

Insuficiência respiratória aguda secundária a bócio mergulhante da tireoide

Acute respiratory insufficiency secondary to substernal thyroid goiter

Fernanda Squárcio Fernandes Sanches¹, Renato Alvarenga Rezende², Mariana de Braga Lima Carvalho¹, Ludmilla Luiza Libânio Guimarães¹, Nicolle Lauer Pimenta¹, Ananias Custódio Arrais Neto¹, Aline Braga Rodrigues¹, André De Val Barreto³, Ana Cristina Ferreira Ribeiro¹, Felipe Carrhá Machado¹

RESUMO

Relato de caso de bócio mergulhante (BM) em idosa com longa história de bócio nodular tóxico (BNT) e que evoluiu com insuficiência respiratória aguda enquanto aguardava cirurgia eletiva para extirpação do bócio. A evolução das complicações respiratórias dessa paciente sugere que o tratamento cirúrgico do BM em idosos deveria ser feito o mais breve possível, após o surgimento de sintomatologia respiratória, para evitar complicações.

Palavras-chave: Bócio; Bócio Nodular; Bócio Subesternal; Insuficiência Respiratória.

1 Residente de Clínica Médica do Hospital Júlia Kubitschek. Fundação Hospital do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2 Residente de Clínica Médica do Hospital SEMPER. Belo Horizonte, MG – Brasil.
3 Cirurgião Geral. Residente de Cirurgia Torácica do Júlia Kubitschek/FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Case report of substernal thyroid goiter in an elderly woman with long record of toxic nodular goiter that progressed to acute respiratory insufficiency while waiting for elective surgery for extirpation of goiter. The development of respiratory complications suggests that the surgical treatment of substernal thyroid goiter affecting elderly people should be pursued as soon as possible after the appearance of respiratory symptomatology as a means of avoiding complications.

Key words: Goiter; Nodular Goiter; Substernal Goiter; Respiratory Insufficiency.

INTRODUÇÃO

O bócio mergulhante (BM) é mais comum em mulheres¹ e responsável por quase 7% dos tumores mediastinais e por 3 a 20% das tireoidectomias.² Sua evolução é lenta e, na maioria dos casos, o diagnóstico é tardio, quando aparecem sinais de compressão das vias aéreas ou do esôfago.

A conduta terapêutica ainda é controversa, especialmente, em relação ao momento em que se decide sobre a abordagem conservadora ou cirúrgica.³ Essa controvérsia é mais acentuada entre os pacientes idosos, devido ao aumento do risco cirúrgico.²

RELATO DE CASO

LGD, 73 anos, aposentada, natural de Santana do Monte-MG. Foi admitida na unidade de emergência do Hospital Júlia Kubitschek em dezembro de 2009, com história de dispneia e tosse seca há quatro dias, que agravavam em decúbito dorsal e haviam

Recebido em: 09/05/2010
Aprovado em: 06/02/2012

Instituição
Hospital Júlia Kubitschek – Rede FHEMIG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Fernanda Squárcio Fernandes Sanches
E-mail: nandas@uai.com.br

piorado progressivamente nas últimas horas. Relatava ter sido internada, em 2007 e 2008, pelo mesmo motivo.

Estava em uso de glibenclamida 5 mg/dia; metformina 850 mg (duas vezes ao dia); AAS 100 mg/dia; monocordil 20 mg (duas vezes ao dia); captopril 25 mg (três vezes ao dia); espironolactona 25 mg/dia; sinvastatina 40 mg/dia; acarbose 25 mg (três vezes ao dia); levotiroxina 25 mcg/dia e prednisona 20 mg, em dias alternados.

Ao exame físico apresentava exoftalmia; bócio tireoidiano volumoso; estridor laríngeo; e esforço respiratório acentuado. Pressão arterial de 150/90 mmHg; taquipneia (28 incursões respiratórias/minuto); taquicardia (105 batimentos/minuto).

