

ABORDAGEM COMBINADA POR CERVICOTOMIA E VIDEOTORACOSCOPIA PARA RESSECÇÃO COMPLETA DE BÓCIO MERGULHANTE

Autores: Davi Sartório Cypriano¹, Leonardo Cesar Silva Oliveira¹, Francisco Matheus Tavares Fernandes Vieira¹, Nathalia Souza Silva Zacarias¹, Gustavo Moreira Siqueira¹, Antero Gomes Neto^{1,2}

1. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart 2. Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

OBJETIVOS

O bócio tireoidiano acomete principalmente mulheres (3:1) após a quinta década de vida¹ e em cerca de 10% dos casos possui um componente intratorácico chamado de bócio mergulhante ou ectópico². O objetivo deste relato será apresentar um caso no qual a associação da cervicotomia com a videotoracoscopia foi necessária para a ressecção completa do bócio devido ao seu volume e à topografia posterior no mediastino médio.

MÉTODOS E RESULTADOS

Paciente do sexo feminino, 68 anos, hipertensa e portadora de transtorno de ansiedade, que apresentava quadro de tosse, dispneia aos esforços e estridor inspiratório. Realizou uma Tomografia Computadorizada de Tórax, que evidenciou massa tumoral heterogênea, medindo 8,8x7,0x6,7cm, com realce irregular pelo contraste, limites bem definidos, em íntimo contato com o lobo inferior da tireoide, rechaçando estruturas do mediastino, sem aparentemente envolvê-las. Na avaliação pré-operatória, fez uma broncoscopia que evidenciou redução acentuada da luz traqueal por provável compressão extrínseca em toda extensão traqueal, sem aparente infiltração. Com a suspeita de bócio mergulhante de tireoide e devido ao tamanho e à localização do bócio, foi programada uma estratégia cirúrgica menos invasiva com uma abordagem combinada por cervicotomia de Kocher, seguida de videotoracoscopia para liberação mediastinal da lesão.



Fig. 1 Formação expansiva heterogênea, com realce irregular pelo produto de contraste, de limites bem definidos em íntimo contato com o lobo direito da tireoide, paratraqueal pósterolateral direita, rechaçando as estruturas vasculares anteriormente e o mediastino para a esquerda, medindo 8,8 x 7,0 x 6,7cm.

Foi realizada hemitireoidectomia (lobo direito e istmo), e liberação para o mediastino posterior, com preservação das paratireoides, do nervo laríngeo recorrente, e do lobo esquerdo da tireoide, que era normal à palpação e nos exames de imagens. Finalizado o tempo cervical, a paciente foi colocada em decúbito lateral direito e realizada a videotoracoscopia com dois portes (ótica no 7º e incisão de trabalho no 4º espaço intercostal) e feita a liberação do grande componente mediastinal da lesão, extremamente facilitada pela liberação cervical prévia. Durante o perioperatório foi necessário a transfusão de 1 concentrado de hemácias e a redrenagem torácica por tubo de toracostomia fechada sob selo d'água devido à obstrução do primeiro dreno colocado na cirurgia. A paciente saiu de alta no 5º pós-operatório e ficou em acompanhamento ambulatorial.

CONCLUSÕES

Levando em consideração que o bócio tireoidiano tem como seu principal tratamento a cirurgia e que a melhor escolha de abordagem acarretará em melhores desfechos. A realização da abordagem combinada por cervicotomia e videotoracoscopia é menos invasiva que a esternotomia, e é uma excelente opção cirúrgica para bócios mergulhantes ou ectópicos que necessitam de um acesso torácico por não serem passíveis de ressecção por cervicotomia.

REFERÊNCIAS

1. CRESCENZO, V. Di *et al.* Surgical management of cervico-mediastinal goiters: Our experience and review of the literature. **International Journal of Surgery**, [S. l.], vol 28, p 547-553, 2015.
2. DENLINGER, Chadrik E.; KLAPPER, Jacob A.. Lesions Masquerading as Primary Mediastinal Tumors or Cysts. In: LoCicero III, Joseph *et al.* (ed.). **General Thoracic Surgery**. 8. ed. New York: Wolters Kluwer, 2019. Cap. 159. p. 4107-4132
3. GUPTA, P. *et al.* Video assisted thoracoscopic thyroidectomy for retrosternal goitre. **The Annals of The Royal College of Surgeons of England**, [S. l.], vol 96, p 606-608, 2014.
4. SHIGEMURA, N. *et al.* VATS with a Supraclavicular Window for Huge Substernal Goiter: An Alternative Technique for Preventing Recurrent Laryngeal Nerve Injury. **Thorac Cardiovasc Surg**, Nova Iorque, vol 53, p 231-233, 2005