrbio complexo do sistema nervoso autônomo envolve as vias simpáticas e parassimpáticas, impactando significativamente a qualidade de vida dos pacientes, além de prejudicar suas atividades ocupacionais e interações sociais. Tal patologia pode ser tratada por meios cirúrgicos e não cirúrgicos. Os tratamentos não cirúrgicos incluem antiperspirantes tópicos, loções tópicas, medicamentos orais (como anticolinérgicos) iontoforese e botox. Por sua vez, os tratamentos cirúrgicos envolvem terapia por micro-ondas, remoção das glândulas sudoríparas e simpatectomia (utilizando abordagens toracoscópica, robótica, transtorácica, transaxilar, supraclavicular cervical ou posterior torácica). A simpatectomia, que envolve a remoção ou secção do nervo simpático, apesar de eficaz, com elevadas taxas de satisfação, apresenta riscos, quais sejam: sangramento, infecção, dor, sudorese compensatória, colapso pulmonar, dano a nervos ou vasos sanguíneos e até Síndrome de Horner. Devido a isso, é recomendada apenas para pacientes com sudorese extrema que não responderam a outros tratamentos. Além disso, é válido ressaltar que a simpatectomia torácica videotoracoscópica é a mais utilizada, haja vista a menor intensidade de dor pós-operatória, a redução do tempo de hospitalização e os bons resultados estéticos, sendo ainda altamente eficaz para a hiperidrose primária das regiões palmar, facial e axilar. Contudo, a sudorese compensatória (SC) é o efeito colateral mais frequente e temido, sendo caracterizada pelo aumento da sudorese em áreas distais ao nível da simpatectomia, como abdômen, tronco, nádegas ou coxas, anteriormente não acometidas. Em razão disso, é considerada a principal causa de insatisfação dos pacientes a longo prazo. Outrossim, a SC também é o principal motivo de desistência da cirurgia e, até o momento, não existem tratamentos totalmente válidos para esse efeito adverso. Dessa forma, é evidente que o tratamento cirúrgico da hiperidrose deve possuir indicações claras, como em pacientes não responsivos aos tratamentos tópicos e orais. Portanto, nota-se que a SC é uma complicação importante que deve ser alertada para todos os pacientes, uma vez que o grau de satisfação pós-operatório reduz com o surgimento desse distúrbio.

Palavras-chave: Simpatectomia torácica , Hiperidrose , Sudorese compensatória



***Tratamento Cirúrgico da Malformação Adenomatóide Cística Pulmonar Congênita: Uma Revisão de Literatura***

*Ana Livia Felipe Dias; Elise Ito Martins de Souza; Emília Nogueira Mendes; Gabrielle Gadelha Costa; Gustavo Lopes Teixeira; Sofia Ponte Aguiar; Universidade de Fortaleza;*

Objetivo: Analisar o tratamento cirúrgico nos casos de malformação adenomatóide cística pulmonar congênita. Método: O presente trabalho é uma revisão de literatura, na qual se utilizou artigos da base de dados Pubmed. Foi feita uma busca pelas palavras-chave “Cystic Adenomatoid Malformation of Lung”, “Congenital” e “Thoracic Surgery”, com uso do operador booleano “AND”. Filtrando apenas artigos disponíveis gratuitamente, publicados nos últimos 10 anos, em humanos e excluindo preprints, foram obtidos 35 resultados, dos quais, após seleção criteriosa de acordo com o tema e exclusão de duplicatas, utilizaram-se 7 para essa revisão. Resultados: A Malformação Adenomatóide Cística Congênita (MACC) é uma condição pulmonar fetal rara caracterizada por áreas císticas nos pulmões e crescimento adenomatoso dos bronquíolos terminais. A ultrassonografia fetal e ressonância magnética são utilizadas para diagnóstico. Aproximadamente, 50% dos indivíduos com MACC se apresentam assintomáticos após o nascimento, entretanto, o restante pode apresentar quadros como desconforto respiratório, falta de ar, pneumonia e anomalias cardíacas. Pequenas lesões podem permanecer assintomáticas por um longo período, sendo diagnosticadas tardiamente. Algumas das complicações comuns a maioria dos pacientes são infiltração pulmonar não resolvida, pneumonia recorrente, pneumotórax ou derrame pleural. O tamanho da lesão, o grau de subdesenvolvimento do pulmão e a presença de anomalias congênicas associadas influenciam na determinação do prognóstico pós-natal e da necessidade de intervenção. Pacientes com desvio mediastinal e reduções significativas nos volumes pulmonares contralaterais apresentam bons preditores para ressecção pulmonar de emergência pós-natal. A necessidade de cirurgia precoce durante o período neonatal ainda gera controvérsias, mas é consenso que a intervenção cirúrgica, realizada por via aberta ou toracoscópica, é considerada o padrão de cuidado para os casos sintomáticos. Nesse sentido, a lobectomia VATS (video-assisted thoracoscopic surgery) é uma alternativa a toracotomia convencional, no entanto, a técnica se mostra mais desafiadora em crianças devido às suas pequenas cavidades torácicas e espaços intercostais estreitos. Sob esse viés, o planejamento cirúrgico cuidadoso e a escolha da técnica mais adequada são fundamentais para melhores resultados e uma recuperação satisfatória. A lobectomia tem ótimos resultados a longo prazo, com a maioria das crianças apresentando função pulmonar normal. Conclusões: Assim, evidencia-se que a malformação adenomatóide cística pulmonar congênita (MACC) é uma condição rara, variável e complexa. Embora exista um padrão de cuidado bem definido para os casos sintomáticos, ainda existem debates acerca de sua indicação em pacientes assintomáticos. Além disso, ainda são necessárias maiores pesquisas sobre as abordagens cirúrgicas utilizadas, em relação a segurança e eficácia, de modo a reduzir a chance de complicações e a melhorar os resultados a longo prazo.

