

Bócio retroesternal de difícil diagnóstico

Retrosternal goiter of difficult diagnosis

Jônatas Catunda de Freitas¹
Francieudo Justino Rolim¹
Igor Almeida de Oliveira²
Wellington Alves Filho³
Luis Alberto Albano Ferreira⁴

RESUMO

Paciente do sexo feminino, 65, saudável e assintomática que apresentou aumento de volume da tireoide. Sem sintomas compressivos e sem desvio da traqueia na radiografia; além da possibilidade de palpação da tireoide acima da fúrcula esternal, o que afastou, inicialmente, a possibilidade de bócio retroesternal e justificou a não indicação de TC. A tireoidectomia foi indicada pelo tamanho de um nódulo no lobo esquerdo, diagnosticado via USG. Durante a cirurgia, foi constatada a presença de um componente mergulhante e com plano de clivagem entre a porção cervical e torácica. Foi necessário um segundo procedimento para a extirpação completa da tireoide.

Descritores: Bócio Subesternal; Bócio; Bócio Subesternal.

ABSTRACT

Female patient, 65, healthy and asymptomatic, presented with increased thyroid gland volume. There were no compressive symptoms nor trachea deviation on the X-ray, which initially withdrew retrosternal goiter as a diagnosis and justified not indicating CT. Thyroidectomy was indicated by the size of a nodule on the left lobe, diagnosed by sonogram. During surgery, it was noted the presence of a plunging component, with a cleavage plan between cervical and thoracic portions. A second procedure was needed for complete eradication of the thyroid gland.

Key words: Goiter, Substernal; Goiter; Goiter, Substernal.

INTRODUÇÃO

Descrito pela primeira vez em 1749, o bócio mergulhante (BM) pode ser definido como um aumento da glândula tireoide no tamanho, peso e volume que invade a cavidade torácica total ou parcialmente.^{1,2} Tal afecção pode ser constatada por imagens radiográficas, apesar de haver diferenças de localização da glândula entre a posição cirúrgica e a posição adotada para os procedimentos de imagem.³ Geralmente assintomático¹, os sintomas aparecem como consequências diretas do efeito compressivo da glândula aumentada sobre estruturas adjacentes ou em decorrência do hipertireoidismo. Queixas comuns incluem disfagia, disfonia, dispneia, tosse e desconforto na forma de sensação de peso pela massa glandular volumosa na região cervical.⁴

A suspeita de bócio mergulhante surge quando não é possível palpar o limite inferior da tireoide na fúrcula esternal, quando há desvio traqueal ou redução do

calibre na radiografia de tórax ou em exames de imagem pré-operatórios. Relatamos o caso de uma paciente de 65 anos cujo bócio mergulhante só foi descoberto no intraoperatório.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 65 anos, assintomática e saudável, realizou ultrassonografia cervical por conta própria que revelou bócio multinodular mais evidente à esquerda, nódulo misto de 4,3 cm e um nódulo sólido e isoecoico de 3,4 cm em lobo esquerdo; e nódulos isoecoicos de 2,3cm, 1,7cm e 0,85 cm em lobo direito, com volume tireoideano total de 21,8 cm³. Procurou um cirurgião de cabeça e pescoço que indicou tireoidectomia total. Devido à baixa suspeição dos nódulos, não realizou PAAF. Função tireoideana normal. Era possível palpar a tireoide acima da fúrcula e não havia qualquer desvio traqueal na radiografia de tórax (Figura 1), além de não haver sintomas compressivos. Durante a cirurgia, após

1) Cirurgião Geral. Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Walter Cantídio.

2) Acadêmico de medicina da Universidade Federal do Ceará. Membro da Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

3) Doutorando em Clínica Cirúrgica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal do Ceará.

4) Cirurgião de Cabeça e Pescoço. Membro do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal do Ceará.

Instituição: Universidade Federal do Ceará.
Fortaleza / CE - Brasil.

