

Proserpi 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 (RJ)

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.

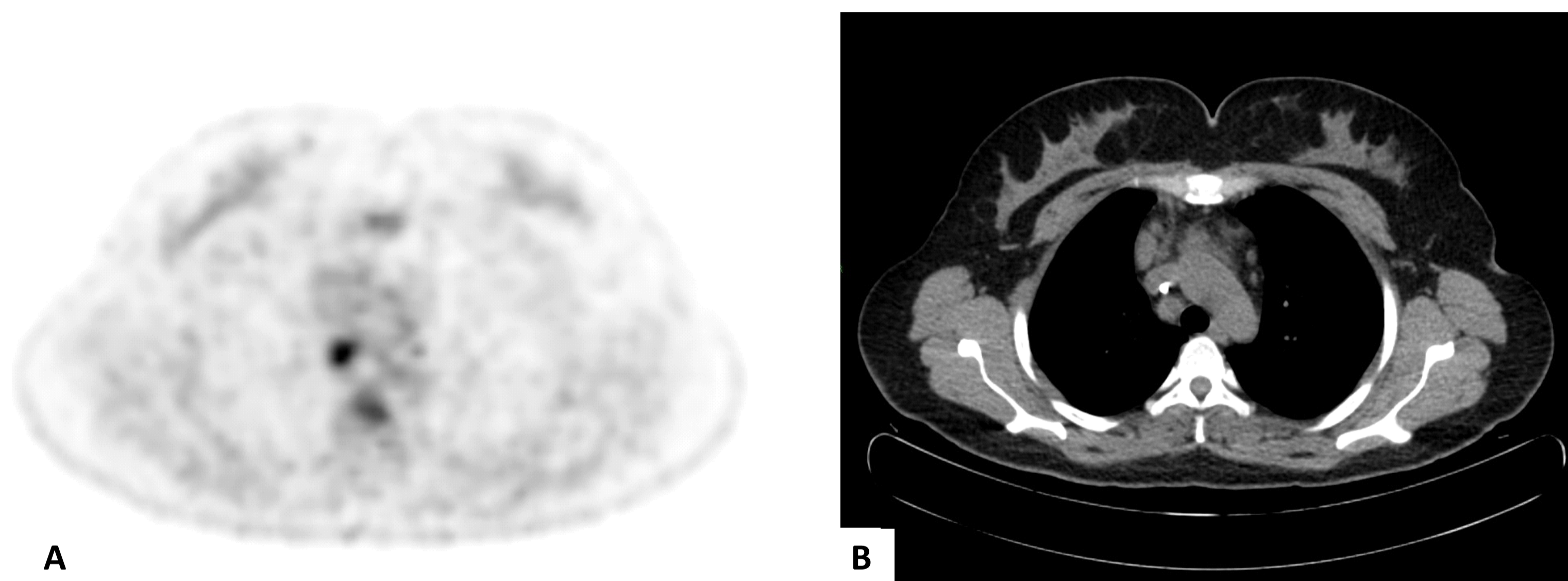


FIGURA 1: (A e B) PET-TC apresentando aumento de dimensões e metabolismo glicolítico do linfonodo paratraqueal direito.

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.

