

Relato de caso

Cisto broncogênico simulando asma brônquica em criança

Brochogenic cyst mimicking asthma in an infant

Jorge Montessi¹, Marta Cristina Duarte²,
Monique Corrêa e Castro de Sá³, Maria Tereza
Martins Ferrari³

RESUMO

O cisto broncogênico é a lesão cística mais comum do mediastino. Algumas de suas manifestações clínicas ocorrem por compressão das vias aéreas. Uma forma incomum de apresentação é o caráter recorrente dos sintomas obstrutivos, assemelhando-se a asma brônquica. Os autores relatam e discutem caso de cisto broncogênico simulando asma em uma criança, onde a retirada da lesão possibilitou a remissão completa dos sintomas.

Descritores: Cisto broncogênico, asma brônquica.

ABSTRACT

The bronchogenic cyst is the most common cystic injury of the mediastin. Some of its clinical manifestations occur due to the compression of the aerial ways. An uncommon form of presentation is the recurrent character of the obstructive symptoms, resembling the asthma. The authors relate and discuss a case of bronchogenic cyst simulating asthma in a child, where the surgical removal of the injury made possible the complete remission of the symptoms.

Keywords: Bronchogenic cyst, asthma.

Introdução

O cisto broncogênico, embora relativamente raro, é a lesão cística mais comum do mediastino. Estima-se sua incidência em 6 a 15% das massas mediastinais primárias¹. Parte dos casos são diagnosticados após os 15 anos de idade. As regiões subcarinal e paratraqueal representam os sítios mais acometidos, seguidos pela localização periesofageana e hilar^{1,2}. Em recém nascidos

e crianças pequenas causam sintomas compressivos precocemente, representando ameaça de vida quando comprometem estruturas vitais³. Não raramente o diagnóstico ocorre por ocasião da ultra-sonografia pré-natal, de radiografias de tórax de rotina ou de investigações relacionadas ao aparelho digestivo e coração³. Complicações incluem infecção, ruptura, sangramento, compressão de estruturas adjacentes e malignização⁴.

1. Serviço de Cirurgia do Tórax do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

2. Serviço de Pneumologia do Hospital Monte Sinai (Juiz de Fora/MG).

3. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

Local da realização: Hospital Monte Sinai. Rua Vicente Beghelli, 315 Dom Bosco, 36025-550 Juiz de Fora - MG

Endereço para correspondência: Maria Tereza Martins Ferrari. Rua Dona Ana, 190 - Centro 36600-000 Bicas - MG. E-mail: mtmf@powermail.com.br
Artigo recebido para publicação no dia 07/04/2004 e aceito no dia 25/05/2004, após revisão.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, três anos e oito meses, apresentou quadro de crise asmática com dispnéia intensa acompanhada de tosse seca e sibilância. Ao ser internada foi inicialmente tratada com terbutalina e prednisona, ocorrendo progressiva melhora dos sintomas. Após dois dias a paciente evoluiu com enfisema subcutâneo na região cérvico-torácica e febre baixa que cedeu com uso de antipirético. Segundo relato da família as crises asmáticas eram freqüentes e ocorriam há cerca de dois anos e meio.

Foi realizado raio X de tórax. Na ocasião, foi realizada broncoscopia que mostrou compressão extrínseca em terço inferior da traquéia e brônquio principal esquerdo. Solicitou-se, então, tomografia computadorizada de tórax (figura 1) que revelou presença de pneumomediastino e volumosa massa mediastinal sugestiva de cisto broncogênico compressivo, situado nas adjacências do brônquio fonte esquerdo e carina. A ressonância nuclear magnética complementou a propedêutica, reforçando a suspeita da tomografia.

A paciente foi tratada cirurgicamente com ressecção do tumor através de toracotomia posterior com preservação muscular. Os exames macroscópico e anatomopatológico confirmaram a presença do cisto broncogênico. Nenhuma medida específica foi tomada para o tratamento do pneumomediastino, que se reverteu espontaneamente no pós-operatório. A paciente encontra-se há dois anos e sete meses totalmente assintomática. Depois da remoção do cisto não houve recorrência da asma brônquica.