Correspondência: Igor Almeida de Oliveira - Rua Cento e Onze, 152 - Fortaleza / CE - Brasil - CEP: 60744-490 - E-mail: igoralmeida11@hotmail.com

Artigo recebido em 24/05/2017; aceito para publicação em 06/07/017; publicado online em 28/12/2017.

Conflito de interesse: não há. Fonte de fomento: não há.

ligadura do pedículo superior esquerdo da tireoide, não foi possível luxar o lobo esquerdo devido o lobo ser muito profundo (mergulhante). Como não havia exames de imagem para avaliar a extensão da lesão ou cirurgião torácico presente no momento, a cirurgia foi interrompida.

A paciente realizou tomografia de pescoço e tórax e foi encaminhada ao Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) para abordagem em conjunto com a cirurgia torácica. A tomografia mostrava tireoide difusamente aumentada, heterogênea devidos múltiplos nódulos e com extensão do lobo esquerdo pelo mediastino posterior até altura da carina traqueal (Figura 2), sem sinais de invasão de estruturas adjacentes.

Após um mês da primeira cirurgia a paciente foi submetida à tireoidectomia total no Huwc, com cirurgião torácico em sala para possível esternotomia. A lobectomia do lobo direito foi realizada sem intercorrências. Ao abordar o lobo esquerdo foi detectado que havia plano de clivagem entre o polo inferior do lobo esquerdo e a porção mergulhante, que foi ressecada separadamente. A tireoidectomia foi realizada, inicialmente, com identificação e preservação dos dois nervos laríngeo recorrentes, e em seguida iniciado tração da massa mergulhante que pôde ser removida pelo pescoço sem dificuldades (Figura 3). Nos momentos finais da ressecção houve lesão iatrogênica do nervo laríngeo recorrente esquerdo.

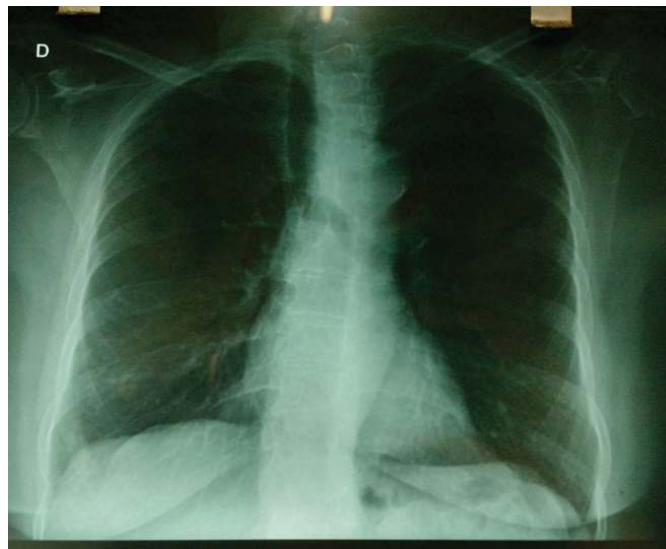


Figura 1. Radiografia de tórax pré-operatória - Ausência de desvio traqueal.

