

Pneumotórax controlado, uma técnica segura para acesso do mediastino posterior.

Prosperi RF, Paz DR Luz JHM, Martin HS, Gouveia HR, Rosa SD, Barbosa D, Carvalho TF
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) – Rio de Janeiro

OBJETIVO

Descrever a indução de pneumotórax como forma de isolar o pulmão, para realização de acesso seguro do mediastino posterior.

MATERIAIS E MÉTODOS

Apresentamos o caso de uma paciente com linfoma de Hodgkin, já tratado, com linfonodo positivo no exame de PET-TC. Paciente assintomática.

Encaminhada ao serviço de radiologia intervencionista para realização de biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 33 anos, com linfonodo positivo ao PET-TC, medindo 3,0 cm, posterior à veia cava superior, com história de linfoma de Hodgkin já tratado à dois anos, sendo solicitada biópsia percutânea.

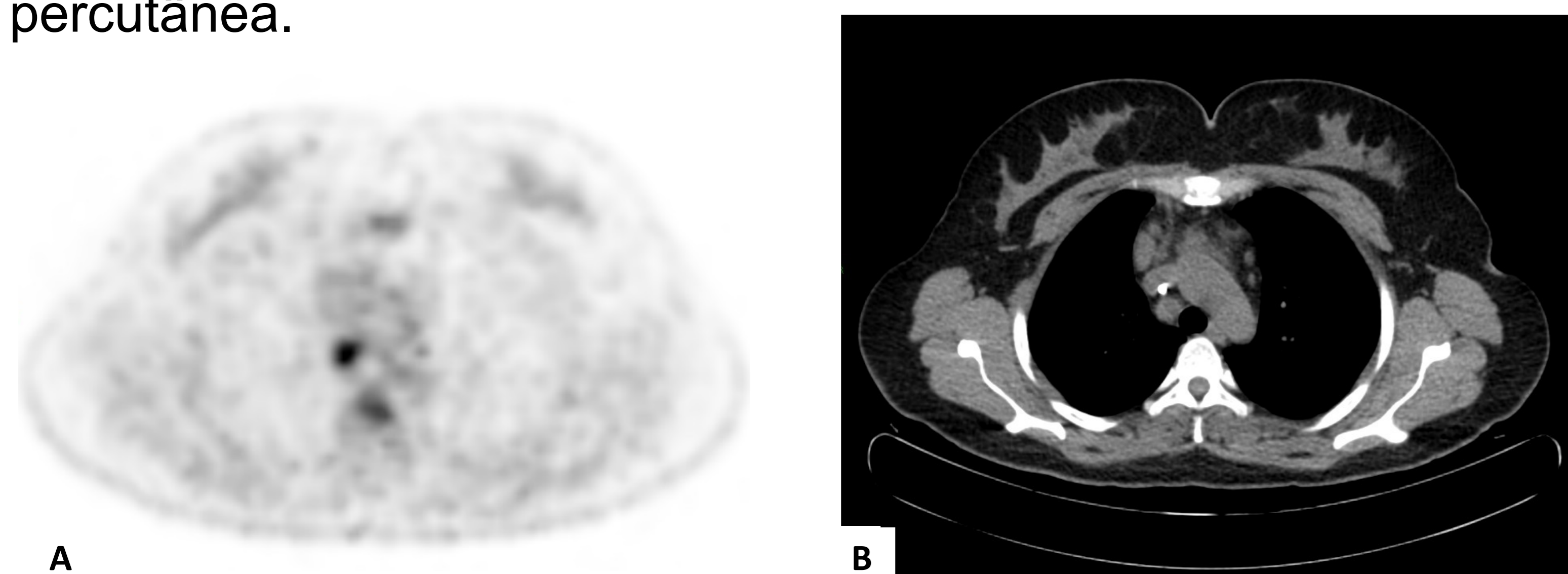


FIGURA 1: (A e B) PET-TC apresentando aumento de dimensões e metabolismo glicolítico do linfonodo paratraqueal direito.

