

Adenoma de Tireóide Ectópica (Intratorácico)

246.º Reunião Anátomo - Clínica

Resumo do caso clínico —

Relator: Walmor Feijó

J. A. L., de 53 anos, do sexo feminino, branca, brasileira, viúva, de prendas domésticas, procedente desta capital, procurou o Instituto (Reg. 62-1790) no dia 26-6-62, dizendo que há 4 anos, após processo gripal, apareceu com tosse produtiva, com períodos de acalmia de 6 meses a 1 ano. Seis meses antes da consulta, esta manifestação se acentuou, sendo acompanhada de expectoração de cor amarelada e de dor torácica difusa. Negava dispnéia e rouquidão e mencionava pronunciado emagrecimento. Num dispensário de tuberculose foi feito exame de escarro e submetida a exames radiológicos. Não recebeu qualquer tratamento.

Antecedentes familiares: nada digno de nota. Antecedentes pessoais: tabagista moderada. Ao interrogatório sobre os diversos aparelhos, além da manifestação já referida, mencionava apenas, diminuição do apetite.

Exame físico geral: Paciente em bom estado geral. Pêso: 46,0 kgs. Altura: 1,48 m. Pressão arterial: 105x80 mm/Hg. Pulso: 80 p.m. Frequência respiratória: 20 p.m. Temperatura: 37,0º C. Ap. Respiratório: expansão do hemitórax direito diminuída. Murmúrio vesicular diminuído e submacicez na face anterior do hemitórax direito. Aparelho circulatório normal. Abdômen: dor à palpação profunda no hipocôndrio direito e hipogastro; sinal de Murphy positivo; fígado palpável a 3 cms do rebordo costal, de superfície lisa e doloroso.

Exames subsidiários: 1 — Radiografia e planigrafia do tórax: massa tumoral extensa ocupando os dois terços superiores

do campo pulmonar direito, desviando a traquéia e comprimindo as estruturas brônquicas; diminuição dos espaços intercostais direitos; obstrução do seio costo-frênico direito. 2 — Pesquisa de bacilo de Koch no escarro: negativa. 3 — Pesquisa de células malignas no escarro (3 colheitas): Classe I. 4 — Broncoscopia: carina alargada, edemaciada e congesta; entrada do brônquio do lobo superior de aspecto normal, não sendo possível a progressão do aparelho endoscópico, por desvio da traquéia. 5 — Hematológico: tempos de sangria e coagulação normais. 6 — Taxa das proteínas, uréia e glicose no sangue: normal. 7 — Análise da urina: normal. 8 — Exame otorrinolaringológico: faringe granulosa.

Evolução: Após preparo com antibióticos e inalações (com associação de Ter-gentol, estreptomicina e penicilina), foi submetida a toracotomia exploradora à direita no dia 25-8-62, verificando-se a presença de tumor de 18x15 cms nas maiores dimensões, encapsulado, comprimindo o lobo superior do pulmão direito que se achava atelectasiado; na manobra manual para desencapsular o tumor, houve intenso sangramento que levou a paciente a choque circulatório periférico. Foi, então, feita transfusão sangüínea antidrômica, na artéria tibial posterior esquerda. Na manobra de aspiração da sonda endotraqueal, após o término do ato operatório que durou 125 minutos, houve parada cardíaca. Feita massagem cardíaca externa, houve recuperação dos batimentos cardíacos que se apresentaram hipossistólicos; após alguns minutos, nova parada cardíaca que não foi vencida apesar da massagem cardíaca a céu aberto, vindo a paciente a falecer.

Diagnóstico do Relator: 1 — Diagnóstico anatómico: tumor do mediastino. 2 — Diagnósticos funcionais: choque circulatório.

rio periférico hemorrágico; anóxia anóxica cerebral e miocárdica. 3 — Causa mortis: parada cardíaca; reflexo vagovagal em miocárdio-isquêmico e anóxico.

Comentários clínicos:

Comentador: Bindo Guida Filho:

Este caso apresenta aspectos muito interessantes, principalmente quanto ao diagnóstico clínico do tumor e sua localização.