Discussão

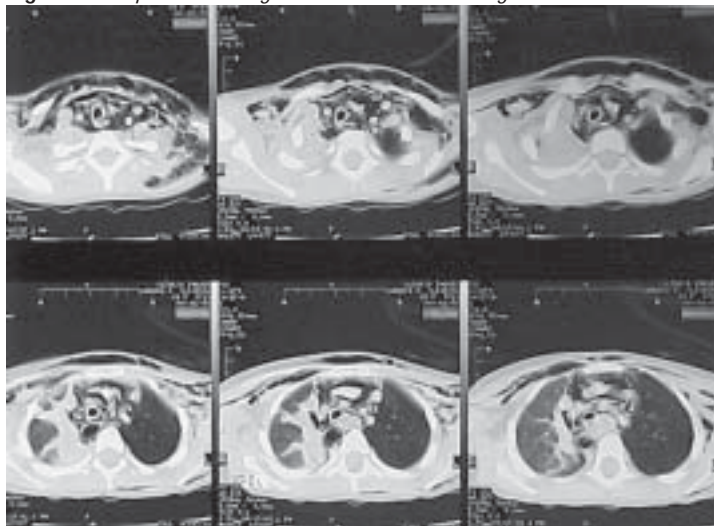
O cisto broncogênico resulta do desenvolvimento anômalo do intestino ventral anterior durante o primeiro

trimestre da vida embrionária. De tamanhos variados, os cistos podem ser múltiplos ou solitários, uni ou poliloculados. Histologicamente apresentam-se como lesões císticas revestidas por epitélio respiratório, possuindo em suas paredes glândulas mucosas, tecido elástico, tecido muscular e cartilagem. Os cistos mediastinais são principalmente subcarinais ou paratraqueais, graças à sua proximidade com traquéia e esôfago freqüentemente se tornam sintomáticos. Por sua vez, os cistos intrapulmonares são mais comuns nos lobos inferiores. Também existem relatos de localizações como septo interatrial, pericárdio, cissura interlobar, espaço subpleural, região cervical, retroperitônio e abdome⁵. A ocorrência simultânea de outras máis-formações (*v.g.* seqüestração pulmonar, dextrocardia, pectus excavatum, lobulação pulmonar incompleta ou supranumerária) não é evento raro³.

Difícilmente causam sintomas exuberantes e por vezes são identificados como anormalidades radiográficas isoladas⁷. Existem poucos dados na literatura relacionando a presença da lesão com a asma brônquica⁸. A sintomatologia, na maior parte dos casos, é causada por infecção local ou comprometimento de estruturas adjacentes⁵. Na casuística de Ribet e colaboradores, 70,8% das crianças e 60% dos adultos eram sintomáticos⁴. Dor torácica e disfagia são queixas importantes em adultos, sendo a primeira mais freqüente⁶. Nas crianças a maioria dos sintomas ocorre por compressão das vias aéreas ou esôfago, fato mais comum nos cistos próximos à carina⁷. A compressão dos brônquios, geralmente em decorrência de rápida distensão causada por mecanismo valvular, pode ocasionar estenose brônquica ou pneumonias de repetição em recém-natos. Tosse e hemoptise são ocasionais, ocorrendo com maior freqüência em crianças mais velhas e adultos⁷. Aktogu e colaboradores descrevem síndrome da veia cava superior, tamponamento cardíaco, compressão traqueal, pneumotórax, pleurisia e pneumonia em uma série de 30 pacientes⁵. Comunicação entre o cisto e as vias aéreas, embora incomum, é mais provável na presença de infecção. A evolução para carcinoma ou sarcoma, bem como a presença de adenoma brônquico no interior do cisto não são freqüentes³.

