Cisto broncogênico

Broncogenic cyst

MIGUEL ANGELO MARTINS DE CASTRO JUNIOR – Professor do Departamento de Cirurgia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Cirurgião Torácico do Hospital Universitário de Rio Grande e da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande – ACSCRG.
MIGUEL ANGELO MARTINS DE CASTRO – Professor do Departamento de Cirurgia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG.
CÁCIO RICARDO WIETZYCOSKI – Acadêmico de Medicina da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Estagiário de Cirurgia Torácica da ACSCRG.
CLEITON BICCA MESPAQUE – Acadêmico de Medicina da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Estagiário de Cirurgia Torácica da ACSCRG.

Trabalho realizado na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG), Rio Grande, RS.

✉ Endereço para correspondência:
Miguel Angelo Martins de Castro Junior
Rua Dr. Nascimento, 656
96200-300 – Rio Grande, RS – Brasil
Fone: (53) 3232-8988
💻 miguelacjr@hotmail.com

RESUMO

Os cistos broncogênicos são os cistos mais comuns do mediastino (50-60%). A cirurgia é o tratamento de escolha, usando uma toracotomia póstero-lateral. Reportamos caso de um paciente masculino de 36 anos, apresentando cisto broncogênico, onde foi utilizada a cirurgia torácica videoassistida (CTVA) para a ressecção do cisto. A CTVA tem se mostrado a técnica mais favorável na abordagem dos cistos broncogênicos, com reduzida morbidade pós-operatória quando comparada com a cirurgia tradicional.

UNITERMOS: Cirurgia Torácica, Cisto Broncogênico, Cisto de Mediastino.

ABSTRACT

The bronchogenic cysts are the most common of the mediastinal cysts (50-60%). They are occasionally found in the chest X-ray of assymptomatic patients. Surgery is the treatment of choice, commonly with a posterior-lateral thoracotomy. We report a case of a 36-year-old male with bronchogenic cyst in which Video-Assisted thoracic surgery (VATS) was done to remove the cyst. There were some difficulties in the procedure, however VATS is the most favorable technique in managing the bronchogenic cyst, reducing surgical morbidity when compared to traditional surgery.

KEY-WORDS: *Thoracic Surgery, VATS, Broncogenic Cysts, Mediastinum Cysts.*

INTRODUÇÃO

Os cistos congênitos são os mais comuns do mediastino, responsáveis por aproximadamente 20% das massas mediastinais (1). Os cistos broncogênicos representam 50 a 60% de todos os cistos do mediastino, sendo originados a partir de um brotamento anormal do intestino anterior primitivo que forma a árvore traqueobrônquica (2). Oitenta e cinco por cento dos cistos broncogênicos surgem no mediastino e têm relação anatômica com a traquéia, brônquio principal e carina, localizando-se na maioria das vezes no mediastino médio ou posterior, sendo que 15% ocorrem no pulmão (1, 2). Os cistos broncogênicos imitam a estrutura da traquéia ou brônquios, sendo revestidos internamente por epitélio respiratório (pseudo-estratificado colunar ciliado), contendo glândulas brônquicas, músculo liso e ilhas de cartilagem externamente, sendo incomun a comunicação com a árvore traqueobrônquica (1). O conteúdo dessas estruturas é variável, podendo estar preenchidos por fluido seroso, material mucóide, pus ou sangue (2).

Cistos broncogênicos podem ser vistos em qualquer idade, mas são diagnosticados mais freqüentemente em adultos em torno dos 36 anos de idade (3). Podem ser descobertos incidentalmente em pacientes assintomáticos. Sangramento, infecção ou aumento da secreção epitelial podem causar alargamento e conseqüentes sintomas aerodigestivos. Dois terços dos pacientes eventualmente desenvolvem sintomas, mais comumente originados na via aérea ou devidos à compressão esofágica (3). Crianças maiores e bebês comumente apresentam sintomas de obstrução severa de via aérea ou pneumonia (3). Infecção do cisto é incomum e ruptura para o interior de um brônquio, pericárdio ou pleura é raro; além disso, a degeneração maligna já foi descrita, mas é rara (2).

Radiologicamente, os cistos broncogênicos aparecem como massas mediastinais com paredes bem delimitadas, de forma esférica, homogênea e de tamanho que varia de dois a dez centímetros (3). Ocorrem tipicamente nas regiões paratraqueal ou subcarinal. Na tomografia computadorizada (TC) de tórax aparecem como lesões císticas bem delimitadas, de atenuação variável, podendo apresentar calcificações na sua parede (3).