A retração dos espaços intercostais verificada ao exame radiológico (Fig. 1)

parcialmente o mediastino anterior inferior. Mesmo com estes elementos radiológicos acrescidos dos dados da exploração cirúrgica, não podemos afirmar se o tumor é pulmonar, pleural ou mediastinal.

Considerando-se a possibilidade de ser um tumor de pulmão, ele poderá ser primitivo ou metastático. Sendo primitivo, poderia ser benigno ou maligno, embora esta última possibilidade de tumor maligno de pulmão deva ser excluída, por razões de ordem clínica; dificilmente um tumor maligno atinge tais proporções sem com-

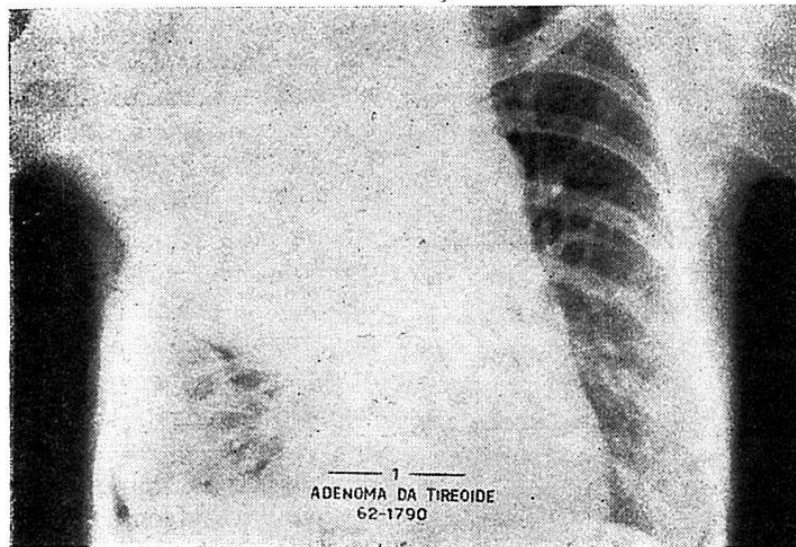


FIG. 1 - Aspecto radiológico antes do ato cirúrgico (ântero-posterior).

poderia ser conseqüência de processo pulmonar ou pleural (enfisema pleural) crônico, ou de atelectasia.

No presente caso, a retração dos espaços intercostais deve ser atribuída a atelectasia, pois, quando o é conseqüente a processo pulmonar ou pleural crônico, há comprometimento pleural verificável, com facilidade, ao exame radiológico; neste caso, não há comprometimento pleural.

A atelectasia foi confirmada pelo exame broncoscópico, pois, verificou-se compressão do brônquio direito. Vemos então, que certos dados radiológicos têm realmente importância e encontram correspondência na clínica e na evolução dos casos.

Pela radiografia de frente, não podemos ter impressão exata da situação do tumor, nem do seu tipo pois a imagem é imprecisa. Entretanto na radiografia de perfil, verificamos que há uma grande imagem, de contornos regulares, ocupando totalmente o mediastino anterior superior e

prometer as estruturas vizinhas, acompanhando um estado físico geral satisfatório.

Um tumor maligno com este tamanho teria evidentemente comprometido a traquéia, não simplesmente empurrando-a para trás, mas invadindo-a e aflorando na sua luz; além disso, teria comprometido os ossos vizinhos, bem como englobado a cavidade superior, dando a estase característica de compressão desta.

A possibilidade de ser um tumor benigno de pulmão — fibroma, condroma, tumor misto — é pouco provável, dada a sua localização; entretanto, sob o ponto de vista radiológico, deveria ser tumor benigno.

Outra eventualidade a ser lembrada é a de tumor metastático do pulmão; os mais comuns são devidos a tumores de rim, tireóide e ossos. Tumores de outros órgãos podem, também, dar metástase pulmonar: útero e laringe — há um caso neste hospital cujo aspecto radiológico é semelhante;

a metástase pulmonar conseqüente a tumor de tireóide apresenta aspecto radiológico semelhante ao da tuberculose pulmonar, pelo que já a podemos excluir para o caso em discussão.