Foi realizada tomografia do tórax, com a paciente em decúbito ventral pré procedimento e acesso venoso salinizado. Feito infiltração do anestésico local com lidocaína à 1% com bicarbonato de sódio, e nos planos mais profundos com agulha Chiba 21G x 9 cm, até a pleura parietal.

Injetado cerca de 200 ml de soro fisiológico no espaço pleural, pelo sistema de agulha co-axial da agulha de biópsia tru-cut, com posterior injeção de 1500ml de ar ambiente com sistema three-way. Colocado coxim para lateralização da paciente e abertura de janela segura do linfonodo suspeito.

Introduzido agulha de biópsia e retirado 3 fragmentos, com controle imediato, para verificação de lesão vascular.

Patologista em sala relatou material satisfatório.

Aspirado o pneumotórax, sem colocação de dreno pleural.

A paciente se manteve assintomática durante todo o procedimento.

A paciente se manteve assintomática durante todo o procedimento.

Foi realizado controle por tomografia 3h após o procedimento, com pneumotórax laminar, sendo optado por tratamento conservador. E liberada a paciente.

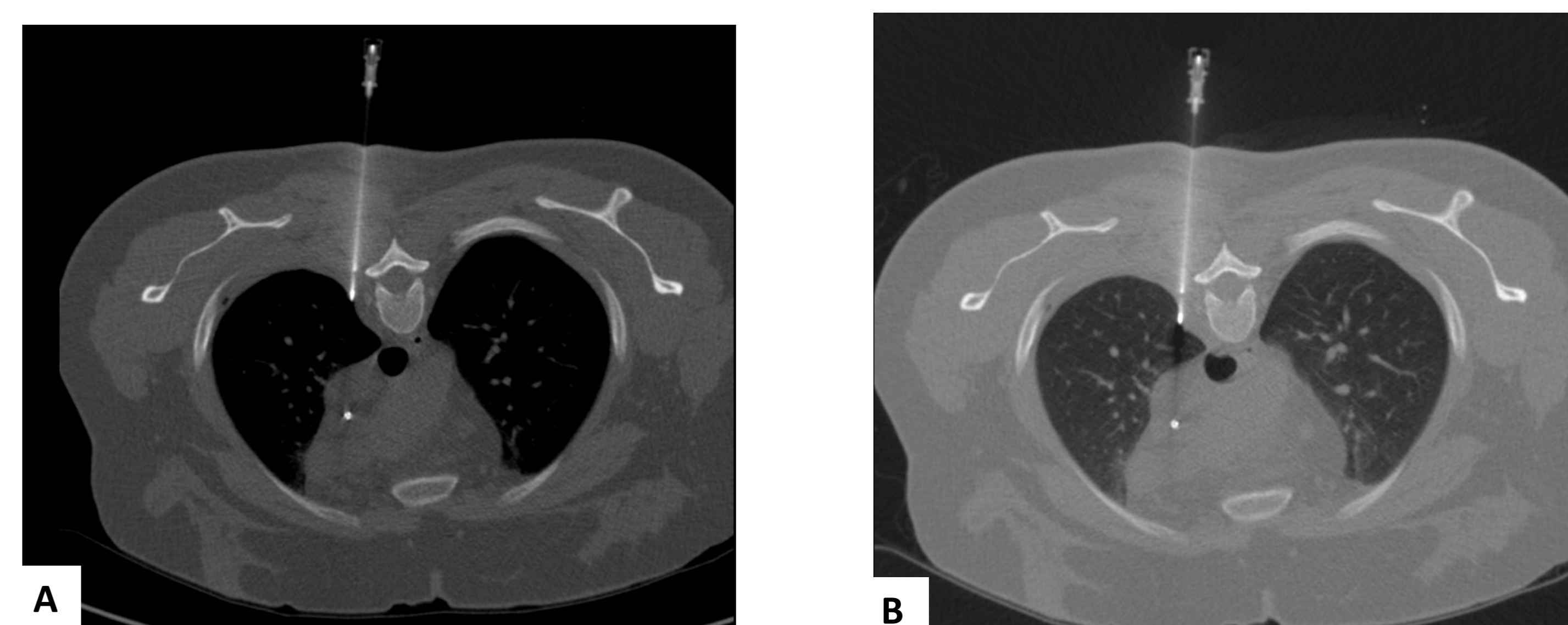


FIGURA 2: (A) Paciente em decúbito ventral, agulha Chiba 21G x 9 cm tocando na pleura parietal. (B) Hidrodissecação com 200 ml soro fisiológico.