Palavras-chave: Malformação Adenomatóide Cística Congênita, Intervenção cirúrgica, Malformação Pulmonar, Técnicas cirúrgicas



***Tratamento de Ferimento Torácico Penetrante por Arma Branca: Um Relato de Caso***

*Letícia Lima Leite<sup>2</sup>; Luiz Tito Augusto de Medeiros Jácome<sup>2</sup>; Herbert Felix Costa<sup>1</sup>;  
1. Instituto Dr José Frota; 2. Universidade de Fortaleza;*

Objetivo Descrever o manejo e a evolução clínica de um paciente jovem vítima de perfuração torácica por arma branca, destacando os desafios e intervenções realizadas desde o atendimento inicial até a recuperação pós-operatória. Relato de caso Paciente masculino de 27 anos, sem comorbidades, sofreu perfuração por arma branca no hemitórax esquerdo. Chegou ao hospital do interior instável com o objeto ainda alojado. Foi intubado, teve drenagem torácica e foi transferido para hospital de referência. No hospital de referência, estava estável com dreno torácico bem posicionado. Tomografia revelou o objeto transfixando a parede torácica e lobo superior esquerdo, com hidropneumotórax. No dia seguinte, o paciente foi submetido à toracotomia exploratória, com remoção do objeto, hemostasia e rafia pulmonar realizadas. No pós-operatório, as tentativas de extubação foram dificultadas pelo rebaixamento do nível de consciência, sendo bem-sucedida apenas após 48 horas. A retirada da sedação também foi gradual, com o paciente apresentando melhora do estado de consciência apenas no 5º dia de internação. Observou-se quadro febril no primeiro dia pós-operatório, e o dreno torácico permaneceu ativo com débito sanguinolento até o 6º dia, evoluindo para serossanguinolento posteriormente. O paciente recebeu alta hospitalar após 10 dias, permanecendo internado apenas para aguardar transporte. No dia seguinte, o dreno torácico foi removido e o paciente foi liberado com exames de controle que demonstravam a efetividade do procedimento cirúrgico, ausência de sinais de infecção e boa recuperação clínica. Discussão O manejo de ferimentos torácicos penetrantes exige uma abordagem multidisciplinar e ágil, especialmente em casos de instabilidade hemodinâmica. A estabilidade inicial do paciente foi alcançada por meio de intubação e drenagem torácica no hospital de origem, seguido de transferência para um centro de referência. A toracotomia exploratória foi crucial para a remoção segura do objeto e controle do sangramento. A sedação prolongada e o quadro febril no pós-operatório imediato indicam a complexidade do manejo anestésico e infeccioso nesse tipo de trauma. A drenagem torácica efetiva foi fundamental para evitar complicações como hemotórax e pneumotórax persistentes. A evolução favorável do paciente, com alta hospitalar e ausência de sinais de infecção, ressalta a importância do atendimento especializado e da monitorização contínua em unidades de trauma. Este caso ilustra a necessidade de protocolos bem estabelecidos e a eficácia do tratamento multidisciplinar no manejo de traumas torácicos graves.

Palavras-chave: Hidropneumotórax , Parede Torácica , Ferimentos Perfurantes , Toracotomia



**TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS APÓS TRANSPLANTE CRÍTICO DE PULMÃO NO SUS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**

Larissa Furtado Abrantes<sup>2</sup>; Bianca Araújo Fernandes Veras<sup>2</sup>; Kayron Ayslan de Abreu Lacerda<sup>2</sup>; Paola da Costa Vieira<sup>2</sup>; José de Arimatéia Lacerda de Sousa<sup>2</sup>; Elisangela Villar de Assis<sup>2</sup>; Hugo de Amorim Oliveira<sup>1</sup>; 1. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Natal/RN; 2. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG);