Os tumores da pleura visceral se apresentam pequenos — no máximo com o tamanho de um pêssago, exigindo, quase sempre, a instalação de pneumotórax para a sua verificação. Entre êles, o mais provável é o sarcoma; costuma dar, porém, derrame pleural hemorrágico em 95% dos casos, o que não foi verificado no presente.

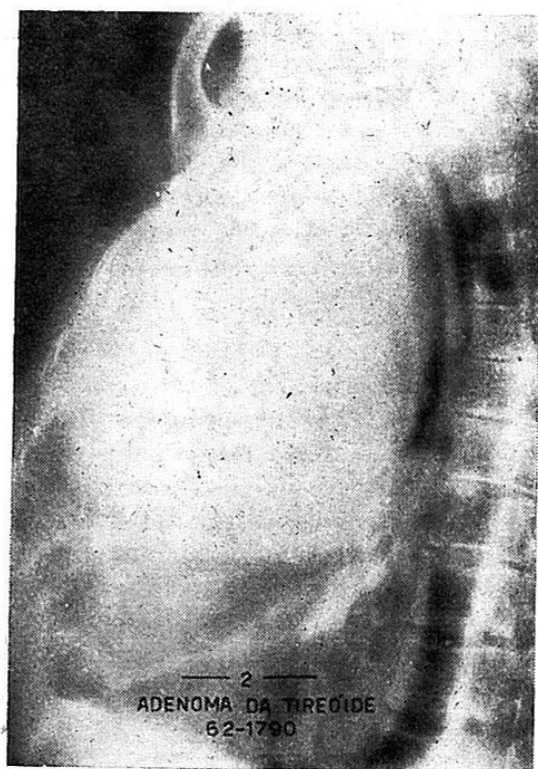


FIG. 2 — Aspecto radiológico antes do ato operatório (perfil).

Outro diagnóstico diferencial a ser feito é com o mesotelioma, que apresenta radiologicamente imagem semelhante a uma laranja cortada ao meio, tendo a base muito mais larga do que o restante; é tumor extremamente sangrante e geralmente se apresenta acompanhado de outros tumores menores, dentro da cavidade pleural.

A última possibilidade é a de tumor de mediastino, que dificilmente compromete todo um campo pulmonar; entretanto, não devemos esquecer que no seu crescimento pode levar a pleura consigo, ocupando todo o hemitórax. E quando falamos em tumores do mediastino devemos considerar, em primeiro lugar, o aneurisma da

aorta; no caso presente, deve-se afastá-lo, uma vez que é raro atingir tal volume, com forma tão regular; quando apresenta aspecto regular, é do tamanho de uma bola de tênis e com limites bem nítidos; quando o tamanho é maior assume contornos muito irregulares e compromete ossos e cartilagens — esterno e arcos costais anteriores — e mesmo pele-necrose. Se considerarmos o caso como de tumor de mediastino, pela localização, ântero-superior, três tumores são mais prováveis por ordem de freqüência: teratoma, tumor de tireóide — o adenoma que teria descido por trás da clavícula e penetrado no tórax — e tumor de timo.

O aspecto radiológico — deveríamos encontrar imagens características de ossos e cartilagens no interior do tumor e comprometimento de outras estruturas, inclusive compressão de traquéia — e a longa evolução falam mais a favor de teratoma.

O tumor de tireóide nunca atinge volume tão grande como o verificado, invadindo, ao exame radiológico, ambos os campos pulmonares, dando a impressão de uma taça com a base para baixo.

