

## USO DA ECOBRONCOSCOPIA POR VIA ESOFÁGICA (EUS-B) NA ABORDAGEM DE LESÕES MEDIASTINAIS

*Luis Guilherme Soares Pereira Akil; André Welisson Marques de Araújo; Carolina Wilbert Baisch; Amir Szklo; Marcos de Carvalho Bethlem; Maria Clara Simões da Motta Telles Ribeiro; Bianca Peixoto Pinheiro Lucena; João Pedro Steinhauser Motta;*

*Universidade Federal do Rio de Janeiro;*

Autor principal: Luis Guilherme Soares Pereira Akil

**INTRODUÇÃO.** A ultrassonografia endobrônquica (EBUS) foi introduzida em 2002 para abordagem das lesões mediastinais, especialmente no cenário do câncer de pulmão. Em 2007, foi relatada pela primeira vez a utilização do aparelho de EBUS por via esofágica (EUS-B). Essa estratégia permite alcançar cadeias linfonodais e estruturas adjacentes ao esôfago não abordáveis pela via aérea. Uma vantagem é a maior facilidade de acesso a essas estruturas comparado com o acesso pela via aérea em pacientes com condições respiratórias limítrofes. **OBJETIVOS.** Descrever a experiência do serviço de broncoscopia do Instituto de Doenças do Tórax (IDT) da UFRJ na abordagem de estruturas mediastinais por EUS-B. **MÉTODOS.** Análise retrospectiva através da coleta de dados de prontuário dos casos de EUS-B entre 2021 e 2024 no IDT/UFRJ. Foi utilizado o aparelho de EBUS da Olympus UC-180F e a agulha de EBUS 22 G. Maioria dos exames foi realizada com sedação, acesso via oral. A imagem ultrassonográfica era utilizada para identificação de marcos ultrassonográficos (fígado, átrio, aorta), determinação das cadeias linfonodais e sítios de punção. Inicialmente progredia-se o aparelho até localizar o fígado, tracionando-o cranialmente até encontrar os marcos ultrassonográficos de interesse e estruturas que foram punctionadas. **RESULTADOS.** Foram realizados 40 exames de EUS-B e 38 punções aspirativas. As indicações da realização do EUS-B foram: 52,5% – pela localização da lesão; 35% – pela condição clínica limítrofe do paciente (por exemplo, saturação de oxigênio limítrofe, uso de oxigênio ou síndrome de veia cava superior); 10% – por sedação difícil e tosse intensa durante a broncoscopia; 2,5% – por sangramento durante a broncoscopia. Rendimento diagnóstico foi de 73,6%. Desses, a maioria era representada por adenocarcinoma (28,95%) e carcinoma escamoso (13,15%), seguido de metástases de outros sítios (5,2%). Diagnósticos mais raros também foram obtidos: aspergilose, histiocitose, mesotelioma, sinoviossarcoma, tumor torácico indiferenciado com deficiência SMARCA4 e linfadenite granulomatosa. Houve um total de 10 resultados negativos, 5 deles com material não representativo. Sem complicações relacionadas ao procedimento. **CONCLUSÕES.** Na coorte apresentada, o EUS-B foi indicado pela localização do sítio de biópsia em mais de 50% dos casos. Além disso, cerca de um terço dos pacientes apresentavam condição respiratória limítrofe, e somente através do EUS-B, chegou-se ao diagnóstico final. Dessa forma, o EUS-B mostra-se como um relevante método diagnóstico adicional da endoscopia respiratória para abordagem das lesões mediastinais em situações específicas.

Palavras-chave: Ecobroncoscopia, Lesões mediastinais, EUS-B.