

piemas. Os retalhos mais utilizados, baseados nos músculos grande dorsal, peitoral maior e reto abdominal, provaram ser de grande utilidade e eficiência nestas coberturas. As lâminas de gore-tex foram utilizadas com mais frequência e demonstraram substituir o esqueleto torácico semi-rígido com eficiência. A cirurgia torácica em conjunto com a cirurgia reconstrutiva, oferece a estes pacientes a melhor alternativa terapêutica.

### P-021A PECTUS CARINATUM – INCISÃO ESTÉTICA

Gomes, N.H.; Camargo, R.J.R.; Gomes, L.N.; Orlandini, L.P.; Gomes, L.;  
SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS – RS

Paciente feminina, 16 anos de idade, apresentando deformidade das cartilagens das articulações condro-esternais bilateralmente, mais proeminente à esquerda. A deformidade começou a chamar a sua atenção a partir dos seis anos de idade. No início da puberdade procurou o ortopedista com lombalgia devido à escoliose, que tem sido tratada e acompanhada desde então. Atualmente, devido à necessidade estética procurou tratamento cirúrgico para correção de deformidade anterior do tórax. Optamos pela realização de duas incisões cutâneas inframamárias, seguidas de descolamento subcutâneo, permitindo a ressecção subpericardial das cartilagens proeminentes e pregueamento do leito pericardial, seguido da drenagem subcutânea com drenos de sucção saindo pela incisão, que foi ocluída com sutura intradérmica. Esta via de acesso permitiu a correção da deformidade da parede anterior do tórax permitindo um melhor resultado estético. **Conclusão:** a incisão inframamária bilateral pode permitir a correção de deformidade torácica com melhor resultado estético.

### P-022A ENFISEMA PULMONAR: APRESENTAÇÃO BOLHA GIGANTE

Rodrigues, A.C.; Sousa, G.S.; Silva, G.; Machado, R.V.; Pereira, S.T.L.F.; Marinho, J.; Ugalde, P.A.  
DEPTOS. DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA – HOSPITAL SANTA IZABEL.

**Introdução:** o enfisema bolhoso é descrito como espaços aéreos intraparenquimatosos que excedem a um centímetro de diâmetro podendo estar associado a várias afecções pulmonares sendo a mais freqüente a bronquite crônica. Segundo a classificação de Reid em 1967, as bolhas de enfisema estão classificadas em três tipos: I, II e III. Relatamos um caso de apresentação de bolha gigante: JFSF, 36 anos, masculino, mulato, casado, lavrador, natural e procedente do interior da Bahia queixa-se de dispnéia aos esforços extra habituais associada a palpitações há dois anos que progrediu aos grandes esforços habituais sem associação com febre, tosse, dor torácica ou sibilância. Procurou serviço médico em interior e usou irregularmente medicações orais sem melhora. Há seis meses notou piora da dispnéia, chegando até mesmo ao repouso, com relato de 01 episódio intenso que motivou o atendimento em unidade de emergência e com melhora após uso de broncodilatadores inalatórios. Há três meses procurou serviço hospitalar de referência em pneumologia na capital onde realizou exames e saiu em uso de aminofilina, prednisona e nebulizações com melhora parcial do quadro sendo transferido para o Hospital Santa Izabel para continuação de investigação e encaminhamento à cirurgia. Em nosso serviço, o paciente foi admitido em bom estado geral, emagrecido, taquicárdico, acianótico. Ao exame segmentar; sem estase de jugulares, sem baquetamento digital, aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas e hipofonéticas, grande aumento do diâmetro antero-posterior do tórax, hemitórax direito abaulado, expansibilidade reduzida em 2/3 terços superiores de hemitórax direito, frêmito toracovocal diminuído em tórax direito e terço superior do esquerdo, hipertimpanismo à direita, murmúrio vesicular diminuído difusamente em todo hemitórax direito e terço superior do esquerdo. A gasometria mostrava hipoxemia com hipocapnia, hemograma normal, dosagem de alfa 1 antitripsina normal (158mg/dl) pelo método de nefelometria, raio x de tórax com hiperdistensão pulmonar e imagem de hipertransparência em todo hemitórax direito com herniação para pulmão esquerdo, desvio do mediastino para a esquerda com hipertransparência em terço superior à esquerda que foi confirmada pela tomografia computadorizada de tórax de alta resolução que mostrou volumosa bolha de enfisema ocupando quase completamente e hemitórax direito, comprimindo e colapsando o parênquima pulmonar remanescente e herniando para o lado oposto através de espaço retroesternal alargado.

