

Bócio intratorácico: análise de 11 casos de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico

Intratoracic goiter: analysis of 11 patients submitted to surgical management

Fernando Luiz WESTPHAL¹, João Bosco BOTELHO², Raymison Monteiro de SOUZA³, Luiz Carlos de LIMA⁴, Arteiro Queiroz MENEZES⁵, Márcio Ribeiro KZAM⁶

RESUMO - O bócio intratorácico é uma afecção rara da glândula tireóide. Os seus sintomas estão diretamente relacionados ao desenvolvimento intratorácico da glândula, que acomete mais frequentemente o mediastino anterior (75 a 90%). Este trabalho teve como finalidade um estudo retrospectivo por meio da análise de prontuários de 11 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico entre junho/1997 e novembro/2002, no Hospital Universitário Getúlio Vargas e Hospital Beneficência Portuguesa de Manaus. A média da idade dos pacientes estudados foi 55,3 anos (36 a 76 anos) e a totalidade dos casos era do sexo feminino. Os achados de imagem pela tomografia computadorizada demonstraram que a maioria dos bócios intratorácicos 10/11 (90,9%) encontrava-se no mediastino anterior e apenas um/11 (9,1%) caso no mediastino visceral. O acesso cirúrgico utilizado foi cervico-torácico com esternotomia total em sua maioria. A análise histopatológica evidenciou bócio colóide em sete/11 (63,6%), seguido do adenoma folicular três/11 (27,3%) e carcinoma folicular um/11 (9,1%). As complicações pós-operatórias e os índices de mortalidade foram nulos. Como a compressão da traqueia pode resultar em graves problemas respiratórios, o tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica tão logo o diagnóstico seja realizado.

Descritores: Bócio intratorácico, tratamento cirúrgico

INTRODUÇÃO

O bócio intratorácico é uma entidade clínica rara em todo o mundo. O processo de evolução pode ser crônico, lento e adaptativo, sem promover sintomas ou sinais compressivos sobre estruturas adjacentes por vários anos. As complicações mais frequentes nesses casos são compressão aguda de estruturas vitais e risco aumentado de malignidade¹.

Estudos efetuados revisando os resultados do tratamento cirúrgico de pacientes com bócio intratorácico nos últimos dez anos, mostraram que dos 28 pacientes tratados, 75,6% apresentavam dispnéia, disfagia progressiva e síndrome de compressão da veia cava superior, enquanto 25% compressão traqueal².

MAIA & ARAÚJO (2002)³ constataram dos métodos de rastreamento do bócio intratorácico, a Tomografia Axial Computadorizada (TAC) de tórax isolada foi

¹ Doutor em Cirurgia Torácica, Chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do HUGV

² Prof. Titular Doutor Livre Docente em Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia

³ Mestre em Cirurgia Vascular, Coordenador do Conselho de Residência Médica

⁴ Mestre em Cirurgia Cardíaca, Médico Assistente de Cirurgia Torácica do HUGV

⁵ Médico Assistente de Cirurgia Torácica do HUGV

⁶ Residente de Cirurgia Geral do HUGV

foi utilizada como diagnóstico em 38% dos estudos. Apresentou eficácia de 100% para o diagnóstico em todos os estudos, não sendo necessária a associação de outro método para avaliação. A TAC seguida de Ressonância Nuclear Magnética (RNM) foi usada em 28,5% dos trabalhos analisados. Não houve diferença na eficácia do diagnóstico em relação à TAC isolada. A cintilografia foi usada em apenas dois estudos, sendo necessária somente no caso de dúvida quanto à presença ou não de tecido tireoidiano. Os mesmos autores concluíram que a TAC seguida de RNM foram os métodos de escolha para avaliar as dimensões da massa, a relação com estruturas adjacentes e o tratamento a ser realizado².

Um número significante desses pacientes, contudo, pode desenvolver várias complicações, como compressão de estruturas vitais e malignidade. Embora a incidência do tumor intratorácico seja limitada, o risco de malignidade e sintomas compressivos claramente indicam a necessidade do tratamento cirúrgico, sendo recomendado para os bócio intratorácicos o acesso cervico-torácico com esternotomia mediana¹.