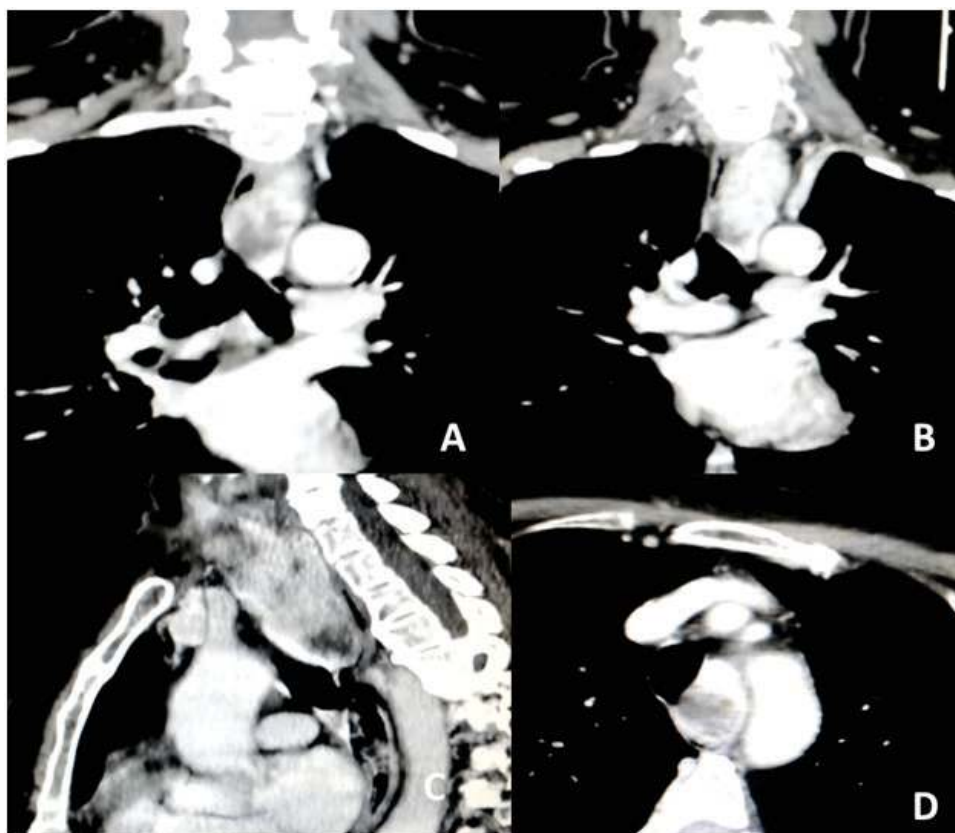


Figura 2. Tomografia de tórax com contraste - A e B - cortes coronais evidenciando extensão do lobo esquerdo pelo mediastino posterior até altura da carina traqueal. C - corte sagital. D - corte axial.

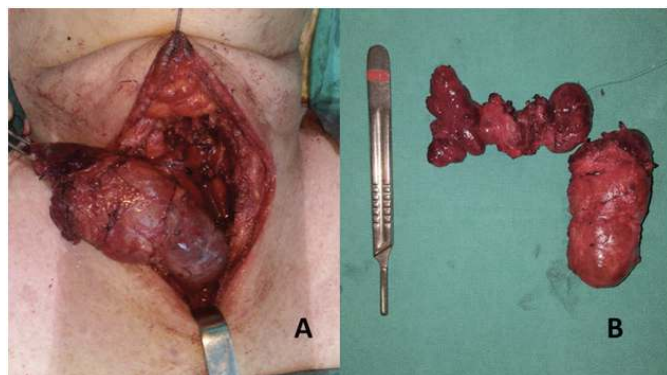


Figura 3. Intraoperatório - A - porção mergulhante sendo removida. B - peça cirúrgica.

Paciente evoluiu bem, recebeu alta no segundo dia do pós-operatório sem sinais de hipoparatiroidismo ou disfonia, apesar da lesão do nervo. A laringoscopia pós-operatória mostrou paralisia paramediana de prega vocal esquerda. O histopatológico revelou bócio coloide adenomatoide.

DISCUSSÃO

A maioria dos bócios presentes na cavidade torácica (retroesternais) são bócios mergulhantes, isto é, extensões descendentes de bócios cervicais e que representam 1% de todos os tipos de bócio.⁵ De modo geral, os bócios retroesternais são classificados em primário, quando originados de uma tireoide ectópica - são extremamente raros⁵ -, e secundário, que são os bócios mergulhantes.^{6,7} Ambos podem causar insuficiência respiratória aguda e síndrome da veia cava superior, além dos sintomas clássicos como disfagia e disfonia.^{4,6,8}