Relatava ser hipertensa e diabética há muitos anos. Há 12 anos foi acometida de infarto agudo do miocárdio (IAM), com cirurgia de revascularização (CRV). Era dislipidêmica e tinha, também, insuficiência cardíaca, artrite reumatoide e passado de tabagismo (30 maços/ano). Em 1996, foi diagnosticado bócio multinodular tóxico (BMT), sendo medicada com metimazol 10 mg/dia. Em 2006, após episódio de FA, iniciou amiodarona, que usou por dois anos. Em 2007, apresentou angina instável. Após angiocoronariografia, foi indicada nova CRV, que foi recusada pela paciente. A radiografia de tórax (RT) mostrou desvio da traqueia e alargamento do mediastino. Foi feita tomografia computadorizada de tórax (TCT), que diagnosticou BM com compressão da traqueia, sendo indicado tratamento cirúrgico. Em 2008, desenvolveu hipotireoidismo, quando foi suspenso o metimazol e iniciada a levotiroxina.

Durante a internação, evoluiu com insuficiência respiratória aguda, com aumento acentuado do estridor, tornando-se necessária a intubação orotraqueal. A TCT constatou massa em mediastino superior, medindo 8,0 x 6,0 x 5,5 cm, com densidade heterogênea (Figura 1), que correspondia à tireoide; e a RT revelou imagem sugestiva de pneumonia e de alargamento do mediastino (Figura 2). A cultura de aspirado traqueal foi positiva para *Neisseria sp.*

Após 24 horas, foi tentada extubação, mas a paciente apresentou acentuada piora do quadro respiratório e foi novamente intubada. Optou-se, então, por traqueostomizá-la com cânula longa até a carina, para manter as vias áreas pervias.

Apresentou, em seguida, edema acentuado do membro superior direito (MSD). O Doppler obteve sinais de trombose venosa aguda e crônica, nas veias jugular interna e subclávia direita, com extensão para tronco braquiocefálico, ipsilateralmente, provavelmente devido à compressão vascular pelo bócio.



Figura 1 - Massa mediastinal em TCT.

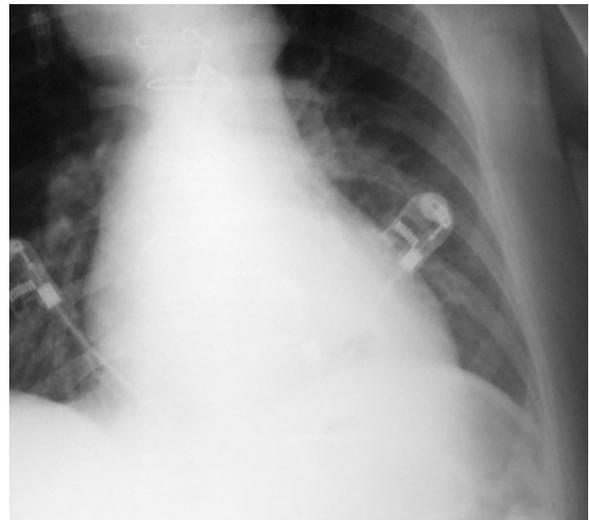


Figura 2 - Radiografia do tórax sugestiva de pneumonia e de alargamento do mediastino.

Devido às múltiplas complicações e à incapacidade de adaptação às cânulas de traqueostomia, optou-se pelo tratamento cirúrgico do bócio, a partir de tireoidectomia total, via cervicotomia anterior em colar, que foi realizado em fevereiro de 2010 (Figuras 3, 4, 5 e 6). Paciente evoluiu bem no pós-operatório e com 48 horas já estava em ventilação espontânea. No décimo dia de internação no CTI, recebeu alta para a enfermaria com cânula metálica de traqueostomia.

Na enfermaria, apesar da boa evolução inicial, apresentou hipersecreção pulmonar seguida de múltiplas infecções respiratórias. Isso, aliado às suas múltiplas comorbidades, acabou por evoluir para septicemia, que a levou a óbito em abril de 2010.