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos em decorrência do tratamento de intercorrências após transplante crítico de pulmão no Sistema Único de Saúde. Método: Trata-se de um estudo ecológico descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, conduzido em junho de 2024. Foram utilizados dados primários brutos fornecidos pelo Ministério da Saúde por intermédio do DATASUS. A análise abrangeu os registros de Produção Hospitalar, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), contemplando o período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023. Foi selecionado o procedimento "Tratamento de intercorrência pós transplante de pulmão uni/bilateral - pós transplante crítico". A partir disso, foram consultados os dados referentes à quantidade de procedimentos por ano de atendimento, região e caráter de atendimento, além do número de óbitos, taxa de mortalidade, média permanência, valor médio por internação e valor total do procedimento. Resultados: No período analisado foram registradas 743 internações para tratamento de intercorrências após transplante crítico no SUS. A região com mais internações foi a Sudeste com 68,1% dos casos, seguida pelo Sul com 31,9%. Não houveram internações nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. O ano com menos internações foi 2021 (7,40%/n=55), que seguiu com um aumento importante em 2022 (9,96%/n=74) e em 2023 (16,29%/n=121), quando alcançou a maior quantidade de procedimentos do período. Houveram 38 óbitos, sendo 63,16% no Sudeste (n=24) com taxa de mortalidade de 5,83%, e 36,84% no Sul (n=00) com taxa de mortalidade de 4,72%, resultando em um taxa de mortalidade total de 5,08%. Ademais, o ano de 2023 obteve a maior taxa de mortalidade com 18,18% de óbitos. Em termos de caráter de atendimento a urgência representou 50,1% dos casos, seguido pelos eletivos (49,9%). A média de permanência dos pacientes transplantados foi de 15,9 dias e o valor médio por internação foi de R\$ 9.118,05, com o valor global gasto em internações durante o período analisado totalizando aproximadamente 6,77 milhões de reais. Conclusão: Nos últimos 10 anos, 2023 apontou o maior número de atendimentos em decorrência do tratamento de intercorrências após transplante crítico de pulmão, seguindo um ritmo crescente desde 2021. Do total, apenas as regiões Sudeste e Sul possuem registros, com maior quantitativo de internações e de taxa de mortalidade no Sudeste. Comparativamente, não houve uma diferença percentual significativa entre os atendimentos eletivos e de urgência.

Palavras-chave: Transplante Pulmonar , Intercorrências , Sistema Único de Saúde



**TRATAMENTO DE PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO COM BULECTOMIA UNILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA : RELATO DE CASO**

*Sabrina de Castro Sales<sup>2</sup>; Samuelson Hugo Félix Maia<sup>1</sup>; Bruna Tháísla Lima da Costa<sup>2</sup>; João Lucas Nobre da Silva<sup>2</sup>; Guilherme Matos da Penha<sup>2</sup>; Lucas Eduardo Pinho Barcelos<sup>2</sup>; Fabiola de Castro Mesquita<sup>2</sup>; 1. Hospital de Messejana Dr Carlos Alberto Studart; 2. Universidade Estadual do Ceará;*

**OBJETIVOS:** O pneumotórax espontâneo é caracterizado pela presença de ar na cavidade pleural, podendo ser primário quando não existe doença pulmonar subjacente e secundário em decorrência de pneumopatias. Essa condição pode ser ocasionada pela ruptura de bolhas apicais, sendo comum em adultos jovens e pode ser tratada com drenagem ou bulectomia. A bulectomia é um procedimento realizado por videotoracoscopia (VATS), com ressecção de formações bolhosas que podem causar compressão tecidual e trazer prejuízos às trocas gasosas, dificultando a homeostase pulmonar. O objetivo deste estudo é relatar um caso de pneumotórax espontâneo primário em paciente idoso submetido ao tratamento com bulectomia e analisar a sua evolução clínica. **RELATO DE CASO:** Indivíduo do sexo masculino, 68 anos, procurou serviço hospitalar relatando dispneia, palpitações, sudorese e dor em aperto na região cervical, dorso e tórax, com perda da consciência. Sem história prévia de trauma, tabagismo e doenças respiratórias. A ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares reduzidos difusamente. Radiografia apresentou alargamento do mediastino e ausência da trama vascular em ápice do hemitórax direito. Tomografia de tórax indicativa de hidropneumotórax à direita, com atelectasia compressiva do parênquima pulmonar adjacente. A angiotomografia descreve pequeno pneumotórax à direita. Estudo topográfico negativo para Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e parênquima pulmonar preservado, sem achados indicativos de outras patologias. A hipótese diagnóstica foi pneumotórax espontâneo, com repercussão hemodinâmica, sendo indicada a videotoracoscopia. Foi detectada bolha no hemitórax direito, com bulectomia unilateral no lobo superior do pulmão. A excepcionalidade do caso se deve à ausência de pneumopatias no indivíduo, além de fatores contribuintes, como tabagismo e lesão traumática. Isso destaca a necessidade de investigação de pneumotórax espontâneo por eventos não previstos na literatura, mesmo em pacientes acima de 40 anos e não fumantes, faixa etária de baixa prevalência para ocorrência. Uma hipótese de pneumotórax espontâneo secundário foi sugerida, devido a idade acima de 60 anos, porém a ausência de doença pulmonar inviabilizou essa confirmação. Apesar de divergências na literatura quanto a indicação cirúrgica, a bulectomia pode ser a conduta, mesmo na primeira ocorrência, porém a baixa disponibilidade, muitas vezes, inviabiliza o seu acesso. A bulectomia por videotoracoscopia na conduta do pneumotórax espontâneo mostrou-se uma ferramenta confiável, ao restaurar a capacidade respiratória e reduzir os sintomas, sem indícios de complicações no intra e pós operatório. O método minimamente invasivo, com capacidade diagnóstica e terapêutica, pode ampliar a segurança entre profissionais e pacientes, objetivando o menor impacto e a maior qualidade de vida.

