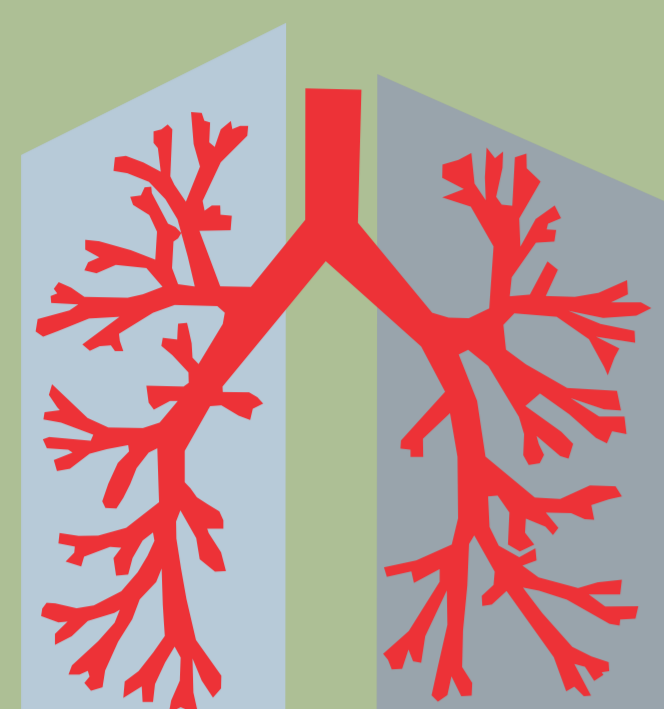


RELATO DE CASO

Mulher, 56 anos, tabagista, com história prévia de uma pneumonectomia esquerda por um carcinoma neuroendócrino pulmonar tipo carcinóide atípico de 7 cm 5 anos antes. O diagnóstico histológico prévio mostrava neoplasia neuroendócrina moderadamente diferenciada com necrose e atipias leves além da presença de 4 mitoses por 10 campos de grande aumento. O tumor distava 0,5cm da margem brônquica ressecada e determinava atelectasia de todo o pulmão esquerdo. Os linfonodos pulmonares, hilares e mediastinais foram negativos para metástases com estadiamento final de pT3N0M0. Ficou em acompanhamento quando 5 anos após a primeira cirurgia iniciou quadro de hemoptise. Nova broncoscopia mostrou lesão vegetante em carina com infiltração do brônquio fonte direito e estenose importante do óstio do brônquio fonte direito. Anatomopatológico confirmou carcinoma de células escamosas. Estadiamento sistêmico mostrou presença de adenomegalias mediastinais e nódulo metastático hepático. A paciente progrediu com surgimento rápido de estridor e dispneia. Foi então submetida a broncoscopia rígida, nova biópsia da lesão que confirmava mesmos achados histológicos de carcinoma de células escamosas. Durante o procedimento notava-se iminente obstrução do pulmão direito remanescente e único. Com a piora dos sintomas e a incapacidade de tratamento radioterápico sem palição da dispneia e estridor e na ausência de prótese que permitisse a aeração do óstio do brônquio o lobo superior direito foi colocada prótese de Montgomery tipo tubo T de silicone. Após ressecção endoscópica com eletrocautério e tunelização da região do tumor a prótese foi facilmente alocada. O ramo externo da prótese foi cortado mantendo comprimento de cerca de 5 mm. As extremidades proximais e distais foram diminuídas para permitir o by-pass da infiltração do brônquio fonte direito. Assim a paciente pode realizar o tratamento de radioterapia com segurança. Duas semanas após a colocação da prótese foi necessário toailete da prótese por broncoscopia flexível para remoção de crostas e rolhas. Após a radioterapia a paciente fez tratamento de quimioterapia sem necessitar de nenhuma abordagem por dispneia ou estridor. Paciente persistiu com a prótese por 7 meses quando teve óbito por doença metastática avançada mediastinal e cerebral.



