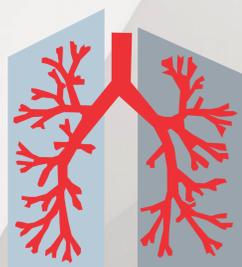


CISTO PERICÁRDICO PARATRAQUEAL GIGANTE

LEONARDO C. S. OLIVEIRA, FRANCISCO MATHEUS T. F. VIEIRA, RYAN N. LIMA, NATHALIA S. E S. ZACARIAS, DAVI S. CYPRIANO

Contato: Leonardo Oliveira - leonardo@toracica.med.br



CIRURGIA TORÁCICA
HOSPITAL DE MESSEJANA
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Fortaleza - Ceará

RELATO DE CASO

Mulher, 39 anos, com queixas de dor no dorso e dispneia aos esforços. Tinha história prévia de valvuloplastia mitral há 18 anos. Ressonância nuclear magnética confirmou lesão cística de 8,9x7,8x7,6cm em topografia paratraqueal direita com importante desvios das estruturas vizinhas. A tomografia e a ressonância levantavam a hipótese de cisto pericárdico ou linfangioma (FIGURA 1 (A), (B) e (C)). Foi realizada uma pleuroscopia por vídeo em decúbito lateral esquerdo em anestesia geral com tubo de duplo lúmen. A lesão era completamente livre de aderências com o pulmão e era nítida o conteúdo cístico e translúcido (FIGURA 1 (D) e (E)). Após a abertura o conteúdo era citrino claro (FIGURA 1 (F) e (G)). Foi realizado a retirada da parte livre da parede do cisto. A parede livre foi ressecada, mas infelizmente a parede em contato com a traqueia e a veia cava era impossível de ser ressecada com segurança por ser extremamente fina e aderida as estruturas (FIGURA 1 (H)). O pós-operatório transcorreu sem complicações. O anatomopatológico e a imuno-histoquímica confirmaram que a lesão se tratava de um cisto pericárdico de localização atípica. A paciente segue em acompanhamento sem complicações.