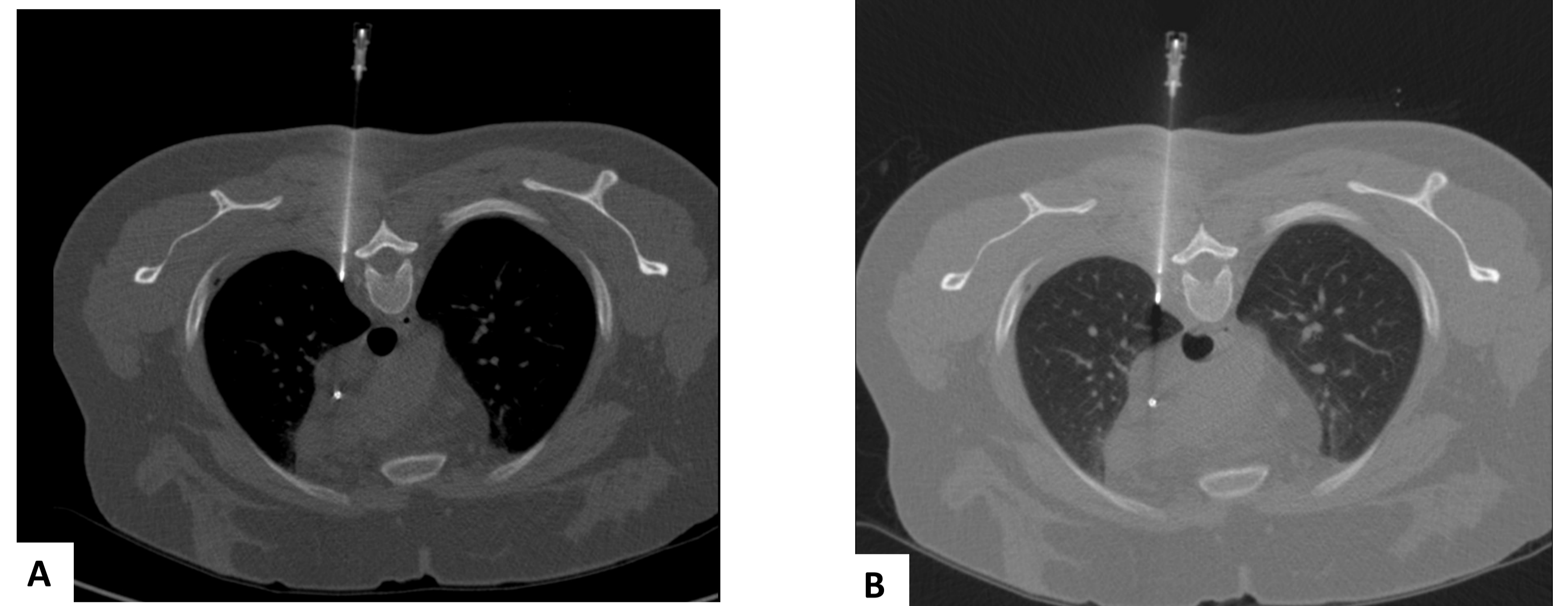


FIGURA 2: (A) Paciente em decúbito ventral, agulha Chiba 21G x 9 cm tocando na pleura parietal. (B) Hidrodissecção com 200 ml soro fisiológico.