Reportamos o caso de um paciente assintomático com cisto broncogênico que foi inicialmente tratado com CTVA, sendo necessária a conversão da cirurgia para a técnica convencional com pequena toracotomia axilar.

RELATO DO CASO

Paciente J. P. S., 36 anos, procura Pronto Socorro da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. O paciente apresentava trauma de face com fratura da mandíbula, referindo ser hígido. Durante a realização de exames de rotina, foi observada no Rx de tórax uma imagem arredondada, logo abaixo da bifurcação traqueal, causando alargamento mediastinal localizado e elevação do brônquio principal direito – BPD (Figura 1 e Figura 2). Após a realização da cirurgia para correção da fratura mandibular pela equipe de cirurgia buco-maxilo-facial, foi solicitada avaliação da equipe de cirurgia torácica. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou imagem cística bem delimitada, de densidade homogênea, medindo 5,9X5,1cm de diâmetro, localizada na projeção do mediastino posterior em contato com brônquios principais e vasos da base, sugerindo cisto broncogênico ou cisto de duplicação esofágica (Figura 3). Reforçada a suspeita clínica de cisto broncogênico, o paciente foi levado a videotoracoscopia para ressecção do cisto. Instalado, no hemitórax direito, portal de 10mm para a introdução da ótica e dois de 5mm para a introdução do instrumental cirúrgico. Localizado o cisto, iniciou-se a dissecção de sua parede, liberando das estruturas adjacentes em que estava firmemente aderido, o que trouxe dificuldade na liberação do cisto, mesmo após seu esvaziamento. Foi evidenciada comunicação do cisto com o brônquio principal direito, optando-se por converter para a técnica videoassistida, a fim de facilitar a dissecção e realizar a rafia do pertuito no brônquio. Realizada pequena toracotomia axilar direita com preservação muscular, permanecendo a ótica, auxiliando na realização do procedimento. O cisto foi ressecado quase totalmente, permanecendo a parte mais aderida ao brônquio, seguida de desepitelização da mucosa residual. O paciente assintomático e sem complicações recebeu alta em 48h após a cirurgia. O anátomo-patológico da peça confirmou a presença de epitélio compatível com cisto broncogênico e o paciente está em acompanhamento ambulatorial até o momento.

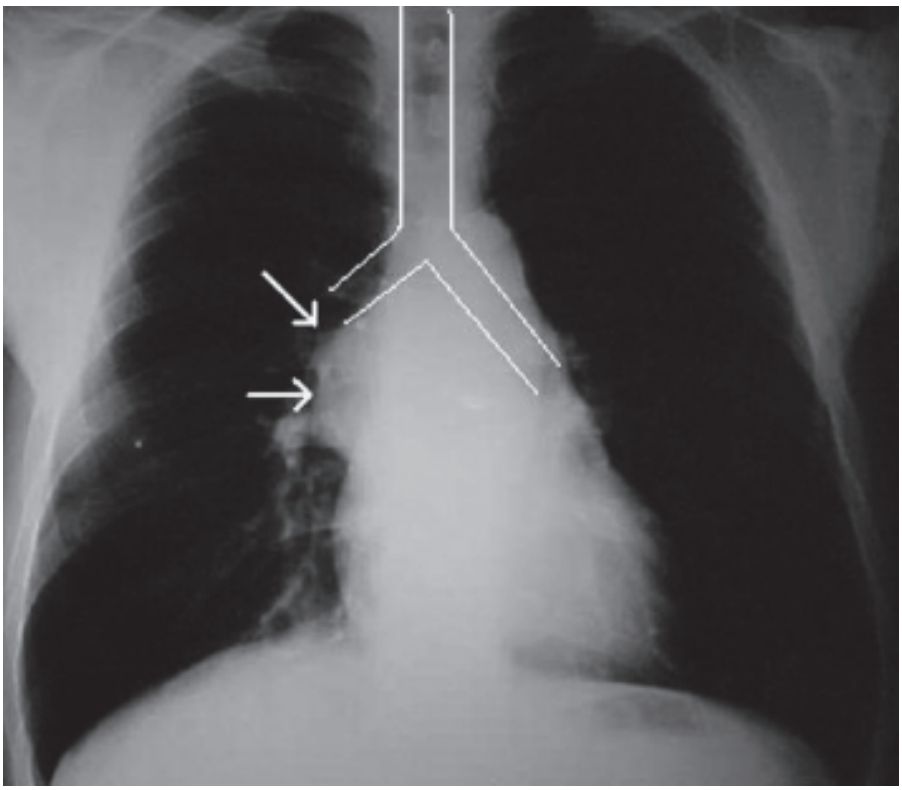


Figura 1 – Rx de tórax PA, demonstrando imagem arredondada subcarinal causando alargamento do mediastino à direita (setas). O desenho esquemático da árvore traqueobrônquica permite melhor visualização da elevação do BPD.