Figura 3 - Incisão cervical, em colar.



Figura 5 - Aspecto final da incisão com cânula.

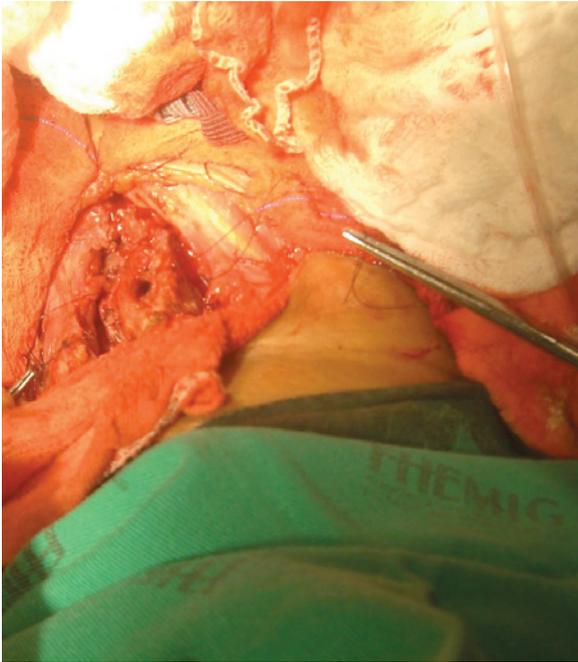


Figura 4 - Aspecto pós-tireoidectomia (traqueostomia).

DISCUSSÃO

O BM tem patogênese pouco conhecida e não há indícios de influência genética ou familiar.² Em 80% dos casos, tem localização retroesternal.² São fatores predisponentes ao BM o comprimento cervical, cifose e o grau de hipertrofia da musculatura cervical anterior, que podem somar-se impedindo o crescimento ventral do bócio, impulsionando-o para a região inferior. Usualmente o BM evolui lentamente, sendo assintomático em aproximadamente 65% dos casos.⁴



Figura 6 - Glândula tireoide pós-resssecção.

A doença, geralmente, ocorre como uma complicação do BNT, cuja etiologia ainda não está bem definida.² Estudos sugerem que fatores de crescimento⁵ promovem a proliferação folicular em áreas nodulares, independentemente do TSH. O BM tem alta prevalência nos idosos e pode evoluir com sinais de tireotoxicose leve como tremores ou induzir a quadro florido de hipertireoidismo. A fibrilação atrial pode ocorrer como primeiro sinal da tireotoxicose.²

O diagnóstico é sugerido pela detecção de massa mediastinal na RT. No entanto, o método diagnóstico de escolha é a TCT, que tem acurácia de 100%, não sendo necessários outros métodos de imagem.²

O BM é formado por tecido tireoidiano sem alterações neoplásicas em 60 a 85% dos casos⁶. O risco de neoplasia é moderado, variando de 2,5 a 15%^{2,7,8} e 40% de-

las correspondem a adenomas¹. O carcinoma papilífero representa 1,5 a 11,5% dos casos de câncer associado.⁹

O tratamento do BM é, na maioria das vezes, cirúrgico, mas existem controvérsias quanto ao melhor tempo para indicá-lo em idosos e pacientes assintomáticos.⁷ A cirurgia, geralmente, tem reduzidas taxas de morbidade e mortalidade, além de baixo índice de complicações e baixa taxa de recidiva.² Alguns autores defendem a abordagem cirúrgica precoce, principalmente nos jovens e em pacientes sintomáticos com boas condições de saúde.² Outros autores optam pela individualização dos casos, principalmente em pacientes assintomáticos, porque, em alguns estudos, a taxa de mortalidade foi de 3,2%.¹⁰ Essa taxa pode ser mais alta nos idosos, devido à elevada frequência de comorbidades associadas e de tumores malignos mais agressivos.¹¹

