

32193614, 6, 0000, 5505. **Resultado:** Foram incluídos no estudo 15 pacientes com idade média de $5,92 \pm 3,1$ anos (1,6 a 13 anos), prevaleceu gênero feminino com 63,6%. Foram realizadas 15 lobectomias e 3 segmentectomias para tratamento três pacientes com sequestro, e seis pacientes com malformação adenomatóide cística e seis pacientes com bronquiectasia. Abaixo os dados na tabela.

Tabela 1- dados peri-operatórios.

	(Média e desvio padrão)
Tempo de Cirurgia (min)	166,0 \pm 42,4
Tempo de drenagem (dias)	2,5 \pm 0,7
Débito do dreno (mL)	270,5 \pm 166,7
Hemorragia intra-operatória (mL)	45,5 \pm 35,9
Uso de Peridural com cateter	72,7%
Quantidade da solução peridural usada (mL)	27,7 \pm 16,9
Quantidade de Analgésico	
Tramadol (mg)	118,5 \pm 154,4
Dipirona (g)	8,4 \pm 4,8
Tempo de internação (dias)	4,9 \pm 2,6
Complicações	20,0%
Uso de analgésico apos alta hospitalar	6% [1 paciente]

Não tivemos óbitos e as complicações ocorreram em três pacientes, com Pneumonia, atelectasia e re-drenagem por pneumotórax. Somente uma paciente manteve uso de analgésico (dipirona) apos alta hospitalar. **Conclusão:** Nesta avaliação inicial, concluímos que a técnica de preservação intercostal associada a colocação do dreno pela toracotomia mostrou-se uma técnica exequível em crianças, sem prolongar o tempo operatório ou aumento de morbidade.

PO003 EXPANSÃO TORÁCICA LATERAL PARA DISTROFIA TORÁCICA ASFIXIANTE. RELATO DE 8 CASOS

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; JULIO DE OLIVEIRA ESPINEL;
JOSÉ CARLOS FELICETTI; LUCAS ELIAS LISE SIMONETTI;
IGOR PIRES DRACHLER; LEONARDO DALLA GIACOMASSA
 ROCHA THOMAZ

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: A distrofia torácica asfixiante é caracterizada por caixa torácica pequena, estreita e alongada, com desenvolvimento anormal das costelas que resulta em hipoplasia pulmonar. Ela está descrita na Síndrome de Jeune e Síndrome de Ellis-van Creveld. Quando sintomática desde o nascimento, resulta em hipoxemia grave e necessidade de ventilação mecânica. Quando em sua forma leve, pode resultar em pneumonias de repetição e disfunção respiratória progressiva. **Objetivo:** Descrever a experiência e os desafios para o tratamento de uma alteração rara do desenvolvimento da parede torácica em um serviço de Cirurgia Torácica infantil. **Método:** Foram revisados os prontuários de 8 pacientes com distrofia torácica asfixiante que foram submetidos à expansão torácica lateral no Hospital da Criança Santo Antônio. Esse procedimento foi realizado através de uma toracotomia vertical, onde eram seccionadas de maneira alternada e em diferentes extensões os arcos costais do 4o ao 9o e depois aproximadas às extremidades mais longas com uso de placas de titânio, permitindo assim um aumento da caixa torácica. Esses procedimentos foram realizados bilateralmente e em diferentes intervalos de tempo em todos os pacientes com

exceção de um paciente onde somente foi realizado este procedimento em um lado. **Resultados:** Sete pacientes eram do sexo masculino e foram submetidos à expansão torácica lateral em intervalos de tempo médio de 90 (60-120d) dias, compreendendo um total de 11 procedimentos. Cinco pacientes foram submetidos a outros procedimentos associados em tempos distintos, como expansão do osso esterno e retirada de cartilagens costais (n=1). Retirada de cartilagens costais (n=3) com secção de pericôndrio proporcionado uma extensão torácica anterior. Uso de barras de Stratos® (n=3). As idades dos pacientes na primeira cirurgia foram de 7 dias (n=2), 4 meses (n=1), 6 meses (n=2), acima de 1 ano (n=2) e 10 meses em outro caso (tratado inicialmente em outro serviço com secção do esterno e colocação de placas para expansão desse osso). Cinco pacientes sintomáticos antes de 1 ano de vida, foram traqueostomizados e permaneceram em ventilação mecânica por período prolongado (média de 6 meses). Destes, dois pacientes foram a óbito, enquanto outros 3 ainda se encontram em assistência ventilatória. Dois pacientes cujo tratamento foi realizado após o primeiro ano, apresentam-se assintomáticos do ponto de vista respiratório. Enquanto outro paciente de 3 anos submetido a este tipo de cirurgia foi a óbito por septicemia no pós-operatório imediato. **Conclusão:** Os pacientes com distrofia torácica asfixiante, quando sintomáticos logo após o nascimento ou com sintomas progressivos nos primeiros meses de vida, mesmo tratados com expansão torácica lateral apresentaram um pior prognóstico em comparação àqueles pacientes tratado mais tardiamente. A expansão torácica lateral é um procedimento factível e deve ser considerado para o tratamento de distrofia torácica asfixiante em qualquer idade. No entanto, outros procedimentos adicionais devem ser considerados com vistas ao aumento da caixa torácica nestes pacientes.