Ainda não se estabeleceu a fisiopatogenia do bócio mergulhante, assim como também não são conhecidos os mecanismos que levam à invasão da cavidade torácica pela tireoide. Usualmente, a função da glândula se encontra normal.⁵ Para fins diagnósticos do BM, além da avaliação hormonal, inclui-se avaliação clínica, ultrassonografia (USG), tireograma, radiografia de tórax, tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM).^{4,7,9} A TC é considerada um dos melhores exames para diagnóstico e planejamento pré-operatório por permitir melhor análise das estruturas adjacentes.^{4,7} Segundo o *guideline* de 2015 da Associação Americana de Tireoide, a indicação de TC de tórax é recomendada quando não é possível delimitar a borda inferior da tireoide na altura da fúrcula ou quando há suspeita clínica de doença avançada, seja por carcinoma papilífero agressivo, múltiplas metástases linfonodais ou uma metástase linfonodal volumosa.⁹ No caso apresentado, a paciente não apresentava nem suspeita de BM nem indicações de TC de tórax. Contudo, a

dificuldade de diagnóstico até o momento da cirurgia demonstra a importância da TC para casos afins.^{4,7}

No que diz respeito ao tratamento do bócio mergulhante, é praticamente unânime a indicação cirúrgica para pacientes adultos jovens, hígidos e sintomáticos; tanto por causa dos sintomas quanto pelo risco de malignidade. Há controvérsia, no entanto, quanto à necessidade da cirurgia para o tratamento de BM para pacientes de idade mais elevada e assintomáticos. Nesses casos, almeja-se a manutenção da qualidade de vida do indivíduo, apesar de alguns autores defenderem a indicação cirúrgica para todos os casos de BM, independentemente de outros fatores.^{6,7,10,11} Conquanto, o tratamento por meio da retirada cirúrgica da tireoide permanece como padrão ouro para maioria dos autores^{11,12,14}, uma vez que não há outros tratamentos eficazes disponíveis além da cirurgia e esta é a única maneira de se obter a cura.^{10,11} De modo geral, é aceito o aconselhamento cirúrgico para bócios sintomáticos ou grandes, contudo não se deve excluir a indicação para os assintomáticos, pois eles não são isentos de riscos. Influi também nesta indicação a probabilidade de até 20% de se encontrar lesões malignas em pacientes assintomáticos.^{5,11,14} Ademais, adiciona-se o procedimento ser considerado seguro, com poucas complicações e baixa recidiva, de modo que a cirurgia é o tratamento de escolha para o bócio mergulhante com ou sem sintomas clínicos aparentes.^{2,5,11,14}

É notável o fato de que a maioria dos bócios mergulhantes podem ser extirpados apenas por meio de uma incisão em colar numa abordagem cervical; mais de 80% dos BM são removidos dessa forma.^{2,6,10,11} Os resultados são relativamente semelhantes às de uma tireoidectomia estritamente cervical, apesar de haver maiores taxas de lesões do nervo laríngeo recorrente, além de um índice de mortalidade ligeiramente maior.¹² Todavia, a abordagem cervical, apesar de majoritária, pode não ser suficiente. A esternotomia é indicada de princípio se houver risco de malignidade com invasão de estruturas torácicas, envolvimento do mediastino posterior, obstrução súbita das vias aéreas, presença de mais de 70% da glândula dentro da cavidade torácica ou quando não for possível a remoção segura numa abordagem cervical.^{2,11,13} No caso relatado, foi o que ocorreu durante a primeira cirurgia, pois não havia como avaliar a extensão da lesão após a constatação de um componente mergulhante no intraoperatório e conseqüentemente a impossibilidade de remoção segura no local. Derrogou-se, então, a operação e a paciente foi encaminhada para tentativa posterior em outro serviço.