Palavras-chave: PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO , BULECTOMIA , VIDEOTORACOSCOPIA



***Tratamento do tumor fibroso pleural gigante***

*Leonardo Cesar Silva Oliveira; Nathalia Souza e Silva Zacarias; Francisco Israel Araujo Costa; Roberto Bruno Lima de Medeiros; Gustavo Terceiro Cunha; Paulo André Pereira Lobo; George Lucas Vieira Florêncio; Hospital de Messejana;*

Objetivo: Descrever a abordagem clínica e condução cirúrgica no paciente com tumor fibroso pleural gigante. Relato de caso: Mulher, 64 anos com história de dispneia aos esforços e “chiado no peito com dor lombar com irradiação para o dorso. Tinha apenas 43 quilos e 1,56 metros de altura (IMC 17,6). Tomografia mostrava volumosa massa ocupando o hemitórax esquerdo e desviando estruturas mediastinais contralateralmente. Biópsia transtorácica foi inconclusiva com achado de necrose coagulativa por desproporção entre crescimento celular e vascular. Diante da hipótese de tumor fibroso uma extensa toracotomia posterolateral foi realizada com lise de discretas aderências pleurais. Havia dois locais de maior aderência: uma junto a porção mais posterior do diafragma e outra muito firme ao pulmão. A parte mais difícil foi a retirada do tumor da cavidade torácica uma vez que mesmo com a ampla toracotomia a lesão era muito maior que a incisão feita e facilmente houve fratura do arco costal acima e abaixo da incisão pela necessidade de ampla abertura da afastador de costelas. Depois de algumas manobras a lesão finalmente foi retirada da cavidade pleural mostrando o local de inserção na pleura visceral como de costume. Uma segmentectomia com sutura mecânica foi feita com retirada em bloco da lesão e do segmento pulmonar do lobo superior (cunha). A lesão peso 3.070 gramas e 29,5x19x12,5cm. O pulmão facilmente ocupava a cavidade sendo necessária uma pequena decorticação do segmento lingular. As fraturas das costelas foram estabilizadas com pontos de poliglatina. O pós-operatório foi simples sem escape aéreo e o dreno foi retirado no 4º dia de pós-operatório. O diagnóstico na imunohistoquímica foi de tumor fibroso solitário e no HE caracterizava-se por neoplasia fusocelular de baixo grau, com baixa atividade mitótica. Teve seu primeiro retorno 3 meses após a cirurgia muito feliz com o resultado referindo importante melhora da capacidade ao exercício e que já havia recuperado os 3 quilos do tumor e ganhado mais 2 quilos. Segue em acompanhamento.

Palavras-chave: Tumor Fibroso Pleural Solitário , Toracotomia , Tumor da pleura



**TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE SÍNDROME DE BOERHAAVE EM MEGAESÔFAGO - RELATO DE CASO**

Maria Carolina Vidal Bueno Alexandroni Cordova<sup>2</sup>; Humberto Alves de Oliveira<sup>1</sup>; Ana Gabriella Tittoto Melo<sup>3</sup>; Joaquim Euclides Melo Araujo<sup>1</sup>; Giulia Moraes Piazzini<sup>1</sup>; 1. ; 2. HBDF; 3. Universidade Católica de Brasília;

Objetivo A ruptura pós-emética do esôfago, síndrome de Boerhaave (SB), é uma das causas de lesão esofágica. Lesões esofagianas são um desafio para o cirurgião, sendo por vezes controverso seu manejo. Apresentamos um caso atípico dessa síndrome em megaesôfago e sua terapêutica. Relato de Caso Homem, 57 anos, portador de doença de Chagas apresentando quadro de tosse incoercível e broncoaspiração. Foi internado e diagnosticado com pneumonia e derrame pleural direito. Após piora clínica, com necessidade de tubo orotraqueal e drenagem torácica, foi observado saída de dieta pelo dreno. Endoscopia confirmou de 35 cm até 40 cm da arcada dentária superior orifício fistulizante esofágico com drenagem purulenta. Foi transferido para a cirurgia torácica, sendo manejado com terapia a vácuo dupla com sonda nasogástrica em fístula, além do dreno pleural em aspiração contínua. É raro SB em portador de megaesôfago, com poucos relatos na literatura. Isso porque a fisiopatologia espera um aumento da pressão esofágica intratorácica associada ao não relaxamento do esfíncter esofágico para ocorrer a ruptura. A clínica pouco expressiva também dificulta um diagnóstico rápido e, consequentemente, seu tratamento. Cirurgia precoce, ideal dentro de 24 horas, reduz a morbimortalidade se comparado com a abordagem tardia ou conservadora, porém necessita de tempo hábil de diagnóstico para reduzir risco de complicações. No caso houve um atraso de cerca de 10 dias, sendo tratado inicialmente como pneumonia e quilotórax. Fístula esofágica tardia aumenta os riscos de complicações e exige cautela e paciência para o sucesso terapêutico. O tratamento cirúrgico nesses casos fica reservado para perfurações extensas, contaminação torácica e abdominal ou qualquer sinal de sepse ou instabilidade. O paciente do caso, além de fístula de alto débito, apresentava uma cavidade pleural importante contaminada, com perda de volume pulmonar, porém mantendo estabilidade e melhora após toracostomia. Foram necessários antibioticoterapia de amplo espectro, nutrição via sonda nasoentérica associada a terapia de aspiração contínua tanto via esofágica, com posicionamento endoscópico de sonda em fístula, como por via pleural, com vácuo em dreno torácico. Era realizada troca da sonda esofágica a cada 7 dias para melhor eficiência do sistema. O paciente foi mantido em terapia dupla por cerca de 60 dias, resultando em resolução quase completa da fístula, não sendo mais visualizada por endoscopia. Após esse período, a etapa final do tratamento cursou com água via oral em volume restrito; testes alternados entre azul de metileno e contraste oral foram realizados até a ausência de extravasamento pelo dreno torácico. A patologia pleural foi posteriormente manejada com drenagem pleural aberta e lavagem diária da cavidade, até o saneamento. O paciente segue com boa aceitação da dieta oral e esofagograma após a alta confirma megaesôfago grau III. O tempo demandado para melhora do quadro demonstra o desafio de manejo de fístula esofágica e aumenta riscos intrínsecos a ele e à internação prolongada, além de evidenciar a importância de vigilância diária quanto a sinal de piora ou falha para atuação precoce.