DISCUSSÃO

Cistos broncogênicos são freqüentemente tratados com completa excisão cirúrgica, mesmo que assintomáticos, para prevenir as complicações e estabelecer o diagnóstico definitivo (1,2,3,4 e 5). Excisão parcial com desepitelização do cisto residual pode ser realizada se a excisão completa não for possível (4 e 5). A abordagem cirúrgica usual é por toracotomia póstero-lateral (4). No entanto, o desenvolvimento da cirurgia torácica videoassistida (CTVA) trouxe uma nova abordagem para o diagnóstico e tratamento dos cistos mediastinais. As vantagens observadas na CTVA são menor dor no pós-operatório, curta estada hospitalar e rápido retorno às atividades (5,6 e 7), podendo ser utilizada com sucesso mesmo na vigência de grandes cistos (8). Algumas dificuldades são encontradas na realização da técnica minimamente invasiva, como sangramentos, cistos bastante volumosos, aderência à traquéia, veias pulmonares ou esôfago e comunicação com a árvore traqueobrônquica, sendo necessária, em alguns casos, a conversão para técnica aberta (10).

Vemos então que a CTVA é a técnica de escolha para tratamento dos cistos broncogênicos do mediastino. No entanto, devido ao tamanho do cisto, a aderência às estruturas adjacentes e a comunicação com o brônquio, houve a necessidade de conversão para a técnica aberta. Desse modo, o cirurgião e também o paciente devem estar preparados e cientes da possibilidade de alteração da téc-

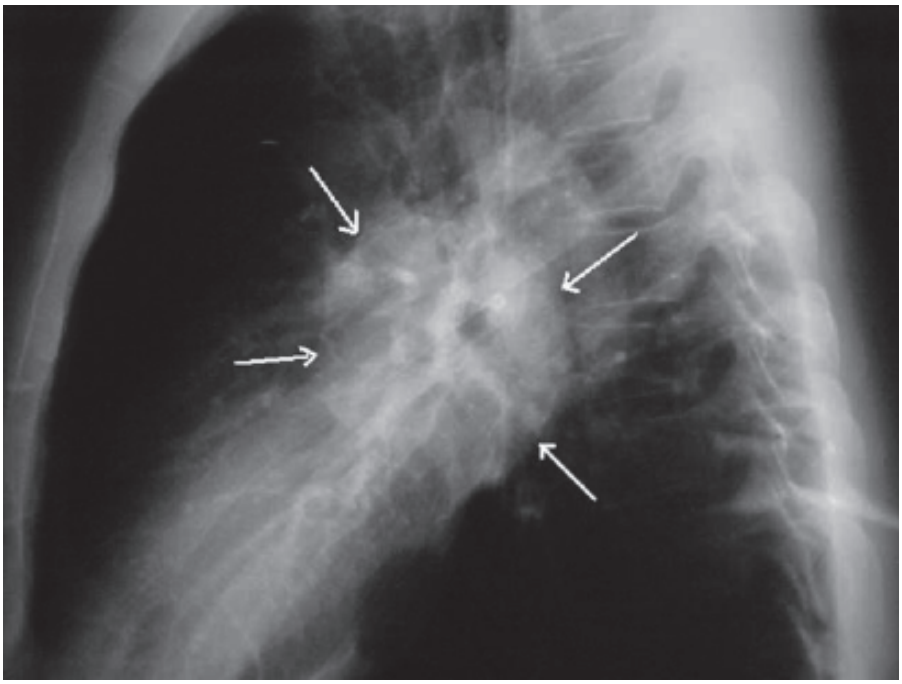


Figura 2 – Rx de tórax em perfil demonstrando imagem arredondada e bem delimitada (setas).

