

Temas Livres

ÁREA DE CONHECIMENTO - TÉCNICAS CIRÚRGICAS (CIRURGIA POR VÍDEO E ROBÓTICA)

TLO01 ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA E DO CUSTO DA RESSECÇÃO ANATÔMICA PULMONAR VÍDEO-ASSISTIDA PARA NEOPLASIA MALIGNA

MAURÍCIO GUIDI SAUERESSIG¹; ALEXANDRE HEITOR MORESCHI²; WILLIAM LORENZI²; LUIZ FELIPE LOPES ARAUJO²; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE²; AMARILIO VIEIRA DE MACEDO NETO¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DE CLÍNICAS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: Apesar dos resultados de estudos americanos e europeus comprovarem a segurança e a eficácia oncológica, a ressecção anatômica pulmonar vídeo-assistida (RPVA) ainda é pouco estudada e aplicada no Brasil. Além disso, informações sobre custo do procedimento são escassas. **Objetivo:** apresentar a experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) com RPVA em neoplasia maligna no pulmão (NMP) e analisar seus custos. **Método:** revisamos, retrospectivamente, as informações clínicas de prontuários de pacientes submetidos à RPVA entre outubro de 2011 (implantação da técnica no HCPA) e janeiro de 2015. Foram candidatos a RPVA aqueles com neoplasia primária em estágio inicial (T1-2a N0M0), ou secundária no pulmão, e com provas de função pulmonar compatíveis para a ressecção planejada. A RPVA envolveu a secção vascular e brônquica com grameador endoscópico. Descrevemos também o custo médio da RPVA. **Resultados:** a RPVA foi indicada para 30 pacientes (16 homens) com média de idade de 63 anos (41-82 anos). Realizamos 16 lobectomias superiores, 3 lobectomias médias, 5 lobectomias inferiores, 3 segmentectomias anatômicas e 2 pneumonectomias. Apenas um procedimento precisou conversão por sangramento. O tempo médio de cirurgia foi de 176min (90-400min). O sangramento transoperatório médio foi de 266 ± 290 mL. A média de internação foi de 4 dias (2-11 dias). Um paciente morreu no 2º pós-operatório por AVC hemorrágico. Outro paciente submetido à pneumonectomia direita apresentou fistula brônquica no 9º pós-operatório e evoluiu ao óbito por seps 41 dias após a cirurgia de ressecção. Um caso apresentou fuga aérea prolongada, necessitando permanência do dreno torácico por 14 dias. O adenocarcinoma foi a patologia mais prevalente (70%). O custo médio da RPVA foi de R\$ 19. 762,00. **Conclusões:** a taxa de conversão e tempo de internação estão compatíveis com a literatura. Em relação ao custo, os valores ainda estão muito acima de uma cirurgia convencional. Estudos futuros de custo-efetividade poderão definir o impacto orçamentário deste procedimento para o SUS.

ÁREA DE CONHECIMENTO - PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA TORÁCICA

TLO02 ANÁLISE DA RELAÇÃO NÍVEL SÉRICO DO ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNÁRIO/RECIDIVA TUMORAL EM PACIENTES COM CARCINOMA BRÔNQUICO NÃO DE PEQUENAS CÉLULAS

FELIPE FERRAZ MAGNABOSCO¹; LUCAS DE OLIVEIRA SASSI¹; RODOLFO COUTINHO BRAGA¹; EDUARDO SPERB PILLA²; NELSON PERELMAN ROSENBERG²; MAURICIO PIMENTEL³

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3. HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

Objetivo: Vários autores correlacionam os níveis de antígeno carcinoembrionário (CEA) como ferramenta auxiliar no seguimento e marcador precoce de recidiva no carcinoma brônquico, por ser barato e não invasivo. Sugere-se que níveis de CEA altos estão relacionados com maior risco de recidiva. O presente estudo objetivou estabelecer o papel da dosagem sérica do CEA em relação ao prognóstico e à recidiva tumoral no seguimento de pacientes com carcinoma brônquico não de pequenas células. **Método:** Realizou-se estudo retrospectivo de 185 pacientes com diagnóstico de carcinoma brônquico não de pequenas células submetidos a tratamento cirúrgico no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Nossa Senhora da Conceição entre 1º de janeiro de 2002 e 31 de dezembro de 2006. Os critérios de inclusão foram: tratamento cirúrgico com intenção curativa; dosagem sérica pré-operatória de CEA; dosagem sérica mínima anual; seguimento ambulatorial regular; seguimento ambulatorial mínimo de 60 meses ou até a recidiva tumoral. Os desfechos do estudo foram recidiva tumoral (loco-regional ou à distância) ou ausência de recidiva após 60 meses de seguimento. Recidiva tumoral foi definida como evidência de neoplasia do mesmo tipo histológico em paciente previamente considerado como livre de doença. **Resultados:** Preencheram os critérios de inclusão 50 pacientes do total de 185 analisados. Vinte e nove eram do sexo masculino (58%) e a média de idade foi 62,5 anos (45-80 anos). A lobectomia foi o procedimento cirúrgico mais realizado (n=44), seguido por pneumonectomia (n=5) e bilobectomia (n=1). O tipo histológico mais prevalente foi adenocarcinoma e 50% dos pacientes apresentaram algum tipo de recidiva antes de 60 meses de seguimento. Um nível sérico de CEA maior que 5ng/mL apresentou sensibilidade de 64%, especificidade de 80% e acurácia de 72% como um marcador de recidiva tumoral durante o seguimento dos pacientes. Apesar de haver uma tendência de associação entre níveis altos de CEA e recidiva tumoral, não foi observada diferença estatística quanto à recidiva entre os grupos com nível elevado (>5ng/ml) e normal de CEA (p=0,09). **Conclusão:**