Palavras-chave: síndrome de Boerhaave , endoscopia , tratamento conservador , ruptura esofágica espontânea



**TREINAMENTO DE DRENAGEM TORÁCICA COM UTILIZAÇÃO DE SIMULAÇÕES E MODELOS BIOLÓGICOS**

ARTHUR DOS SANTOS SENA<sup>3</sup>; MARIA BEATRIZ SOARES DO NASCIMENTO<sup>3</sup>; MARIA VITÓRIA RAMALHO MEDEIROS<sup>1</sup>; DUÍLIO CABRAL DA COSTA NETO<sup>2</sup>; VICTOR SOARES GOMES DA SILVA<sup>2</sup>; ALISSON HENRIQUE BARBOSA RAMOS GONÇALVES<sup>2</sup>; WOLFGANG WILLIAM SCHMIDT AGUIAR<sup>2</sup>; 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU; 2. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO; 3. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO;

**OBJETIVO:** Esse estudo visa relatar experiência de uma simulação de dreno torácico utilizando modelos biológicos para a capacitação de estudantes de medicina com pouca ou nenhuma prática prévia, através de um sistema de três etapas. **MÉTODO:** O treinamento foi realizado com doze acadêmicos de medicina, sem experiência prévia e envolveu a realização de aula teórica por cirurgião torácico, trazendo os principais conceitos relacionados à drenagem torácica, incluindo principais indicações, dispositivos e sua aplicabilidade, além da técnica cirúrgica, sendo esse momento finalizado com uma demonstração prática; após esse momento, houve uma simulação de nove casos reais, trazendo os principais cenários da vida real, incluindo as possíveis limitações tecnológicas, a aplicabilidade dos exames de imagem e possíveis contratempos diante dos cenários apresentados; foram simulados casos de trauma torácico, derrame pleural transudativo e exsudativo, além de complicações do procedimento, como edema de reexpansão, drenagem em local inadequado e mal-posicionamento do dreno na cavidade pleural; por último, os estudantes foram direcionados para a estação prática, na qual um modelo biológico, os materiais para a anestesia local, drenagem e fixação do dreno foram disponibilizados para cada um deles e, sob orientação de monitores treinados e supervisão de um cirurgião torácico, puderam proceder o passo a passo do procedimento. Após o encontro, foi enviado um formulário, de preenchimento anônimo, para que cada estudante avaliasse a experiência. O presente trabalho trouxe, além da metodologia desenvolvida no treinamento, uma breve revisão de literatura, utilizando artigos na língua inglesa, nas bases de dado PubMed, LILACS e MedLine, com os seguintes descritores: simulation training, pleural effusion, chest tubes, thoracic surgery. **RESULTADOS:** Os resultados qualitativos e quantitativos do formulário enviado aos estudantes indicaram uma alta satisfação geral com o treinamento realizado, com relatos de enriquecimento do entendimento da anatomia torácica e das técnicas cirúrgicas em drenagem de tórax. Algumas ressalvas envolveram aumento na quantidade de monitores treinados e expansão do espaço individual para treinamento. A revisão bibliográfica incluiu 15 estudos, dos quais foram selecionados 6 que traziam experiências similares de treinamento em habilidades cirúrgicas. Dentre os achados dos estudos analisados, foi observado um desenvolvimento de habilidades e destrezas cirúrgicas, além de um efeito positivo dos treinamentos, que tornaram o campo cirúrgico mais palpável para os estudantes e elevaram o interesse em aprendizado cirúrgico de uma forma geral. A bibliografia consultada evidenciou benefícios significativos em treinamentos realistas, em função do entendimento dos desafios reais que podem vir a surgir e como manejá-los, promovendo um maior grau de confiança e entendimento técnico. **CONCLUSÃO:** A capacitação para drenagem torácica, em associação a conteúdo teórico, raciocínio clínico com casos reais e com treinamento prático em material biológico demonstrou resultados extremamente satisfatórios dos estudantes para com essa metodologia.