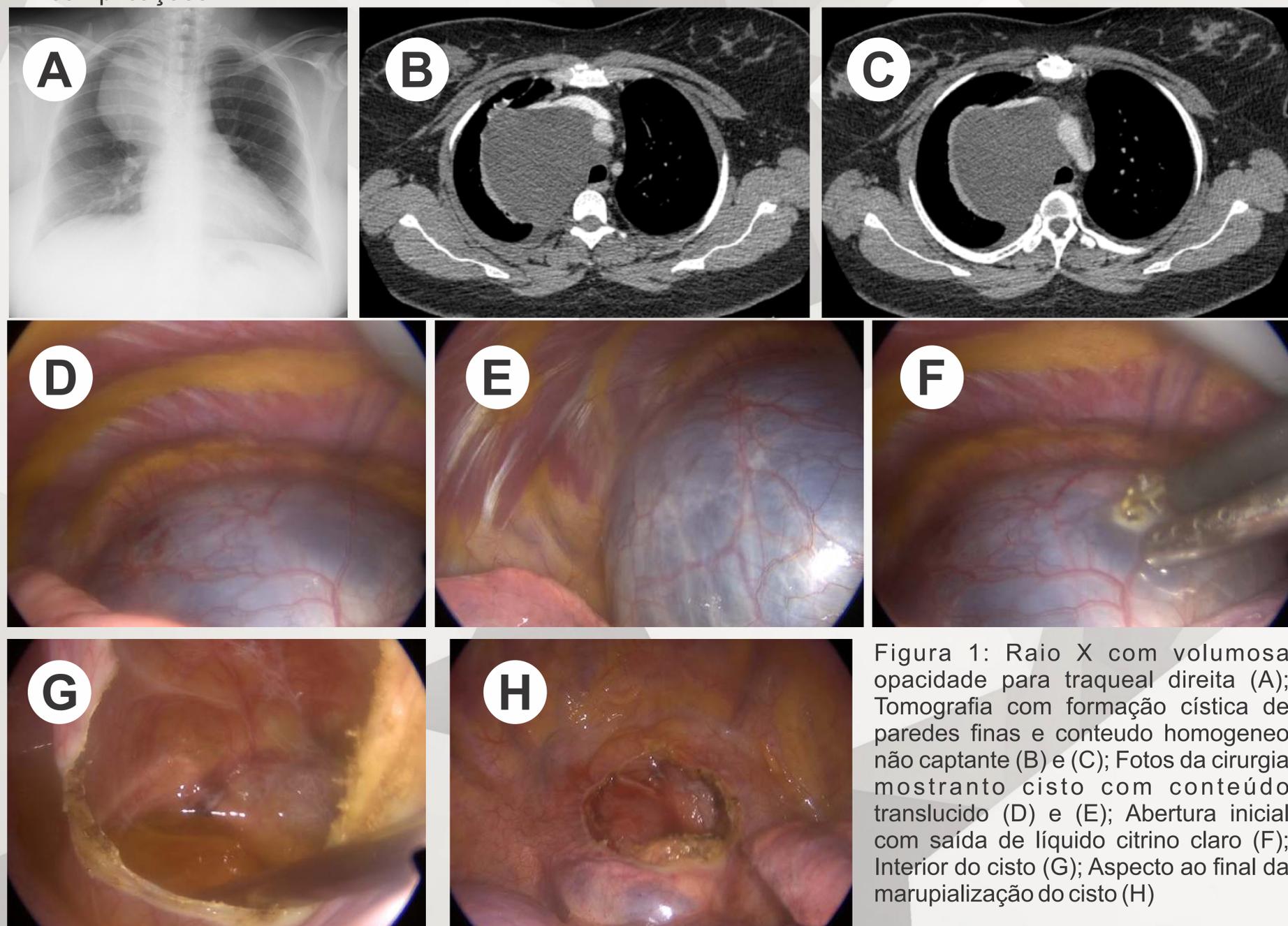


Figura 1: Raio X com volumosa opacidade para traqueal direita (A); Tomografia com formação cística de paredes finas e conteúdo homogêneo não captante (B) e (C); Fotos da cirurgia mostrando cisto com conteúdo translúcido (D) e (E); Abertura inicial com saída de líquido citrino claro (F); Interior do cisto (G); Aspecto ao final da marupialização do cisto (H)

DISCUSSÃO

O cisto pericárdico é uma das massas mediastinais no adulto. A maioria dos pacientes é completamente assintomática, com uma leve prevalência no sexo feminino, sendo comumente descobertos entre a 3ª e 5ª década de vida. Geralmente são cistos únicos, com paredes finas de células mesoteliais, menores que 5cm e com conteúdo líquido bem claro, mas podem conter líquido hemorrágico ou necrótico. Em raros casos podem ter grande dimensões quando então podem determinar sintomas como dispneia, dor pleurítica, palpitações, tosse, disfagia, perda de peso e desmaios. Podem ser congênitos ou adquiridos. Esse último grupo ocorre por inflamação de cistos menores, pericardite reumática, trauma, pericardite pós-infarto de miocárdio, infecções virais, neoplasias ou cirurgia cardíaca. Os exames de escolha são a tomografia, a ressonância nuclear magnética e o ecocardiograma. As opções de tratamento incluem esclerose percutânea, ressecção por cirurgia vídeo assistida, toracotomia, mediastinotomia ou laparoscopia. Como se trata de lesão benigna o melhor tratamento ainda é a ressecção por vídeo cirurgia que é indicada nos casos sintomáticos, muito volumosos ou na suspeita de malignidade. Nas lesões menores e assintomáticas o acompanhamento exclusivo costuma ser a melhor opção (1, 2).

GRAVAÇÃO DA



CIRURGIA

REFERÊNCIAS

1. Barrios P, Avella Patino D. Surgical indications for mediastinal cysts-a narrative review. *Mediastinum*. 2022;6:31.
2. Khayata M, Alkharabsheh S, Shah NP, Klein AL. Pericardial Cysts: a Contemporary Comprehensive Review. *Curr Cardiol Rep*. 2019;21(7):64.