A possibilidade de tumor de timo é muito remota, pois o quadro radiológico dêste não é igual ao observado; entretanto, como o tumor lembra o aspecto geral da glândula, deve ser admitida esta hipótese. Repetimos que, das hipóteses, a mais provável é a de teratoma, seguindo-se a de

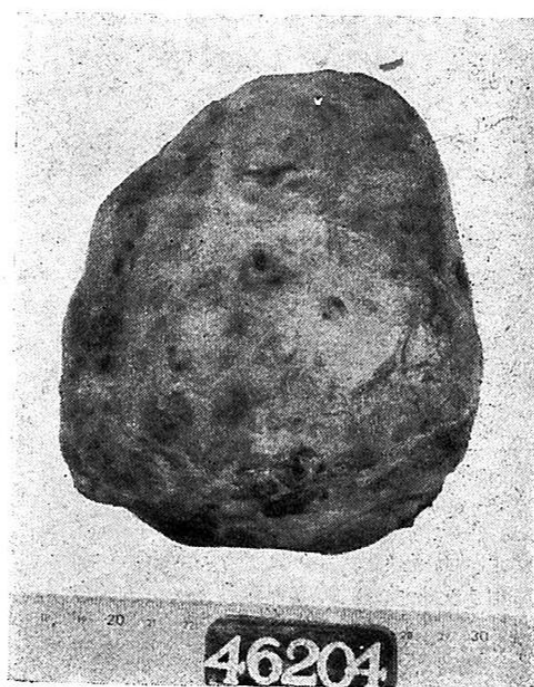


FIG. 3 — Aspecto macroscópico do tumor intratorácico (peça cirúrgica).

adenoma da tireóide. Entre os tumores mais raros do mediastino, há o cisto broncogênico e o cisto gastrogênico, simpato-blastoma e o lipoma, cujas imagens radiológicas são bem diferentes da do caso em discussão.

Outro comentário a ser feito diz respeito ao acidente que vitimou a paciente, isto é, a parada cardíaca. A queda da pressão arterial que se verificou durante o ato cirúrgico decorreu de dois fatores: em primeiro lugar, a grande aderência que havia entre o tumor e os vários elementos do mediastino e em segundo, a tração visceral. Apesar do paciente recuperar-se, no ato de desentubação houve parada cardíaca.

Sendo acidente não raro em hospitais, deve ser bem conhecido pelos médicos, pois quando diagnosticado em tempo oferece a possibilidade de recuperação total do paciente, principalmente quando ocorre, ainda, no centro cirúrgico.

As prováveis causas da parada cardíaca podem ser agrupadas como se segue: a) hipóxia consequente a obstrução das vias aéreas superiores, ventilação insuficiente e paralisia respiratória por curare ou ráqui; b) efeitos tóxicos de agentes anestésicos, por superdosagem — tionembutal — por sensibilidade exagerada — nebulização por neotutocaína — ou por reação inesperada — associação de vários anestésicos; c) fenômenos reflexos: tração visceral, deslocamento do coração, compressão do seio carotídeo; d) combinação das

várias causas (por ex., tração visceral e superdosagem do anestésico; e) fatores precipitantes, que isoladamente ou em associação com os anteriores levam à parada cardíaca: perda rápida de sangue (hemorragias pequenas mas, rápidas), entubação ou extubação, mudança da posição operatória do paciente.

No caso presente, podemos considerar as seguintes causas: tração visceral, perdas sangüíneas e extubação, como prováveis responsáveis pela parada cardíaca.

Finalmente completando meus comentários, farei considerações sobre o tratamento da parada cardíaca. Esse acidente é de interesse para todos os médicos, pois pode-se dar durante um exame otorrinolaringológico, uma extração de dente, numa anestesia, nas punções pleurais, na endoscopia, etc. Todo anestesiista ou profissional que realiza manobras cirúrgicas para fim diagnóstico ou terapêutico precisa conhecer este acidente e saber como se assiste o paciente.