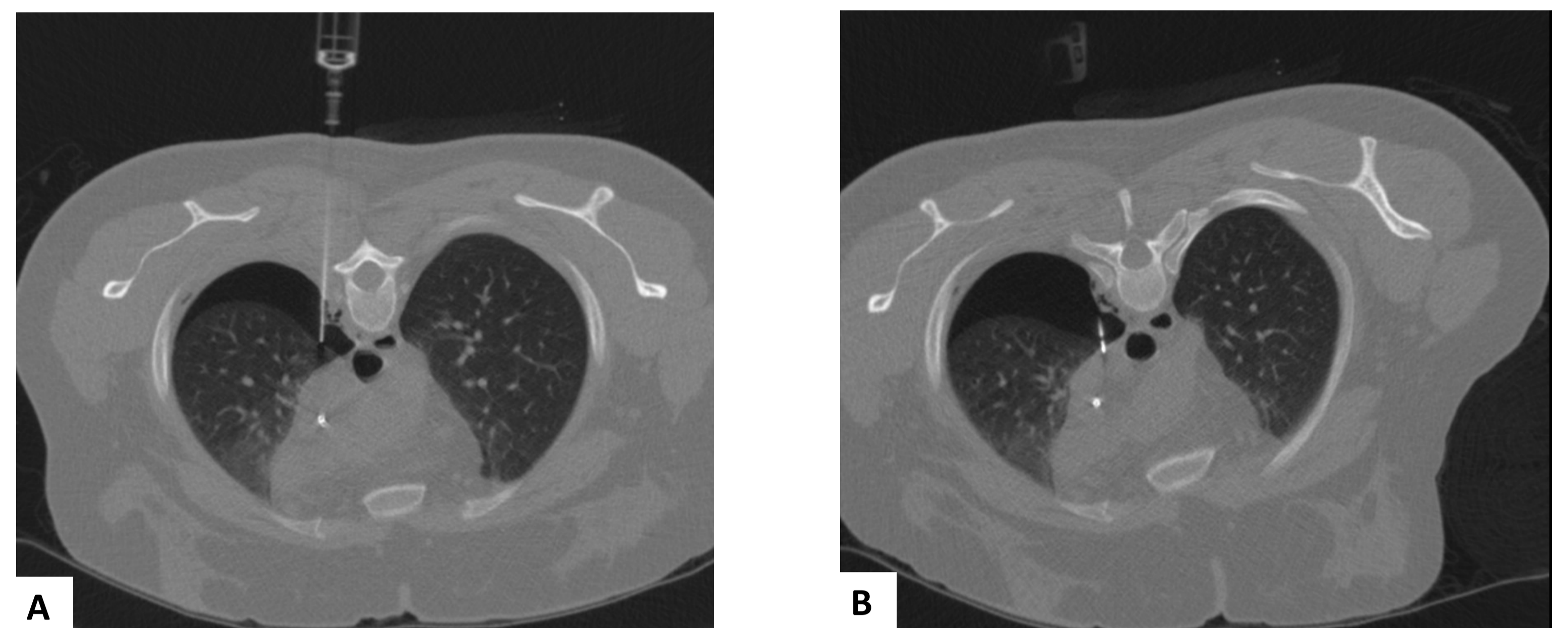


FIGURA 3: (A) Injeção de 1500 ml de ar no espaço pleural. (B) Paciente reposicionado para abertura de acesso ao linfonodo.

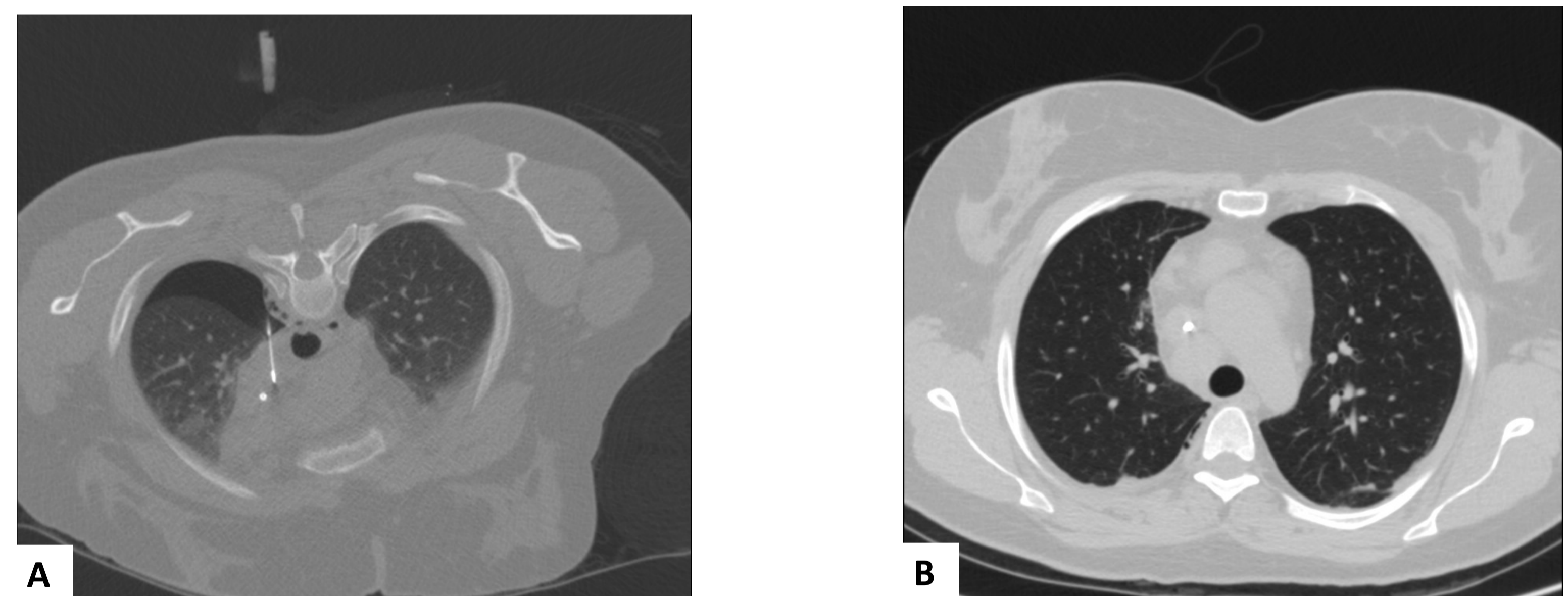


FIGURA 4: (A) Agulha Tru-cut 18 G com a gaveta aberta para 2 cm. (B) Controle após 3h da aspiração.

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.