CIRURGIA TORÁCICA
HOSPITAL DE MESSEJANA
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Fortaleza - Ceará

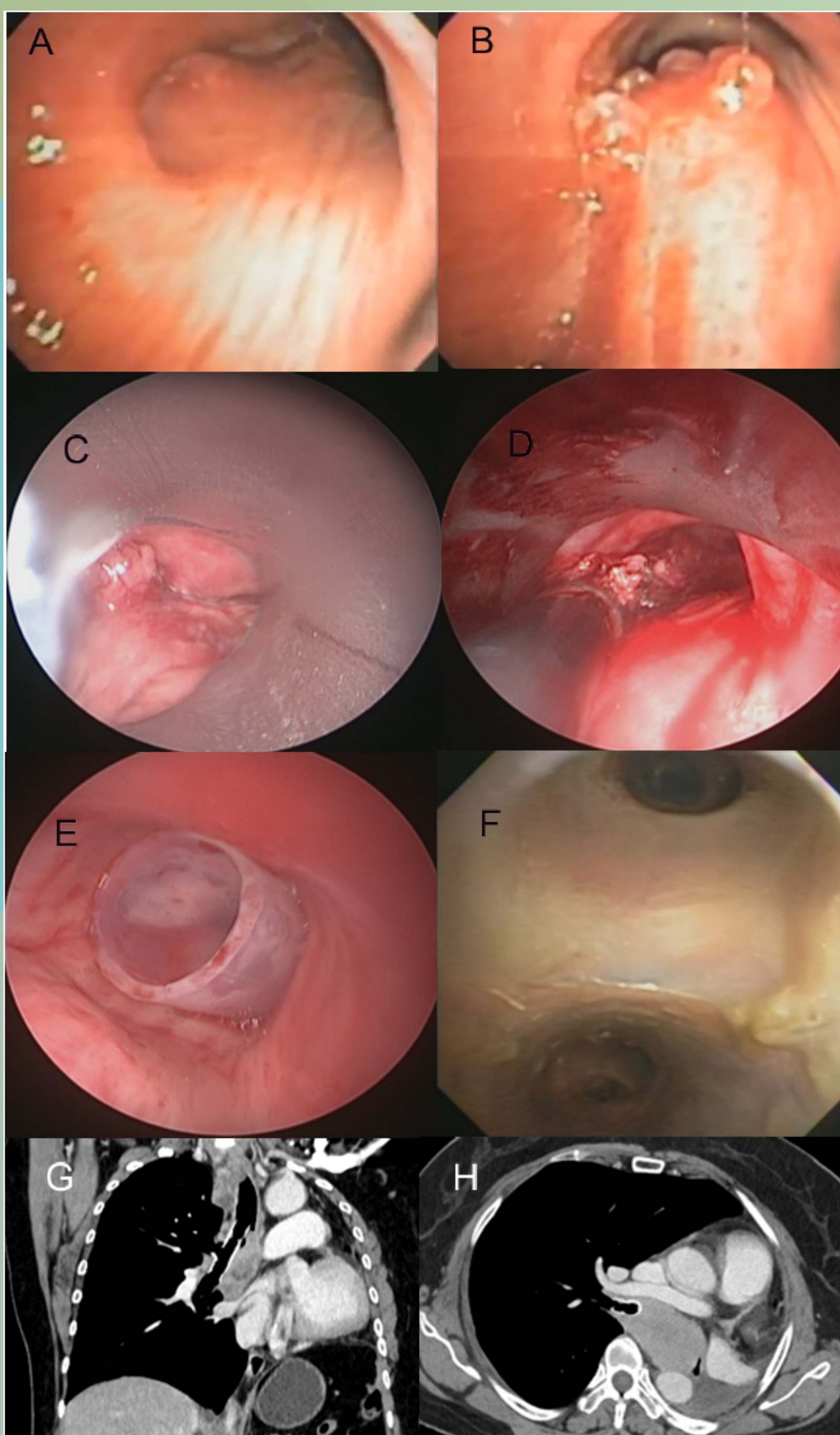


Figura 1: Broncoscopia flexível inicial, carina (A); Broncoscopia flexível inicial, brônquio principal direito, canto superior direito era brônquio lobar superior direito (B); Broncoscopia rígida, carina, obstrução quase completa (C); Broncoscopia rígida, brônquio principal direito após ressecção endoscópica e eletrocauterização (D); Broncoscopia rígida, tubo T de Montgomery colocado (E); Broncoscopia flexível 2 semanas após, carina direita nos segmentos do lobo superior direito brônquio, lobo médio inferior e carina do lobo inferior (F); Reconstrução tomográfica coronal, tópica tubo T de Montgomery (G); Tomografia axial, abertura do tubo T de Montgomery no lobo superior direito (H)

DISCUSSÃO

A prótese de Montgomery foi patenteada por William W. Montgomery e Eugene B. Hood em 1970, embora o próprio inventor tenha relatado um primeiro modelo feito de acrílico em 1964 (1,2). É provavelmente a prótese mais utilizada no mundo, com diversos fabricantes, modelos e variações. Seu uso é muito bem descrito como parte do tratamento de cicatrizes, estenoses traumáticas e malignas da laringe e traqueia. (3).