PO004 RESSECÇÕES DE TUMORES DE PAREDE TORÁCICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; JULIO DE OLIVEIRA ESPINEL;
JOSÉ CARLOS FELICETTI; LUCAS ELIAS LISE SIMONETTI;
IGOR PIRES DRACHLER; LEONARDO DALLA GIACOMASSA
 ROCHA THOMAZ

1. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2. HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: Os tumores primários da parede torácica são relativamente incomuns em crianças, sendo a maioria deles malignos. No entanto o envolvimento secundário da parede do tórax é mais frequente e também pode resultar em ressecções extensas da caixa torácica. **Objetivo:** Apresentar a experiência recente do serviço de cirurgia torácica pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio no manejo de pacientes pediátricos que foram submetidos à ressecção de tumores primários e também com envolvimento secundário da parede torácica. **Métodos:** Foram analisados os dados clínicos de 26 pacientes submetidos a 27 ressecções de tumores de parede torácica no período de janeiro 2005 a dezembro de 2014. Foram coletadas informações referentes à localização e diagnóstico etiológico, extensão da ressecção da parede torácica e sobrevida. **Resultados:** quatorze pacientes eram do sexo masculino (53,8%). A média de idade dos pacientes operados foi de 8,13 anos, variando de 8 meses a 17 anos de idade. Quanto a localização, a maioria dos tumores (52,4%) encontrava-se na parede anterior do tórax. Dos 27 tumores ressecados, vinte e quatro foram primários: cinco casos de hemangioma (dois cavernosos, um intramuscular, um capilar e um lobular), três linfangiomas, dois tumores desmóide, dois Sarcomas

de Ewing, dois neurofibromas, dois rhabdomyosarcomas, um sarcoma histiocítico, um sarcoma maligno de bainha de nervos periféricos, um sarcoma sinovial, um osteocondroma, um osteossarcoma, um endocondroma, um lipoma intramuscular e uma neoplasia pulmonar indiferenciada de pequenas células. Três pacientes apresentaram comprometimento secundário da parede torácica devido a metástase de rhabdomyosarcoma, envolvimento direto da parede torácica por neuroblastoma e ganglioneuroblastoma. Uma paciente foi operada no mesmo tempo para cirúrgico para linfangioma em parede inferior à direita e um hemangioma cavernoso em parede inferior à esquerda. Não houve qualquer morte no período pós-operatório. **Conclusões:** Nesta série, a grande maioria das lesões tumorais da parede torácica foram de etiologia primária, diferente do que observado na literatura. Este tipo de cirurgia mostrou-se seguro e com mínimos riscos, mesmo em pacientes submetidos a ressecções extensas de envolvimento primário ou secundário da parede torácica.