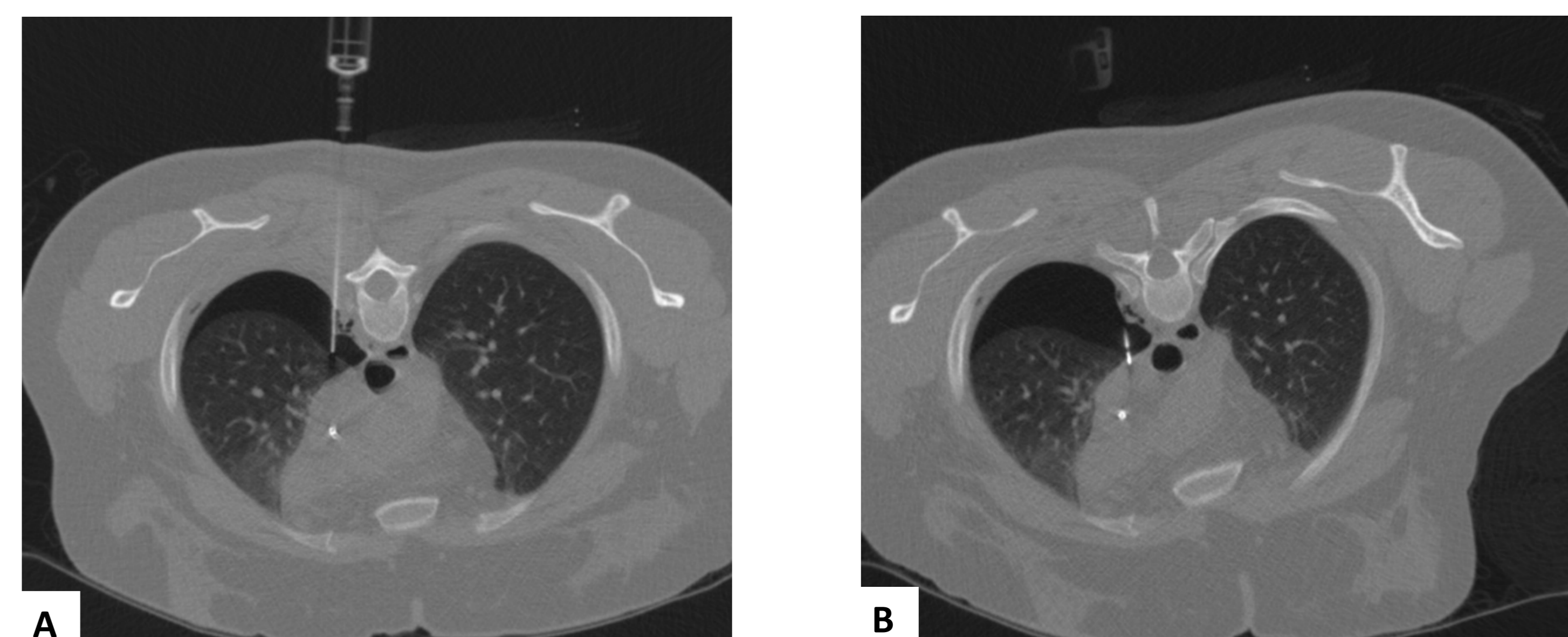


FIGURA 3: (A) Injeção de 1500 ml de ar no espaço pleural. (B) Paciente reposicionado para abertura de acesso ao linfonodo.