### P-023A SEQUESTRO PULMONAR

Rosemberg N.P.; Sebenelo C.; Castro Jr.M.; De Luca Jr, M.; Schuler C.  
SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE POA.

Paciente do sexo feminino, 57 anos, interna devido à infecção respiratória de repetição. No lobo inferior direito, apresenta conjunto de cavidades irregulares, sendo uma desta maior. Após, preparo operatório, paciente foi submetida a lobectomia, qual transoperatório demonstrou vaso calibroso provindo do abdome, com constatação de sequestro pulmonar, confirmada ao anatomopatológico: Sequestro broncopulmonar intralobar do lobo inferior direito, com inflamação crônica supurativa e fibrose. O caso demonstra os cuidados transoperatórios e o risco de acidentes pelo esquecimento deste achado.

### P-024A BOLHAS PULMONARES GIGANTES: DRENAGEM EXTERNA COM SONDA DE FOLEY COMO MÉTODO DE AUXÍLIO TERAPÊUTICO

Barbosa GV, Macedo Neto AV, Moreschi A, Saueressig MG, Cypel M  
SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE-UFRGS.

**Introdução:** São apresentados dois casos de pacientes portadores de grandes bolhas pulmonares tratados num primeiro momento com drenagem externa através de uma sonda de Foley para avaliação da capacidade de reexpansão pulmonar. **Objetivo:** Demonstrar a utilidade do método, sobretudo em pacientes sem condições clínicas e funcionais para realizar procedimentos de maior porte. **Método:** Relato de caso 1- Paciente de 42 anos, M, N, tabagista há 30 anos (30 cigarros/dia), apresentou-se com dispnéia progressiva nos últimos 2 anos. RX tórax com grande bolha enfisematosa em ápice pulmonar esquerdo. Espirometria com DVO grave (VEF1 1030ml). Cintilografia pulmonar com hipoperfusão LSE. TC tórax apresentando grande área bolhosa ocupando 2/3 do hemitórax esquerdo com desvio mediastinal e com-

pressão LIE e língua. Em vista deste quadro, foi submetido ao procedimento cirúrgico. Primeiramente foi introduzida uma sonda de Foley no interior da bolha. O RX tórax transoperatório demonstrou expansão de 80% do pulmão esquerdo. Realizou-se então bulectomia e tenda pleural. Os drenos torácicos foram retirados no 5.º p.o. e o paciente evoluiu sem intercorrências e com melhora funcional. **Relato de caso 2 -** Paciente de 74 anos, M, B, tabagista há 50 anos (1 cart/dia), já com diagnóstico de DPOC severo (FEV1 680ml), apresentou-se no setor de emergência com quadro de piora da dispnéia. RX tórax: volumoso pneumotórax à direita. Realizou drenagem pleural fechada permanecendo com grande área bolhosa no pulmão direito. Paciente sem condições clínicas e com alto risco cirúrgico para procedimento de maior porte, foi submetido à drenagem externa com sonda de Foley, e posterior introdução de tetraciclina no interior da bolha. Pte evoluiu bem, com retirada dos drenos no 9.º p.o. **Resultados:** Ambos pacientes evoluíram satisfatoriamente com melhora sintomática e de suas capacidades funcionais pulmonares. **Conclusão:** A drenagem externa é uma técnica simples e útil, que pode ser utilizada como medida temporária ou permanente para pacientes considerados de alto risco cirúrgico. É também muito útil como método de avaliação da reexpansão pulmonar, mesmo em pacientes que serão submetidos à posterior bulectomia.

### P-025A PREVALÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DE DILATAÇÕES VASCULARES INTRAPULMONARES EM CANDIDATOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO: TRIAGEM POR ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA COM CONTRASTE

Ferreira, M.A.P., Knorst, M.M., Menna Barreto, S.S., Pinotti, A.F., Álvares da Silva, M.R.  
SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA E CARDIOLOGIA. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.