PO005 SEPARAÇÃO DE GÊMEOS XIFÓPAGOS - UMA SUCESSÃO DE COMPLEXAS, DIFÍCEIS E ANGUSTIANTES DECISÕES

ANDRE MIOTTO; PEDRO ANTUNES HONDA; THIAGO GANGI BACHICHI; CAIO SANTOS HOLANDA; JOSE ERNESTO SUCCI; JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Gêmeos conjugados são extremamente raros e o prognóstico varia de acordo com o grau de comunicação de órgãos e estruturas vasculares. A incidência mundial é de 1 a cada 200000 nascidos vivos com uma razão masculino/feminino de 3:1. Toracoconalópagos são o tipo mais comum, representando 70% dos casos. Estes pacientes tem 70% de mortalidade nos primeiros 3 meses de vida, e a separação precoce está associada ao aumento da mortalidade. A separação é recomendada após os 3 meses, com nutrição otimizada, uso de dermoexpansores e planejamento pré-operatório multidisciplinar. **Relato de Caso:** Relatamos aqui uma caso de gêmeas xifópagas, de 11 dias de vida, encaminhadas para avaliação no Hospital São Paulo após parto em outro serviço. Não foi feito o diagnóstico antenatal da malformação, apesar do acompanhamento pré natal ter sido realizado de forma correta. Nasceram a termo, em parto cesáreo, com peso combinado de 5 kg. Pelos exames de imagem, notamos fígado único, mas com dois hilos e duas vias biliares separadas. Após ecocardiograma persistiu a dúvida se havia fusão cardíaca e o grau de fusão. Pela condição crítica da gemelar número 2, devido a uma síndrome obstrutiva de via de saída do coração direito, optou-se pela separação para não colocar ambas em risco. Foi possível separar a parede torácica e o fígado, e não havia fusão cardíaca, apenas pericárdio único e ventrículos justapostos. O grande desafio foi separar a pele para fechar a parede toraco-abdominal de cada uma das gemelares. O fechamento foi possível graças ao uso de uma matriz colágena biodegradável e da estabilização da parede com barras metálicas transversais. A gemelar número 2 foi a óbito 11 horas após a cirurgia por complicações cardíacas, e a gemelar número 1 está saudável, em seguimento ambulatorial. **Discussão:** Muitos casos de separação de gemelares xifópagos são relatados, mas não há relato de outro caso onde foram usadas órteses metálicas para fixação da parede torácica. Com o auxílio da matriz colágena, essa foi uma boa solução para uma boa estabilização, ainda que temporária. A fusão pulmonar nesses casos é rara, não representando uma dificuldade descrita. Assim, o cirurgião torácico tem um papel fundamental dentro

da equipe multidisciplinar nesses casos, principalmente para a reconstrução da parede torácica.

PO006 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS METASTASES PULMONARES EM CRIANÇAS

ANA CRISTINA DOS SANTOS SABRITO; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI; IGOR PIRES DRACHLER; GUSTAVO DIEHL ZIEMINIZAK;
CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A ressecção de metástases pulmonares de tumores sólidos pediátricos vem se mostrando como um tratamento seguro e potencialmente curativo, com baixa morbidade, o que justifica uma abordagem agressiva para a ressecção cirúrgica em combinação com quimioterapia. **Objetivos:** Descrever o perfil e avaliar os resultados de pacientes com idade inferior a 18 anos que foram submetidos a ressecções de metástases pulmonares no período de janeiro de 2005 a setembro de 2014 no Serviço de Cirurgia Torácica Pediátrica do Hospital Santo Antônio, em Porto Alegre -RS. **Métodos:** Foram revisados os prontuários de 238 pacientes submetidos a ressecções pulmonares no Hospital da Criança Santo Antônio e selecionados 19 pacientes, que apresentaram o diagnóstico de tumor primário completamente eradicado e sem qualquer recorrência local, sem evidência de doença metastática extrapulmonar e com todas as metástases pulmonares ressecáveis com baixo risco operatório e reserva pulmonar suficiente para resistir à ressecção completa, independentemente do volume ou da localização da doença pulmonar. Foram imediatamente excluídos da análise os pacientes submetidos à metastasectomia pulmonar em outra unidade de saúde, com seus prontuários com informações incompletas e/ou com nódulos ressecados que se revelaram benignos à histologia. Os pacientes foram avaliados quanto à etiologia, número de nódulos ressecados, complicações pós-operatórias imediatas (até 30 dias após a cirurgia) e tardias (tempo >30 dias), tempo de acompanhamento pós-ressecção. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 8,50 anos, sendo 62,5% pacientes do sexo feminino. As principais patologias foram: osteossarcoma 31,6% (n=6), Tumor de Wilms 15,8% (n=3) e outras neoplasias 42,1% (n=8). Foram ressecados em média 2 nódulos por procedimento. Apenas três pacientes 15,7% foram submetidos a mais de uma ressecção neste período. Complicações pós-operatórias foram observadas em 36,5% dos pacientes, consistindo em dor (n=6) e pneumotórax (n=1), exclusivamente. Desses pacientes, apenas um apresentou associação das duas complicações. Houve um óbito pós-operatório relacionado à síndrome da angústia respiratória. Como complicações tardias, tivemos seis óbitos registrados em um intervalo maior que 30 dias do procedimento de ressecção de metástase pulmonar, com média de tempo de acompanhamento dos pacientes igual a 213 dias. **Conclusão:** As ressecções de metástases pulmonares realizadas em pacientes pediátricos são procedimentos seguros, com baixa morbidade e mortalidade no período pós-operatório imediato, devendo ser usadas como importante ferramenta no tratamento oncológico para tumores sólidos pediátricos.

PO007 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MASSAS MEDIASTINAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE¹; JULIO DE OLIVEIRA ESPINEL²; JOSÉ CARLOS FELICETTI²; LUCAS ELIAS LISE SIMONETI²; GUSTAVO DIEHL ZIEMINIZAK²; LEONARDO DALLA GIACOMASSA ROCHA THOMAZ²