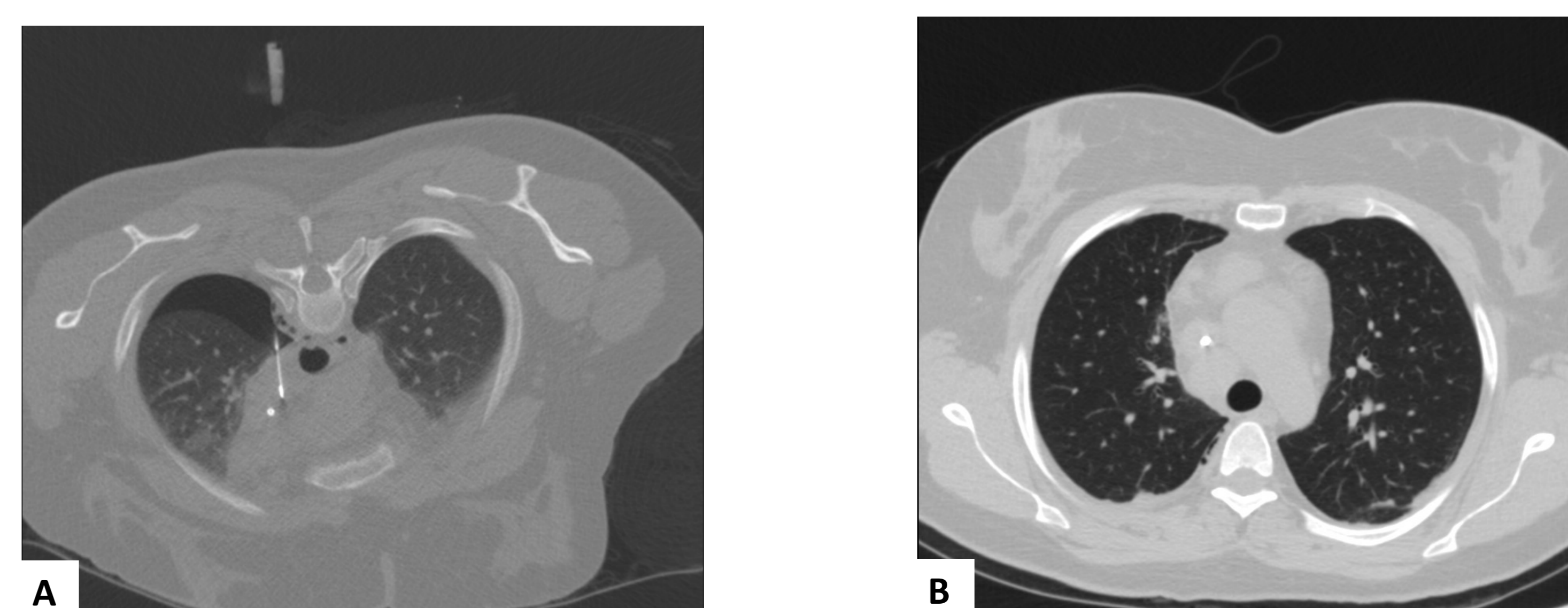


FIGURA 4: (A) Agulha Tru-cut 18 G com a gaveta aberta para 2 cm. (B) Controle após 3h da aspiração.

CONCLUSÃO

O pneumotórax controlado é uma técnica segura, e eficaz, para a realização de acessos percutâneos no mediastino, que não seriam possíveis sem o mesmo. Com menos risco de formação de pneumotórax grave após o procedimento.

REFERÊNCIAS

- Scalzetti EM. Protective pneumothorax for needle biopsy of mediastinum and pulmonary hilum. J Thorac Imaging. 2005 Aug;20(3):214-9.
- Wein, B.B., Dickgreber, N.J., & Guenther, R.W. (1997). Protective pneumothorax in CT monitored mediastinal puncture. RoFo - Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen und der Neuen Bildgebenden Verfahren, 166(4), 346-350.
- Lin Z-Y, Li Y-G. Artificial pneumothorax with position adjustment for computed tomography-guided percutaneous core biopsy of mediastinum lesions. Ann Thorac Surg 2009;87:920 - 4. Geraghty P. R., Kee S. T., McFarlane G., Razavi M. K, Sze D. Y., Dake M. D., CT-guided Transthoracic Needle Aspiration Biopsy of Pulmonary Nodules: Needle Size and Pneumothorax Rate. Radiology November 1, 2003; 229:475-481.
- Bressler EL, Kirkham JA. Mediastinal masses: alternative approaches to CT-guided needle biopsy. Radiology 1994;191: 391-396.