**Introdução:** A síndrome hepatopulmonar (SHP) consiste na tríade de doença hepática, dilatações vasculares intrapulmonares (DVIP) e hipoxemia. A prevalência das dilatações vasculares intrapulmonares no hepatopata crônico tem variado nas diferentes séries. As DVIP podem ocorrer no paciente normoxêmico, sendo que sua significância e história natural nesse contexto não estão bem determinadas. A ecocardiografia transtorácica com contraste (ECO) tem sido considerada o método de escolha para a triagem de DVIP. **Objetivos:** Determinar a prevalência de dilatações vasculares intrapulmonares aferidas por ECO em pacientes candidatos a transplante hepático. **Pacientes e métodos:** 27 pacientes ambulatoriais consecutivos foram submetidos a triagem de shunt intrapulmonar por ECO. A ecocardiografia foi considerada positiva para DVIP em caso de identificação de microbolhas no átrio esquerdo 4 a 6 batimentos após o surgimento das bolhas no átrio direito. A intensidade do shunt foi classificada por uma escala de 1 (grau I) a 4 cruzes (grau IV) conforme descrito por Hopkins. **Resultados:** A média de idade foi de 48 anos, variando entre 16 e 69 anos. A classificação de Child foi A, B e C em 7 (25,9%), 16 (59,2%) e 4 pacientes (14,8%). A ECO foi positiva para shunt intrapulmonar (DVIP) em 15 pacientes (55,5%), e para shunt intracardiaco compatível com foramen oval permeável em 1 paciente, sendo este excluído das análises subsequentes. A PaO<sub>2</sub> média foi 95mmHg no grupo com ECO negativa, e 87,2mmHg no grupo com ECO positiva (p=0,067). O gradiente alveolo-arterial de oxigênio médio foi 20,5mmHg no grupo com ECO positiva e 10,5mmHg no grupo com ECO negativa (p<0,05). Seis pacientes tiveram uma PaO<sub>2</sub> menor que 80mmHg, sendo que 5 deles (83,3%) tinham ECO positiva. Não houve relação entre a classificação de Child e a presença de shunt pela ECO. A intensidade do shunt pela escala de Hopkins foi avaliada em 15 casos. Destes, 4 foram grau I, 6 foram grau II, 3 foram grau III e 1 foi grau IV. Foram diagnosticados 4 casos de SHP (15,4%), todos no grupo com ECO positiva. **Conclusão:** A prevalência de DVIP encontrada foi superior àquela descrita nas diferentes séries publicadas, variando entre 13 e 47%. Uma PaO<sub>2</sub> menor que 80mmHg sugere a presença de DVIP. A escala de Hopkins pode ser utilizada para quantificação de DVIP, mas sua relação com os outros métodos de quantificação de shunt não está estabelecida. As diferenças na prevalência das DVIP nas várias séries podem se dever a diferenças de técnica, seleção de pacientes e gravidade da doença de base.

### P-026A SEQUESTRO PULMONAR BILATERAL: UMA ABORDAGEM NÃO USUAL PARA UMA DOENÇA RARA

Oliveira, R.; Gomes, C.E.T.; Oliveira, S.F.; Fiuzza, A.B.; Gonçalves, J.J.S.; Forte, V.  
HOSPITAL SÃO PAULO – UNIFESP/EPM

**Introdução:** Das doenças pulmonares relacionadas a malformações congênitas, o sequestro pulmonar é uma das mais prevalentes. Na maioria dos pacientes a localização preferencial são os lobos inferiores (90%) e geralmente lobo inferior esquerdo. Predomina em homens na relação 3:1 sendo 75% intralobares, 96% apresentam drenagem venosa para veias pulmonares e a irrigação arterial, maioria dos casos, origina-se da aorta abdominal. O sequestro pulmonar bilateral é menos freqüente tendo sido descrito na literatura mundial, pouco mais de uma dezena de pacientes. **Relato da Doente:** Paciente do sexo feminino com 2 anos de idade e uma história de infecções respiratórias recorrentes. O primeiro episódio no período perinatal associado a insuficiência ventilatória e ventilação mecânica. No exame de imagem apresentava opacidades em ambos lobos inferiores sendo mais evidentes no lobo inferior esquerdo. Nesta paciente podemos observar na aortografia uma vascularização aberrante oriunda da aorta abdominal para os dois lobos inferiores. Optamos por tratar simultaneamente os dois lados no mesmo tempo cirúrgico. A paciente foi colocada da posição de Overholt e realizadas duas toracotomias posteriores sem exclusão pulmonar. O acesso posterior facilitou bastante a abordagem cirúrgica e podemos constatar no intra operatório que a esquerda havia um sequestro extralobar e a direita intralobar. No lado esquerdo foi ressecado o lobo anômalo e a direita realizada a sequestrectomia. Na evolução pós operatória não apresentou complicações, recebendo alta hospitalar no quinto dia de pós operatório. **Conclusão:** Os sequestros pulmonares devido a sua prevalência devem sempre estar nas hipóteses diagnósticas em todos os processos pneumônicos de lobos inferiores, em especial de lobo inferior esquerdo. O grupo acredita que a aortografia possa ser dispensável no pré operatório, desde que a equipe cirúrgica tenha o cuidado ao abordar o ligamento pulmonar inferior pois este é local mais comum de encontrarmos os vasos anômalos provenientes da aorta abdominal. A literatura descreve casos fatais quando não foi tomado este cuidado.