Na parada cardíaca, há perda da função da bomba aspirante-premente do coração; o coração deixa de impelir o sangue para diante, e o oxigênio deixa de ser transportado para os diferentes tecidos e órgãos, havendo, portanto, anóxia. Os vários tecidos e órgãos suportam de maneira diferente a falta de oxigênio. O cérebro é o primeiro a sofrer, pois, após três minutos de anóxia o encéfalo sofre lesões irreversíveis. Portanto a possibilidade de recupera-

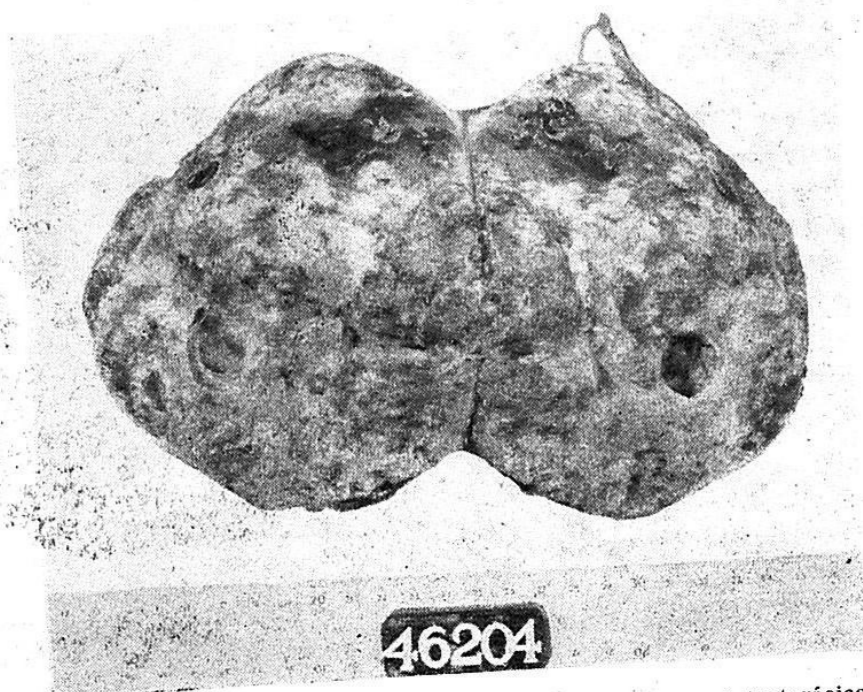


FIG. 4 — Aspecto macroscópico ao corte do tumor intratorácico (peça cirúrgica).

ção depende do diagnóstico e do tratamento serem feitos dentro de três minutos, pois as lesões encefálicas, após este prazo, levam fatalmente à morte.

O diagnóstico do acidente, quando este ocorre no centro cirúrgico, não apresenta dificuldade e se houver dúvida faz-se uma incisão na pele e tecido celular subcutâneo, que não ocasionará sangramento na presença do acidente. O tratamento consiste em restabelecer as funções do coração com a compressão ou massagem ritmada do órgão, o que necessariamente implica numa toracotomia. Com tal manobra, substituímos provisoriamente a musculatura cardíaca.

Quando já ultrapassado este tempo, não adianta mais fazer a recuperação, pois, mesmo que o coração volte a bater, o paciente continuará inconsciente, por estar descerebrado, vindo a morrer em 24 a 48 horas.

Enquanto se faz esta compressão manual ritmada do coração, deve-se entubar o paciente para se retirar a anestesia e administrar oxigênio a 100%. Quando há dificuldade para o coração voltar a bater, além destas primeiras medidas, há outras para correção da parada cardíaca. Na grande maioria dos casos, o coração, com as medidas iniciais, volta a bater em meio minuto, às vezes com o simples toque manual. Se o ritmo ficar normal após cinco ou seis minutos, podemos fechar o tórax. Teremos assim a necessária irrigação do cérebro. A pressão arterial subindo até 8mm/Hg — sistólica — é o bastante para que o coração volte ao ritmo normal. Quando isto não acontece, podemos levar até 20 a 25 minutos massageando o órgão até que a pressão sistólica fique em torno de 8mm/Hg e a oxigenação seja adequada.

Quando não há recuperação com as medidas descritas, devemos injetar novocaína dentro do ventrículo esquerdo, para evitar os reflexos irritativos dos músculos cardíacos e continuar com a compressão. Não havendo recuperação, injetar 2 ml de adrenalina a 1^o/100 e depois 10 ml a 1^o/1000 e continuar com a compressão cardíaca.