Por fim, no caso relatado, a constatação da existência de um plano de clivagem entre o polo inferior do lobo esquerdo e a porção mergulhante da tireoide abre uma discussão para a possibilidade de haver um "forgotten goiter". Este ocorre quando a porção mergulhante da tireoide é excessivamente separada da parte cervical ou até mesmo oriunda de uma tireoide ectópica, de modo que possa haver uma tireoidectomia

apenas da porção cervical e o “esquecimento” da parte retroesternal. Dessa forma, pode haver uma hipertrofia compensatória da porção remanescente e os níveis hormonais permanecerem semelhantes aos valores pré-operatórios, além do surgimento de sintomas devido ao aumento do volume. Faz-se necessário, em regra, nova abordagem cirúrgica para remoção da massa torácica.^{15,16}

CONCLUSÃO

O relato apresentado, em comparação com as recomendações médicas aceitas atualmente, põe em evidência a discussão para a possibilidade de haver bócio retroesternal mesmo em situações improváveis, como nesta resenha, em que era possível a palpação da tireoide acima da fúrcula esternal, além de não haver desvio da traqueia na radiografia simples e nem sintomas compressivos. Reforçamos o tratamento cirúrgico com abordagem cervical como melhor opção de tratamento, apesar de cada caso merecer uma análise individual para o melhor procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Araújo LR, Maia FFR. Manejo diagnóstico e terapêutico do bócio mergulhante. *Rev. Méd. Minas Gerais*, [s.l.], 1(15), p.41-47, jan./mar. 2005.
2. . Rugiu MG, Piemonte M. Surgical approach to retrosternal goitre: do we still needs ternoatomy? *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, [s. L.], 6(29), p.331-338, dez. 2009.
3. Khan MN, et al. Retrosternal Goiter: 30-Day Morbidity and Mortality in the Transcervical and Transthoracic Approaches. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*, [s.l.], 155(4), p.568-574, 24 maio 2016. SAGE Publications.
4. Paz Filho, GJ. Uso do TSH Recombinante Humano em dose baixa e única (0,1 mg) associado à atividade ambulatorial (30 mCi)

- de radioiodo no tratamento do bócio multinodular. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-graduação em Medicina Interna, Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006. Cap. 2.
5. Bento A, Gonçalves AP. Falsa asma – A propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, [s. L.], XV(6), p.1205-1209, nov./dez. 2009.
6. Kilic D, et al. When is Transthoracic Approach Indicated in Retrosternal Goiters? *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, [s.l.], 17(3), p.250-253, 2011. Editorial Committee of Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery.
7. Nun AB, Soudack M, Best L. Retrosternal thyroid goiter: 15 year experience. *The Israel Medical Association Journal: Imaj*, [s.l.], 2(8), p.106-9, Feb. 2006.
8. Sanches FSF, et al. Insuficiência respiratória aguda secundária a bócio mergulhante da tireóide. *Rev. Méd. Minas Gerais*, [s.l.], 1(22), p.1-128, 2012. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/132>>. Acesso em: 31 jan. 2017.
9. Haugen BR, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, [s.l.], 26(1), p.1-133, jan. 2016. Mary Ann Liebert Inc.
10. Maia FFR, Araújo LR. Bócio mergulhante: quando operar?. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, [s.l.], 46(6), p.708-715, dez. 2002. Fap UNIFESP (SciELO).
11. Coskun A, Yildirim M, Erkan N. Substernal Goiter: When is a Sternotomy Required?. *International Surgery*, [s.l.], 99(4), p.419-425, jul. 2014. International College of Surgeons.
12. Landerholm K, Järhult J. Shoulda symptomatic retrosternal goiter beleftun treated? A prospective single-centre study. *Scandinavian Journal of Surgery*, [s.l.], 104(2), p.92-95, jun. 2015. SAGE Publications.
13. Grainger J et al. The surgical approach to retrosternal goiters: The role of computerized tomography. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, [s.l.], 132(6), p.849-851, jun. 2005. Elsevier BV.
14. Sheng YR, XI RC. Surgical approach and technique in retrosternal goiter: Case report and review of the literature. *Annals of Medicine and Surgery*, [s.l.], 5, p.90-92, feb. 2016. Elsevier BV.
15. Sahbaz A, et al. The “forgotten” goiter after total thyroidectomy. *International Journal of Surgery Case Reports*, [s.l.], 4(3), p.269-271, 2013. Elsevier BV.
16. Patel, Kunal M.; Parsons, Chase C. Forgotten goiter: Diagnosis and management. A case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, [s.l.], 27, p.192-194, 2016. Elsevier BV.