Preende-se, neste trabalho, avaliar os resultados do tratamento cirúrgico a que foram submetidos os pacientes portadores de bócio intratorácico considerando como variáveis: idade, sexo, quadro clínico, diagnóstico pré-operatório, localização da lesão, acesso cirúrgico preferencial, evolução pós-operatória, volume da massa tumoral e diagnóstico histopatológico.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo mediante revisão de prontuários de 11 pacientes portadores de bócio intratorácico, no período compreendido entre junho/1997 a novembro/2002, tratados cirurgicamente pelos Serviços de Cirurgia Torácica e de Cabeça e Pescoço no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e Beneficência Portuguesa, na cidade de Manaus, Amazonas.

Os dados coletados nos prontuários para análise foram: idade, sexo, localização, acesso cirúrgico mais adequado, a evolução pós-operatória, volume da massa tumoral e diagnóstico histopatológico.

Os critérios de inclusão da amostra foram: pacientes portadores de bócio intratorácico que foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo excluídos do estudo os portadores de bócio cervical ou bócio ectópico mesmo que tenham sido submetidos a tratamento cirúrgico.

RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de 55,3 anos (36 a 37 anos) e todos eram do sexo feminino (Figura 1).

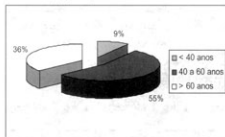


Figura 1. Representação gráfica dos pacientes com relação a idade.

Todos os pacientes apresentaram sintomas compressivos e de desvio traqueal, não sendo evidenciados sintomas de alteração da função tireoideana, nem quadros súbitos de insuficiência respiratória.

Os achados de imagem pela TAC demonstraram que a maioria dos bócios mergulhantes 10/11 (90,9%) encontrava-se no mediastino anterior e apenas um/11 (9,1%) caso no mediastino visceral (Figura 2).

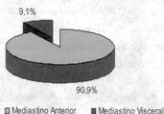


Figura 2. Representação gráfica dos pacientes com relação a localização do bócio.

O acesso cirúrgico utilizado foi cervico-torácico com esternotomia parcial em dois casos e nos demais, esternotomia total (Figura 3), não havendo necessidade de drenagem da cavidade pleural (Figuras 3 e 4).



Figura 3. Apresentação clínica de um paciente com bócio intratorácico.



Figura 4. Acesso cirúrgico cervico-torácico com esternotomia total.

Os pacientes permaneceram no Centro de Terapia Intensiva (CTI) no pós-operatório imediato e 24 horas do pós-operatório e evoluíram sem complicações até a alta hospitalar, em média sete dias após o tratamento cirúrgico. As taxas de complicações pós-operatórias e de mortalidade foram nulas.

A histopatologia das peças operatórias evidenciou que sete/11 (63,6%) casos eram bócio colóide, três/11 (27,3%) adenoma folicular e um/11 (9,1%) carcinoma folicular (Figura 5) e que a massa da glândula variou entre 145 e 227g (média 186g) (Figura 5).

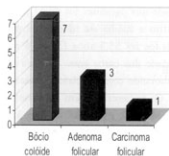


Figura 5. Representação gráfica dos pacientes com relação ao tipo histopatológico do bócio intratorácico.

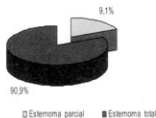


Figura 6. Representação gráfica dos pacientes com relação a via de acesso cirúrgico.

DISCUSSÃO

O bócio intratorácico incide mais na 5ª década de vida e a condição afeta três a cinco vezes mais as mulheres que os homens. TORRE *et al.*, (1995)⁴ avaliaram 237 pacientes no período de 1968 a 1991, e observaram que a média de idade foi 78 anos, predominando o sexo feminino. FARDEL *et al.*, (1996 apud MAIA & ARAÚJO, 2002)⁵ reportaram a experiência de tratamento cirúrgico de 62 pacientes com bócio intratorácico no período de 1980 a 1995 (23 do sexo masculino e 39 do sexo feminino). A média de idade dos pacientes foi de 63 anos. Neste trabalho a média de idade dos pacientes estudados foi 55,3 anos (36 a 76 anos) e a totalidade dos casos eram do sexo feminino corroborando com os relatos estudados.

Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas devido à pressão mecânica exercida pela glândula. Os bócios intratorácicos são responsáveis por sintomas de compressão da traquéia, resultando em desvios, estenoses e condromalácia. TORRE *et al.*, (1995)⁴ constataram que os sintomas ou sinais iniciais foram massa tumoral em

mediastino presente aos raios X de tórax (72%), compressão traqueal (16,2%), hipertireoidismo (13,1%), hipotireoidismo (1,3%) e 5,5% eram assintomáticos. Segundo FARDEL *et al.*, (1996)⁵ o sintoma mais comum foi a dispnéia (32%), conseqüente a compressão traqueal. Vale ressaltar que os sintomas mais comuns segundo a literatura são dispnéia e disfagia progressiva (TORRE *et al.*, 1995⁴, E DEDIVITIS *et al.*, 1999⁶); síndrome de compressão da veia cava superior e insuficiência respiratória aguda em alguns casos (MARON *et al.*, 1998)⁷. A alteração da função tireoidiana não foi achada freqüente. A taxa de hipertireoidismo foi moderada, variando entre 9,0 e 13,1% dos casos de bócio intratorácico. O hipotireoidismo é manifestação rara (1,3%)⁴. Todos os pacientes do presente estudo, apresentavam sintomas de compressão e desvio traqueal, não sendo evidenciados sintomas de alteração da função tireoideana, nem quadros súbitos de insuficiência respiratória.

Neste trabalho, a maior a incidência do bócio intratorácico se localizava no mediastino anterior, resultado semelhante ao encontrado por outro estudos⁸.

Em geral o diagnóstico é clínico mediante à palpação do bócio cuja extremidade inferior não pode ser determinada. Os exames laboratoriais não revelam alteração de função tireoidiana. A radiografia de tórax permite avaliar o alargamento do mediastino e o desvio traqueal, contudo em todos os casos foi realizado TAC para definir a relação com as estruturas vizinhas. Estudo realizado no Hospital Ana Costa (Santos-SP), entre 1995 e 1997, análise dos resultados do tratamento cirúrgico em 32 pacientes, o diagnóstico foi inicialmente clínico, comprovado por métodos de imagem⁹.

Em um estudo de revisão da literatura, ficou evidenciado que o tratamento do bócio intratorácico é cirúrgico na maioria dos casos, com tireoidectomia por meio da via cervical⁹. A esternotomia é utilizada em pequena escala, em situações específicas como ampliação da via de acesso. Nos bócios de grande volume intratorácicos o acesso cervical para a ressecção da glândula implica em grande possibilidade de lesão do nervo laríngeo recorrente, o que torna necessário o acesso torácico combinado. Considerando a possibilidade das complicações acima descritas e o grande volume dos bócios intratorácicos operados optou-se pelo acesso cirúrgico cérvico-torácico com esternotomia parcial em dois casos e nos demais esternotomia total, não havendo necessidade de drenagem da cavidade pleural. Escolha terapêutica semelhante ao estudo de SAHA *et al.*, que recomendam a esternotomia mediana como via de escolha¹.

Quanto à histopatologia, os nódulos colóides predominaram sobre os demais achados, o que pode ser constatado em outro estudo², onde o achado anátomo-patológico mais comum foi de bócio colóide (42,8%), seguido de hiperplasia nodular (35,8%) e carcinoma papilífero (10,7%). Estudo do tratamento cirúrgico do bócio mergulhante em 210 pacientes operados no período de 1980 e 1996 foram registrados achados na presente apenas três casos de carcinoma papilífero¹⁰. Nesta casuística foi observado apenas um caso de malignidade perfazendo um total de 9,1 %, cujo tipo histológico foi carcinoma folicular.

MATTIOLI *et al.*, (1996)¹¹ observaram que 4,6% dos pacientes evoluíram com disfonias no pós-operatório tardio. ALVAREZ *et al.*, (1997)² registraram 2 casos de traqueomalácia e 3 casos de lesão de nervo laríngeo recorrente no pós-operatório (17,85%). GOUDET *et al.*, (1996)¹²

hipoparatiroidismo em 3% e lesão de nervo laríngeo recorrente em 4% dos casos.

Os autores SAHA *et al.*, (1997)¹ relatam sua experiência de 18 casos submetidos a tratamento cirúrgico. Não houve nenhum registro de óbito nessa casuística, resultado semelhante ao encontrado nesta série.