Palavras-chave: DRENAGEM TORÁCICA , TREINAMENTO , SIMULAÇÃO REALÍSTICA , CIRURGIA TORÁCICA



**TUMOR DE CÉLULAS EPITELIOIDES PERIVASCULARES (PEComa) EM PULMÃO: UM RELATO DE CASO**

*Maria Eduarda Ferreira Campos; Gabriel Barbosa Ferreira Almeida; Victor Soares Gomes da Silva; Wolfgang William Schmidt Aguiar; Arthur dos Santos Sena; Gabriel Storino Honda Barros; Duilio Cabral da Costa*  
*Neto;*  
*Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC;*

**OBJETIVO:** Relatar um caso raro de tumor pulmonar para melhor compreensão de seu diagnóstico e manejo pela comunidade médica. **RELATO DE CASO:** Paciente, 78 anos, sexo masculino, portador de hipertensão arterial, apresentou-se com história de tumor renal, tratado exclusivamente com nefrectomia parcial feita em 2005. Foi encaminhado ao serviço de pneumologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz para avaliação, após identificação de imagem anormal em tomografia computadorizada de acompanhamento, devido ao tumor renal prévio, a qual revelou um nódulo pulmonar, medindo 1,7x1,4 cm, em segmento basal posterior do pulmão esquerdo. Em avaliação adicional, foi realizada uma PET-CT, na qual o nódulo se apresentava com metabolismo glicolítico tênue, atenuação de tecidos moles e contornos regulares. Após análise multidisciplinar do caso, o paciente foi submetido à biópsia percutânea que revelou células poligonais neoplásicas, com citoplasma claro e núcleo oval. Embora o paciente apresentasse uma história prévia de tumor renal e o fenótipo de células claras identificado na lesão atual possa estar correlacionado com um carcinoma de células claras metastático, neoplasia renal mais incidente, a análise da imunohistoquímica se apresentou negativa para imunomarcadores relacionados, como a citoqueratina humana e a proteína PAX-8, o que descarta a hipótese. Os resultados positivos para marcadores melanocíticos como Melan A e HMB-45 foram consistentes com o diagnóstico de PEComa. Em avaliação das equipes de pneumologia, oncologia e cirurgia torácica, foi optado pela realização de uma videotoracoscopia seguida por segmentectomia e linfadenectomia mediastinal para ressecção do tumor. Após o procedimento, nova análise histopatológica foi realizada a partir da peça cirúrgica obtida. Os resultados confirmaram que a massa nodular era de fato um PEComa, medindo 1,5 centímetros, sem identificação de pleomorfismos ou necrose e um índice mitótico de 0/10. Além disso, também se revelou a ausência de material neoplásico nos linfonodos torácicos retirados para a análise, que sugere um possível PEComa primário de pulmão. Esta hipótese, entretanto, não pode ser confirmada, devido a falta de dados de natureza histopatológica do espécime cirúrgico obtido na nefrectomia parcial prévia do paciente. Em vista pós-operatória, o paciente teve evolução clínica favorável, com alta hospitalar após 48 horas da cirurgia. Portanto, este caso explicita a importância da colaboração entre times multidisciplinares no diagnóstico e manejo de pacientes com neoplasias raras como essa. Ao identificar a falta de dados histopatológicos do tumor renal, torna-se evidente a relevância de considerar a história prévia de câncer em casos de PEComa, para excluir ou não a possibilidade de disseminação metastática. Além disso, não está estabelecido um consenso sobre a estratégia de manejo ideal para pacientes com PEComa, considerando seu comportamento variável. Por isso, mais estudos são necessários para entender todos os aspectos desta neoplasia, como o manejo, o diagnóstico e a fisiopatologia.

Palavras-chave: PEComa , Imunomarcadores , Metástase



**Tumor de Células Ganglionares em parede torácica - relato de caso**

ARTHUR DOS SANTOS SENA<sup>2</sup>; CLARA DE ANDRADE PONTUAL PERES<sup>2</sup>; LETÍCIA LIMA FREITAS<sup>2</sup>; DUÍLIO CABRAL DA COSTA NETO<sup>1</sup>; VICTOR SOARES GOMES DA SILVA<sup>1</sup>; GABRIEL BARBOSA FERREIRA ALMEIDA<sup>1</sup>; WOLFGANG WILLIAM SCHMIDT AGUIAR<sup>1</sup>;  
1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ - UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO; 2. UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO;

OBJETIVO: Relatar caso de tumor de células ganglionares em parede torácica, entidade clínica extremamente rara, compreendendo seus aspectos de apresentação clínica, radiológica, aspectos terapêuticos e prognósticos RELATO DE CASO: Paciente, sexo feminino, 68 anos, apresentando quadro de lombalgia à direita há 3 meses, sem melhora com analgésicos. Após 1 mês de dor, notou alteração no formato da costela (SIC) no local da dor e buscou atendimento com ortopedia. A investigação diagnóstica contou com TC de tórax com contraste, a qual apresentou achado de formação expansiva sólida com densidade de partes moles localizada no subcutâneo da parede torácica posterior direita, em aparente continuidade com o aspecto mais inferior do músculo grande dorsal, mostrando extensão para o interior da caixa torácica através de insinuação entre os 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> arcos costais, mantendo íntimo contato com o músculo paravertebral direito, de contornos lobulados, medindo cerca de 6.5 x 4.2 x 4.0 cm. Com base nisso, a paciente foi encaminhada para serviço de cirurgia torácica para avaliação do caso e seguinte realização de toracectomia e ressecção de tumor de partes moles. No procedimento, foi observada tumoração em parede torácica posterior direita de aproximadamente 6 cm, na altura da 10<sup>o</sup> e 11<sup>o</sup> costelas, endurecida, aderida a planos profundos, com invasão de músculos adjacentes, mas sem invasão de arcos intercostais ou pleura. Foi realizada toracectomia complexa, com ressecção completa da lesão, com margens de segurança, associado à ressecção de 10<sup>o</sup> e 11<sup>o</sup> espaços intercostais, sem ressecção de costelas. Também foram ressecadas margens lateral e medial (escápula), e realizada toracoplastia e reconstrução da parede torácica com retalho miocutâneo. O procedimento ocorreu sem intercorrências. A peça cirúrgica foi enviada para exame imunohistoquímico, que mostrou neoplasia de células com citoplasma amplo e eosinofílico granular com infiltração difusa, associada à imunomarcação consistente com tumor de células granulares, com os anticorpos Proteína S100, SOX 10 positivos fortes difusos e o CD68 positivo fraco. A paciente evoluiu clínica e hemodinamicamente estável até alta. Considerando ressecção completa de lesão, com margens negativas, tratamento cirúrgico considerado definitivo, sem necessidade de terapias adjuvantes.