Quando há necessidade de colocação de stent na árvore respiratória direita, a abertura precoce do brônquio do lobo superior é sempre uma preocupação. Uma solução foi um relato anterior de abertura de janela no stent com laser (4). O primeiro relato do uso de um tubo T de Montgomery para estenose maligna do brônquio principal direito data de 2006 (5). O uso do tubo T de Montgomery para estenose maligna do brônquio fonte direito para garantir a ventilação do lobo superior também foi descrito em 2010 (6). Em 2012, há o primeiro relato de uma série de casos de tubo T de Montgomery para tratamento de estenose de anastomose pós-transplante em 9 pacientes e outra experiência com 2 casos em 2015 (7,8). Stents dedicados à anatomia da carina brônquica direita foram desenvolvidos, mas sua difusão limitada é uma grande limitação (9).

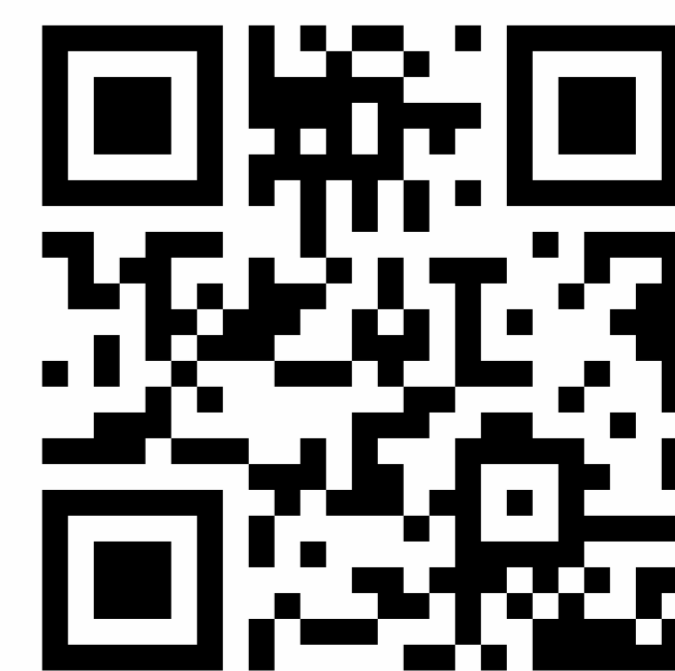
CONCLUSÃO

O uso do tubo T de Montgomery para tratamento de estenose maligna em paciente com pneumonectomia esquerda prévia é uma opção viável e segura.

REFERÊNCIAS

1. Montgomery WW, Hood EB. T-Shaped Tracheal Stent. United States; Patent 3721233, 1970. p. 1–6.
2. Montgomery WW. Manual for care of the Montgomery silicone tracheal T-tube. Ann Otol Rhinol Laryngol [Internet]. 1980 [cited 2021 Feb 21];89(4 V). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6776866/>
3. Wahidi MM, Ernst A. The Montgomery T-tube tracheal stent [Internet]. Vol. 24, Clinics in Chest Medicine. W.B. Saunders; 2003 [cited 2021 Feb 21]. p. 437–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14535218/>
4. Peled N, Shitrit D, Bendayan D, Kramer MR. Right upper lobe “window” in right main bronchus stenting. Eur J Cardio-thoracic Surg [Internet]. 2006 Oct [cited 2021 Feb 21];30(4):680–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16949831/>
5. Da Costa D, Dionisio J. Montgomery T stent and Dumon Y stent in the palliation of extensive malignant distal airway obstruction. 14th World Congr Bronchol. 2006; Abstract:38.
6. Deshmukh V, Zuccatosta L, Sediari M, Mei F, Gasparini S, Salvolini L. Stenting right main bronchus with montgomery T tube for upper lobe ventilation. J Bronchol Interv Pulmonol [Internet]. 2010 Jan [cited 2021 Feb 21];17(1):90–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23168670/>
7. Lari SM, Gonin F, Colchen A. The management of bronchus intermedius complications after lung transplantation: A retrospective study. J Cardiothorac Surg [Internet]. 2012 Jan 20 [cited 2021 Feb 21];7(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22264350/>
8. Pinillos Robles J, García Luján R, de Pablo Gafas A, de Miguel Poch E. Treating Bronchus Intermedius Stenosis in Lung Transplantation With Montgomery T-tube Stent. A Novel Technique. Arch Bronconeumol [Internet]. 2015 Feb [cited 2021 Feb 21];51(2):e5–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24997130/>
9. Oki M, Saka H. New dedicated bifurcated silicone stent placement for stenosis around the primary right carina. Chest [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 21];144(2):450–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23471292/>

ASSISTA VÍDEO



COMPLETO DO CASO