CONCLUSÃO

Dos achados na presente proposição, aliados a outros estudos, permitiu que se possa inferir as seguintes conclusões:

- ✓ o tratamento cirúrgico é a forma mais eficaz de erradicação do bócio, quando rápida descompressão faz-se necessária;
- ✓ é necessário avaliar cada caso individualmente, priorizando não apenas o tratamento da doença em si, mas a manutenção da qualidade de vida do paciente;
- ✓ se a condição clínica do paciente é adequada, a presença de um bócio é um indicativo para cirurgia, desde que não exista um modo efetivo de parar seu crescimento;
- ✓ a supressão hormonal pelo uso do iodo radioativo pode ser indicada, entretanto comprovada a compressão pelo componente subesternal, a cirurgia deve ser o tratamento indicado.

Em resumo, dada a baixa morbidade e mortalidade da esternotomia, a ressecção deve ser planejada eletivamente, antes que haja um comprometimento da via aérea mediante a compressão da traquéia ou traqueomalácia.

ABSTRACT – The intrathoracic goiter is a rare disease of the thyroid glandule. Their symptoms are directly related to the intrathoracic development of the glandule, which affects more often the anterior portion of mediastinum. The paper purpose was a retrospective study by the analysis of registers of 11 patients submitted to surgical treatment between June, 1997, and November, 2002, in Getúlio Vargas Hospital and Beneficência Portuguesa de Manaus Hospital. The medium age of the patients was 55,3 years (36-76 years) and all the cases were female. The image findings by computed tomography demonstrated that mostly of the intrathoracic goiter 10/11 (90,9%) were in the anterior portion of mediastin and only 1/11 (9,1%) into the visceral compartment of mediastinum. The more utilized surgical access was cervico-thoracic with median sternotomy. The histopatological analysis demonstrated colóide goiter in 7/11 (63,6%), followed by follicular adenoma in 3/11 (27,3%) and follicular carcinoma in 1/11 (9,1%). The pos-operative complications and the mortality rate were none. As the trachea compression may result in severe respiratory symptoms, the best treatment is the surgical resection as soon as the diagnosis is made.

Descriptors: Intrathoracic goiter; surgical treatment

REFERÊNCIAS

1. SAHA SP, RAGERS AG, EARLE GF, NACHIBAUER C, BAKER M. Surgical management of intrathoracic goiter. *J Ky Med Assoc*, 85(10):421-3, 1997.
2. ALVAREZ KA, CEREZO MF, BAAMONDE LC et al. Surgical treatment of cervicomediastinal goiter. *Arch Bronconeumol*, 33(2):84-8, 1997.
3. MAIA FFR, ARAÚJO J.R. Bócio mergulhante: quando operar?. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 46(6):708-715, 2002.
4. TORRE G, BORGONOVO G, AMATO A et al., Surgical management of substernal goiter: analysis of 237 patients. *Am Surg*, 61(9):826-31, 1995.
5. FARDEI F, CHAPÉLIER A, LANCELIN C, MACGHARINI P, DARTÉVELLE P. Intrathoracic goiters. 62 surgically treated patients, 1996.
6. DEDIVITIS RA, GUIMARÃES AV, MACHADO PC, SUEHARA NA, NODA E. Surgical treatment of the substernal goiter. *Int Surg*; 84(3):190-2, 1999.
7. MARON JC, SINGER JA, SARDI A. Retrospective goiter: a six-year institutional review. *Am Surg*, 64(9):889-93, 1998.
8. VADASZ, P., KOTSIS; L. Surgical aspects of 175 mediastinal goiters, 1998.
9. CARACO C, CONZO G, CANDELA G, ESPÓSITO B, SANTINI; L., Substernal goiters: current diagnostic-therapeutic trends, 1997.
10. MAKEJEFF M, MARLIER F, KHUDJADZE; M, GARREL R, CRAMPETTE L, GUERRIER B. Substernal goiter. Report of 212 cases. *Ann Chir*, 125(1):18-25, 2000.
11. MATIOLLI FP, TORRE GC, BORGONOVO G, AREZZO A, BIANCHI C, UGH M. Surgical treatment of cervico-mediastinal goiter. *Ann Ital Chir*, 67(3):365-71, 1996.
12. GOUDET P, RAGOIS P, GUERGAH M, COUGARD P. Specific morbidity of substernal goiters. A comparative study with a matched series of cervical goiters. *Ann Chir*, 50(10):913-7, 1996.

Correspondências para:

Dr. Fernando Luiz Westphal
Av. Perimetral II, 2.450
Residencial Jardim Itália, Ed. Turim, Apto 401.
f.l.westphal@uol.com.br