Palavras-chave: Tumor de Parede Torácica , Tumor de células ganglionares , Parede Torácica



**Tumor glômico mediastinal com alargamento de neuroforame**

LEONARDO CESAR SILVA OLIVEIRA<sup>3</sup>; Newton de Albuquerque Alves<sup>1</sup>; Gustavo Terceiro Cunha<sup>3</sup>; Cleto Dantas Nogueira<sup>4</sup>; Roberto Bruno Lima de Medeiros<sup>3</sup>; Mauro Cabral de Rosalmeida<sup>2</sup>; Arnaldo Ribeiro de Arruda<sup>3</sup>;  
1. Clínica de Cirurgia do Tórax; 2. CRIO - Centro Regional Integrado de Oncologia; 3. Hospital São Camilo;  
4. Laboratório Argos Patologia;

Objetivo: Descrever caso raro de tumor glômico em mediastino com alargamento de neuroforame que necessitou de abordagem combinada com a neurocirurgia para laminectomia seguida de ressecção por videotoracoscopia. Relato de caso: Mulher, 19 anos, com queixas de dor no ombro direito com parestesias em membro superior direito, principalmente ao fletir os dedos da mão quando tem sensação de dor no local. Necessitava de uso gabapentina, quetiapina, e morfina para controle dos sintomas. Tomografia mostrou lesão de 3,9x2,5x3,3cm hipodensa com realce homogêneo ao contraste ao nível de D1-D3 e com insinuação para o neuroforame de D2-D3. Ressonância confirmou achados com lesão de sinal intermediário em T1 e alto sinal em T2 com restrição a difusão e aparente comunicação com neuroforame de D2-D3. Foi avaliada pela neurocirurgia de alinhada cirurgia, com laminectomia como primeiro tempo para liberação e ligadura da raiz nervosa seguida de videopleuroscopia para ressecção. Todo o procedimento foi realizado com a paciente em decúbito ventral. A ressecção foi feita sem intercorrências apesar da dificuldade com o posicionamento não usual uma vez que os espaços intercostais ficam ainda mais limitados. O anatomopatológico e imunohistoquímica confirmaram Tumor Glômico de comportamento maligno incerto. Os sintomas neurológicos assim como a necessidade de morfina desapareceram já no primeiro dia de pós-operatório. A paciente foi encaminhada para radioterapia com dose final de 5000cGy (25 sessões diárias de 200cGy) VMAT IGRT (radioterapia com arco volumétrico guiado por imagem) e segue em acompanhamento sem sinais de recidiva até o momento. O tumor glômico mediastinal é raro na localização apresentada e ainda com alargamento de neuroforame. Na literatura essa histologia necessitando laminectomia para ressecção possuem relatos escassos.

Palavras-chave: Tumor de Mediastino , tumor glômico , Toracoscopia , Neurocirurgia , Laminectomia



***Tumor mediastinal de células germinativas com diferenciação trofoblástica - relato de caso***

ADOLPHO DE BARROS E SILVA DE OLIVEIRA; ARTHUR DOS SANTOS SENA; JOÃO VINÍCIUS GOMES GONÇALVES; MATEUS CAMPELO ALVES; YASMIN CARVALHO PEREIRA OLIVEIRA SÁ; CÉSAR FREIRE DE MELO VASCONCELOS;  
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO;