A via cirúrgica preferencial é a cervicotomia, já que garante significativas taxas de sucesso. A necessidade de esternotomia ou toracotomia varia entre 0 e 29%.¹⁰ Alguns autores sugerem o uso mais liberal de esternotomia, para que seja evitada excessiva tração das estruturas mediastinais, minimizando as complicações pós-operatórias.¹⁰ Outros defendem a toracotomia, baseados no fato de que mais de 70% do volume tireoidiano encontram-se no tórax.⁸ Entretanto, trabalhos com alta taxas de toracotomia falharam em demonstrar reduzido índice de complicações, como a lesão do nervo laríngeo recorrente, hipoparatiroidismo transitório, hipocalcemia transitória e disfonia permanente.^{12,13}

Na realidade, as taxas de complicações foram semelhantes, independentemente da via de acesso.⁷ Assim, na maioria dos estudos, tem-se utilizado a via cervical, pela segurança e pelos bons resultados obtidos, deixando a esternotomia apenas para casos selecionados.⁸

CONCLUSÃO

O BM da tireoide é doença rara, que necessita de diagnóstico e tratamento precoces para evitar complicações graves. O tratamento envolve abordagem clínica e/ou cirúrgica, devendo a decisão, por uma ou por

outra, ser individualizada. Este caso ilustra como a demora da tireoidectomia pode levar a complicações graves, o que sugere que a intervenção cirúrgica deve ser indicada assim que forem detectados quaisquer sinais e sintomas de compressão de estruturas nobres como: vias aéreas, esôfago ou vasos cervicais e torácicos.

REFERÊNCIAS

1. Hermus AR, Huyasmans DA. Diagnosis and therapy of patients with euthyroid goiter. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2000; 144(34):1623-7.
2. Maia FFR, Araújo LR. Bócio mergulhante: quando operar? *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002; 46(Supl 6):708-15.
3. Newman E, Shaha AR. Substernal goiter. *J Surg Oncol.* 1995; 60(Supl 3):207-12.
4. Makeieff M, Marlier F, Khudjadze M, Garrel R, Crampette L, Guerrier B. Substernal goiter. Report of 212 cases. *Ann Chir.* 2000; 125(Supl 1):18-25.
5. Meyer ES, Maia AL. Aspectos patogênicos e clínicos do bócio multinodular. *Rev HCPA.* 2009; 29(3):246-54.
6. Armour RH. Superior vena cava syndrome caused by multinodular goiter. *Rev Clin Esp.* 2000; 200(Supl 4):208-11.
7. Quevedo KA, Navarro JC, Aragón CJ, *et al.* Intrathoracic goitre: a literature review. *Cir Esp.* 2010; 88(3):142-5.
8. Kilic D, Findikcioglu A, Ekici Y, Alemdroglu U, Hekimoglu K, Hatipoglu A. When is transthoracic approach indicated in retrosternal goiters?. *Ann Thorax Cardiovas Surg.* 2011; 17(3):250-3.
9. Zhang B, Tu G. Surgery of substernal goiter. *Zhonghua ErBi Yan Hou Ke Za Zhi.* 1997; 32 (Supl 2):115-8.
10. Rodriguez JM, Hernandez Q, Pinerio A, *et al.* Substernal goiter: clinical experience of 72 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1999; 108(Supl 5):501-4.
11. Bertelli AAT, Tincani S, Maekawa MM, Massarollo LCB, Menezes MB, Gonçalves AJ. Thyroidectomy in the elderly. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2008; 37(3):137-41.
12. Ioannidis O, Dalampini E, Chatzopoulos S, *et al.* Acute respiratory failure caused by neglected giant substernal nontoxic goiter. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2011; 55(3):229-32.
13. Nada A, Ahmed AM, Vilallonga R, Armengol M, Moustafa I. A giant euthyroid multinodular goiter with no obstructive or compressive symptoms. *Case Reports in Medicine.* 2011; article 620480. [Cited 2010 may 20]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/crim/2011/620480/>.