Existe uma complicação, a fibrilação ventricular, que equivale a uma parada cardíaca. O coração parado pode entrar, em seguida, em fibrilação, ou então, já estar em fibrilação. Nesta situação é preciso fazer a desfibrilação cardíaca (o choque

elétrico anula a fibrilação). Anulada a fibrilação, temos a parada cardíaca que então é tratada conforme o esquema acima.

Na cirurgia cardiovascular, antes do anestesista entubar o paciente, um membro da equipe já está preparado para o tratamento de uma eventual parada cardíaca, que se dá em maior incidência nos casos de portadores de afecções cardíacas cirúrgicas.

Ariel Monti — Antes de tecer considerações sobre este caso, gostaria de expor à casa a conduta adotada pelo Serviço de Anestesia para a cirurgia torácica.

As anestésias são mantidas em plano superficial porém com bloqueio neurovegetativo rigoroso. Os reflexos vagovagais são de muito maior importância do que os reflexos simpáticos.

O desencadeamento destes reflexos são fatores importantes para o choque trans-cirúrgico e por si só o podem desencadear.

O vagolítico é a atropina usada em doses de 3 a 4 mg. Isto parece exagerado, porém, quero recordar que o bloqueio farmacológico total com esta droga só é conseguido com 16 mg. O anestésico empregado é o protóxido de azoto em mistura com o O_2 , a 66% e 33% respectivamente. Para o bloqueio simpático doses de 5 a 15 mg de Pendionid são suficientes. A auralização é mantida pela succinil-colina gôta-gôta e a ventilação pulmonar é feita manualmente e controlada a pressão positiva intermitente.

Esta foi a anestesia indicada para este caso em particular. Nesta paciente o ato operatório foi iniciado com 90 mm/Hg de pressão sistólica. Houve grande hemorragia no transoperatório até a retirada da peça. Apesar de 2.000 ml de sangue endovenoso, a pressão arterial caiu a zero. Optou-se, imediatamente, por transfusão intra-arterial.

Após 1.000 ml de sangue por esta via, a pressão arterial sistólica subiu para 80 mm/Hg e os batimentos cardíacos atingiram 80 p.m. Com esta pressão foi feito o fechamento do tórax. Terminado o ato operatório e suspensa a mistura anestésica, a recuperação se processou em 10 minutos. Na extubação, houve parada cardíaca. O diagnóstico foi de parada cardíaca reflexa.

Fizemos massagem cardíaca externa. Esse novo estímulo — a compressão manual da parede torácica — pode ser suficiente para fazer com que o coração volte a bater.

Com a massagem, houve retorno dos batimentos cardíacos, porém logo após, nova parada. Então o tórax foi aberto. Encontrou-se um coração e pulmão totalmente exangües e verificou-se a existência de hemorragia do lado operado.

Anteriormente à abertura do tórax, não supúnhamos estivesse ocorrendo hemorragia, já que o dreno não acusava perda sangüínea e a pressão arterial era de 80 mm/Hg de máxima e o pulso de 80 batimentos.

A transfusão intra-arterial é um recurso muito útil nos choques hemorrágicos, mas devemos sempre recordar que ela pode esconder hemorragias venosas de cavidades fechadas pela seguinte razão: por princípio físico que rege sua prática, a via intra-arterial mantém pressões sistólicas na rede arterial.

A pressão do seio carótido e aórtico é também mantida de modo que a taquicardia reflexa pode não ocorrer. Por outro lado, continuando a hemorragia venosa, a pressão venosa da aurícula direita cai. Segundo Baim-Bridge, a queda da pressão intra-auricular direita determina bradicardia reflexa.

Estes dois fatores, portanto, mantiveram os batimentos cardíacos em redor de 80 p.m. no caso desta paciente, mascarando a hemorragia da pequena circulação.