Objetivo: Relatar um caso de tumor mediastinal de células germinativas misto com áreas de diferenciação trofoblástica em indivíduo do sexo masculino, avaliando história clínica, achados aos exames de imagem, achados histopatológicos e imunohistoquímicos, abordagem terapêutica de escolha e prognóstico envolvidos neste diagnóstico. Relato de caso: Paciente sexo masculino, 34 anos, previamente hígido, atleta, sem comorbidades, chegou ao ambulatório de pneumologia para investigação de dor torácica súbita de leve intensidade de início após exercício físico. Não referiu sintomas associados, como dispneia, febre ou perda de peso. O exame físico do aparelho respiratório demonstrou uma diminuição de murmúrio vesicular em hemitórax direito. Foi solicitada uma radiografia de tórax, que mostrou a presença de uma massa mediastinal volumosa prosseguida investigação com TC de tórax, que evidenciou massa em compartimento anterior do mediastino, projetando-se no hemitórax direito, heterogênea, medindo 15,0 x 11,0 x 8,0 cm nos maiores diâmetros, sendo a principal hipótese diagnóstica um tumor de mediastino de origem germinativa, interrogando-se teratoma indiferenciado. Solicitados exames complementares, que evidenciaram elevação de fração beta-HCG, além de alfa-feto-proteína normal e desidrogenase láctica dentro dos valores de normalidade; considerando principal hipótese diagnóstica, solicitada ultrassonografia de testículo, sem alterações. Caso avaliado por equipe multidisciplinar, com presença de pneumologia, oncologia, radiologia torácica e cirurgia torácica, sendo solicitada uma Ressonância Magnética de Tórax considerando possível abordagem cirúrgica, além de PET-CT para melhor Estadiamento clínico; RNM evidenciou presença de plano de clivagem e PET-CT demonstrou ausência de sinais de doença à distância; considerando status funcional do paciente, proposta intervenção cirúrgica para ressecção completa de lesão. Realizada cirurgia, com ressecção macroscopicamente completa (R1), através de incisão de hemiclâmshell à direita e envio de peça operatória para análise histopatológica e imuno-histoquímica, que evidenciaram tumor de mediastino anterior de células germinativas misto, medindo 15,5 cm em seu maior eixo, com comprometimento das margens e invasão de segmento de pleura; presença de extensa necrose; fragmento de timo livre de neoplasia; ausência de invasão angiolinfática, com análise morfológica e de imunofenótipo determinando tumor constituído por teratoma imaturo (45%), rabdomiossarcoma (20%), tumor do saco vitelínico (18%), tumor de trofoblastos intermediários (15%) e carcinoma embrionário (2%). Diante dos achados, caso discutido em tumor-board, que definiu quimioterapia adjuvante. Infelizmente, o paciente está evoluindo com progressão da doença, com presença de metástases ósseas.

Palavras-chave: Tumor Mediastinal , Tumor de células germinativas , Relato de caso



### UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA TORACOTOMIA EXPLORADORA NO SUS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Larissa Furtado Abrantes<sup>1</sup>; Bianca Araújo Fernandes Veras<sup>1</sup>; Kayron Ayslan de Abreu Lacerda<sup>1</sup>; Paola da Costa Vieira<sup>1</sup>; José de Arimatéia Lacerda de Sousa<sup>1</sup>; Rafaelle Cavalcante de Lira<sup>1</sup>; Iamany Lopes Garcia<sup>2</sup>; 1. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); 2. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN);

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos casos de toracotomia exploradora no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2019 e 2023. Métodos: Trata-se de um estudo ecológico descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, conduzido em 26 de junho de 2024. Foram utilizados dados secundários fornecidos pelo Ministério da Saúde, por meio do DATASUS. A análise incluiu registros de Produção Hospitalar do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, selecionando-se o procedimento "toracotomia exploradora". Foram analisados dados referentes às internações, caráter de atendimento, número de óbitos e taxa de mortalidade por região e ano de atendimento, além do valor total do procedimento, valor médio por internação e média de permanência. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos para melhor análise e interpretação. Resultados: A amostra totalizou 8.635 internações para toracotomia exploradora no período analisado. A região Sudeste registrou a maior quantidade de casos, com 39,73% (n=3.431) das internações, seguida pelo Nordeste (22,15%, n=1.913), Sul (16,57%, n=1.431), Norte (11,85%, n=1.023) e Centro-Oeste (9,7%, n=837). O ano com mais internações foi 2019, com 1.899 registros (21,99%), seguido por 2022 (21,84%, n=1.886), 2023 (19,90%, n=1.718), 2021 (19,20%, n=1.658) e 2020 (17,07%, n=1.474). Houve 1.574 óbitos, com a maior porcentagem no Sudeste (42,44%, n=668), seguido pelo Sul (21,16%, n=333), Nordeste (19,06%, n=300), Norte (8,7%, n=137) e Centro-Oeste (8,64%, n=136), resultando em uma taxa de mortalidade de 18,22%, sendo a maior no Sul (23,27%) e a menor no Norte (13,39%). Em termos de caráter de atendimento, a urgência representou 77,4% (n=6.687) dos casos, seguida pelos eletivos (21,2%, n=1.829), "outras causas externas" (1,1%, n=91) e "outros acidentes de trabalho" (0,32%, n=28). A maior taxa de mortalidade dentro do caráter de atendimento foi de "outros acidentes de trabalho", com 32,14% (9 óbitos entre os 28 casos). Outras causas externas registraram 20 óbitos entre os 91 casos, resultando em uma taxa de mortalidade de 21,97%. As urgências contabilizaram 1.338 óbitos entre os 6.687 casos urgentes, com taxa de mortalidade de 20%. Já os atendimentos eletivos registraram 207 óbitos entre 1.829 casos, com taxa de mortalidade de 11,31%. O valor total gasto em internações foi de 35,64 milhões de reais, resultando em um custo médio por internação de 4.127,67 reais. Conclusão: A região Sudeste lidera em número de toracotomias exploradoras e em óbitos durante o procedimento. Cronologicamente, 2019 foi o ano com mais registros, enquanto 2020 teve o menor número. Em termos de caráter de atendimento, as urgências predominaram tanto no número de procedimentos quanto nos desfechos de morte. Contudo, "outros acidentes de trabalho" apresentaram a maior taxa de mortalidade entre as categorias de atendimento.

Palavras-chave: Toracotomia , Perfil de Saúde , Sistema Único de Saúde