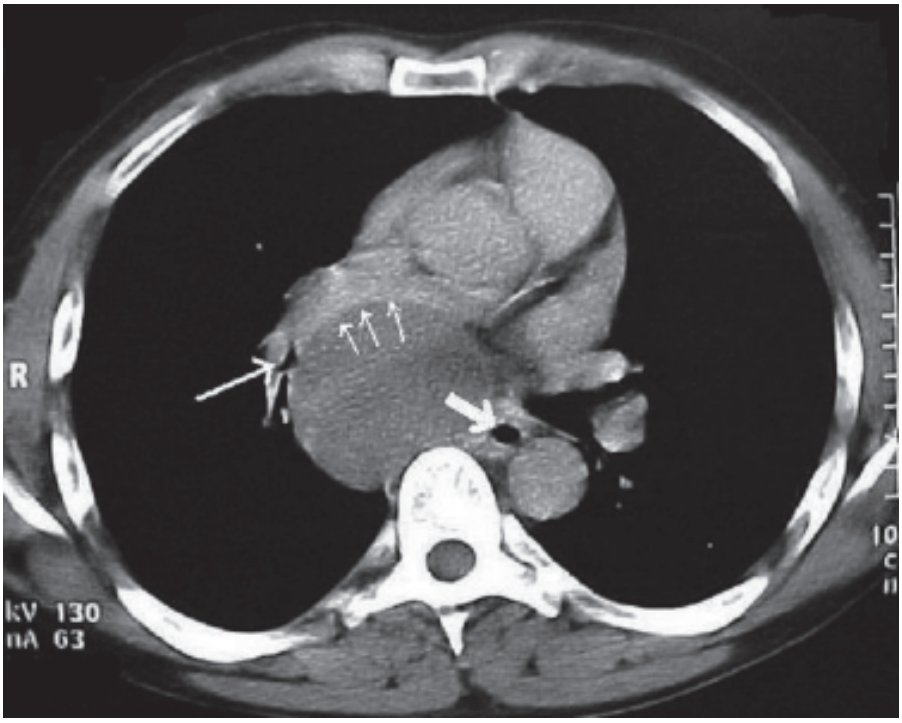


Figura 3 – Tomografia computadorizada de tórax evidenciando volumoso cisto de localização subcarinal, causando compressão do brônquio principal direito (seta longa), deslocamento do esôfago para a esquerda (seta larga) e anteriorização do ramo direito da artéria pulmonar (setas pequenas).

nica durante a realização da cirurgia. Atentamos também para o fato de algumas vezes haver muita dificuldade em realizar a excisão completa, necessitando realizar-se apenas a ressecção da maior parte do cisto e a desepitelização do cisto residual, para evitar recidiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RIBET ME, COPIN MC, GOSSELIN B. Broncogenic cysts of the mediastinum. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 109(5): 1003-10.
2. AKTOGU S, YUNCU G, HALILÇOLAR H, ERMETE S, BUDUNELI T. Broncogenic cysts: clinicopathological presentation and treatment. Eur Respir J 1996; 9(10):2017-21.
3. STROLLO DC, ROSADO-DE CHRISTENSON MC, JETT JR. Primary mediastinal tumors – Part II. Tumors of the midlle and posterior mediastinum. CHEST 1997; 112:1344-57.
4. DURANCEAU ACH, DESLAURIES J. Foreguts cysts in the mediastinum in adults. IN: Shields TW, editor. General thoracic surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins, 2000; 2401-9.
5. KANEMITSU Y, NAKAYAMA H, ASAMURA H, KONDO H, TSUCHIYA R, NAKURE T. Clinical features and management of bronchogenic cysts: report of 17 cases. Surg Today 1999; 29(11):1201-5.
6. CANVASSER DA, NAUNHEIM KS. Thoracoscopic management of posterior mediastinal tumors.
7. LIN JC, HAZELRIGG SR, LANDRENEAU RJ. Video-Assisted thoracic surgery for deseases within the mediastinum. Surg Clin North Am 2000; 80(5) 1511-33.
8. ROSENBERG NP, SCHULER C, DELGIOVO F, BITTENCOURT JAF. Cisto Broncogênico com abordagem videotoracoscópica. J Pneumol 2002; 28(6):339-41.
9. METERSKY ML, MOSKOWITZ H, THAYLER JO. Recurrent mediastinal bronchogenic cyst. Respiration 1995; 62(4):234-6.
10. MARTINOD E, PONS F, AZORIN J, MOUROUX J, DAHAN M, FAILLON JM, DUJON A, LAJOS PS, RIQUET M, JANCOVICI R. Thoracoscopic excision of mediastinal bronchogenic cysts: results in 20 cases. Ann Thorac Surg 2000; 69(5):1525-8.