M. O. Roxo Nobre: Tratando-se de tumor do mediastino, devemos considerar sempre aquele grupo de tumores rádio-sensíveis; linfomas — o caso presente não apresentava as características destes — e o tumor de timo, que embora não seja habitualmente unilateral, pode apresentar os aspectos descritos, de modo que não pode ser excluída esta hipótese. Assim sendo, a terapêutica poderia ter sido menos agressiva, utilizando-se as irradiações. Um outro meio diagnóstico a ser usado seria a biopsia rotatória, antes do paciente ser levado à mesa operatória.

Jacyr Quadros: Sob o ponto de vista do diagnóstico diferencial não devemos esquecer o grupo de tumores raros. Assim: o câncer de pequeno brônquio, de cresci-

mento centrípeto, pois, trata-se de indivíduo de mais de 40 anos de idade, com imagem radiológica de contornos não muito nítidos, com atelectasia de lobo superior, por compressão de brônquio, o que não é habitual em tumores benignos; o sarcoma pode se comportar muito semelhantemente aos tumores benignos, nunca apresentando atelectasia e sim derrame, o que se vê no presente caso — pequeno derrame, obstrução do seio costo-frênico.

Outros meios de diagnóstico poderiam ser usados, para melhor esclarecimento: a broncografia e o pneumotórax artificial — permitiria excluir um tumor pleural — e o exame do esôfago contrastado, que nos mostraria a presença ou ausência de fixação à traquéia. Outros tumores raros: adenoma brônquico (que é sempre pequeno), angiomas — acompanhados de poliglobulia, leiomioma e leiomiossarcoma — os primeiros apresentam uma pequena necrose central, que se calcifica.

José Ramos Jr.: Acrescentaria aos fenômenos reflexos causadores da parada cardíaca, uma quarta possibilidade: aqueles provenientes da árvore respiratória superior e também da própria pleura — quando se faz uma simples punção evacuadora pleural.

Ariel Monti: Achemos que não se deve individualizar os vários tipos de reflexos, seja da pleura ou traquéia. Todos esses reflexos que causam parada cardíaca, dizem respeito ao sistema neurovegetativo vagal. Todas as terminações vagas são susceptíveis de grandes estímulos. O estímulo vagal desencadeia então ação bradicardizante sobre o coração, que num órgão em más condições orgânicas o leva a uma parada; ou mesmo que haja um escape intenso do estímulo vagal, o coração pára em diástole. Daí, dever usar-se sempre um vagolítico, quando se vai intervir cirurgicamente num território que tenha terminações vagas, para o seu bloqueio — uso de 1 a 2 mg de atropina por via intramuscular ou endovenosa.

M. O. Roxo Nobre: Qual seria a orientação terapêutica no caso de uma parada cardíaca em consultório?

Bindo Guida Filho: Deve-se colocar o paciente em decúbito dorsal, fazer compressão do tórax contra a coluna, insuflar na boca do paciente e, se possível, inje-

tar adrenalina dentro do coração e atropina por via endovenosa.

Achados necroscópicos:

Necroscopista: Antenor Teixeira Leal.

Causa mortis: Choque circulatório periférico hemorrágico.

Diagnóstico da moléstia principal: adenoma de tireóide ectópica intratorácica com áreas de adenoma fetal.

Diagnósticos anatômicos:

Adenoma de tireóide ectópica com áreas de adenoma fetal.

Bócio nodular da tireóide com sinais de hiperatividade.

Discreta hipertrofia do miocárdio.

Lipoidose das aortas torácica e abdominal.

Enfisema pulmonar.

Hemotórax direito (900 ml).

Atelectasia pulmonar.

Congestão passiva crônica dos pulmões.

Bronquite crônica.

Inundação hemorrágica parcial da árvore brônquica direita.

Colangite crônica discreta.

Esteatose hepática.

Artério-arteríolo esclerose renal.

Congestão passiva crônica do baço.

Discussão anátomo-clínica:

Paulo de Assis: Qual foi o mecanismo da hemorragia? Procedeu-se ao teste de injeção de líquido nas artérias pulmonares?

Antenor Teixeira Leal: A hemorragia foi dos vasos pulmonares, resultante da retirada do tumor. O teste de injeção de líquido nas artérias não foi feito. Não é método de rotina.