Johnston e colaboradores⁸ relatam caso raro, semelhante ao aqui descrito, onde a compressão parcial da traquéia e brônquios resultou em sintomas obstrutivos recorrentes que simularam asma brônquica. Segundo os autores também ocorreu remissão completa

Figura 1 - Aspectos tomográficos do cisto broncogênico.



dos sintomas após ressecção da lesão. Lazar e colaboradores descrevem estridor em neonato ocasionado pela presença de volumoso cisto broncogênico próximo à carina⁹. Em alguns pacientes a obstrução da via aérea é severa a ponto de provocar insuficiência respiratória, com necessidade de suporte ventilatório e ressecção cirúrgica de urgência¹⁰.

A radiografia do tórax nas incidências pósterio-anterior e perfil e a esofagografia são recursos suficientes para estabelecer a hipótese diagnóstica^{4,5}. Esclarecimentos adicionais são obtidos através da tomografia computadorizada e de ressonância magnética. A imagem típica é de lesão cística única, bem delimitada, de tamanho variado, encontrada no mediastino médio próximo à carina⁶. Quando o cisto está infectado ou possui alguma secreção em seu interior, assume aspecto de tumor sólido ou apresenta nível hidroaéreo; em certos casos há deslocamento de estruturas mediastinais, imagem de atelectasia ou hiperinsuflação distal à lesão¹⁰. Em pacientes selecionados a punção transbrônquica com agulha fina complementa o estudo broncoscópico e auxilia no diagnóstico diferencial⁶.

A ressecção cirúrgica é o método de escolha para o tratamento, já que estabelece diagnóstico histológico definitivo, alivia os sintomas e previne o aparecimento de complicações associadas^{1,3,5}. O procedimento tradicional é a toracotomia aberta com retirada total da lesão. Ressecções parciais eventualmente são necessárias, por exemplo, quando se observam aderências importantes^{1,3}. Nos cistos periféricos a ressecção pulmonar localizada é a mais utilizada, mas a lobectomia ou até a pneumonectomia são opções vantajosas em se tratando de cistos muito volumosos ou associados a intensas alterações parenquimatosas⁴. Procedimentos paliativos ou temporários, como punção e aspiração transparietal, transbrônquica ou transmediastinal são úteis para redução da pressão local, proporcionando melhora dos sintomas e incremento da função pulmonar¹⁰. Alguns autores utilizam a remoção por toracosopia, técnica segura quando não existem complicações pré-operatórias ou aderências importantes^{4,5}.

O prognóstico a longo prazo de pacientes assintomáticos é impreciso. A maioria dos autores defende a ressecção cirúrgica precoce devido ao risco de complicações. Nos casos sintomáticos, assim como no presente relato, a intervenção cirúrgica possibilita a cura da lesão e remissão completa do quadro clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suen HC, Mathisen DJ, Grillo HC, LeBlanc J, Mcloud TC, Moncure AC, Hilgenberg AD. Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts. *Ann Thorac Surg* 1993;55:476-481.
2. St.-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, Vaillancourt R, Deschamps C, Beauchamp G, Page A, Brisson J. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg* 1991;52:6-13.
3. Cateletto ME. Bronchogenic cyst. *Medicine Journal* 2001;2(8):2-9.
4. Ribet ME, Copin MC, Gosselin B. Bronchogenic cysts of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995;109(5):1003-10.
5. Aktogu S, Yuncu G, Halilcolar H. Bronchogenic cysts: clinicopathological presentation and treatment. *Eur Respir J* 1996;9(10):2017-21.
6. Patel SR, Meeker DP, Kirby TJ, Rice TW. Presentation and management of bronchogenic cysts in the adult. *Chest* 1994;106:79-85.
7. Phillipart A. Benign mediastinal cysts and tumors. *Pediatric Surgery* 1998; 5th edition.
8. Johnston SR, Adam A, Allison DJ, Smith P, Ind PW. Recurrent respiratory obstruction from a mediastinal bronchogenic cyst. *Thorax* 1992;47:660-62.
9. Lazar RH, Younis RT, Bassila MN. Bronchogenic cysts: a case of stridor in the neonate. *Am J Otolaryngol* 1991;12(2):117-21.
10. Lippmann M, Solit R, Goldberg SK, Najjar D. Mediastinal bronchogenic cyst. A cause of upper airway obstruction. *Chest* 1992;102:1901-03. ■