

Ressecção de **TERATOMA GIGANTE** de mediastino por incisão de **CLAMSHELL**

Relato
de
caso

Antero Gomes Neto; Iury Souza Burlamaqui de Moraes; Olavo Costa Pinheiro; Adalberto Vieira Dias Filho; Victor Camarão Pôrto; Leonardo Cesar Silva Oliveira

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - Fortaleza - Ceará - Brasil

Contato: leonardo@toracica.med.br - +55 85 99984-4077

Hospital de Messejana
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

INTRODUÇÃO

O teratoma é o tipo mais comum dos tumores de células germinativas, acometendo frequentemente o mediastino anterior e com degeneração maligna incomum. Comumente assintomáticos, mas podem manifestar-se com dor torácica, tosse e dispnéia relacionados ao crescimento, compressão e tamanho.

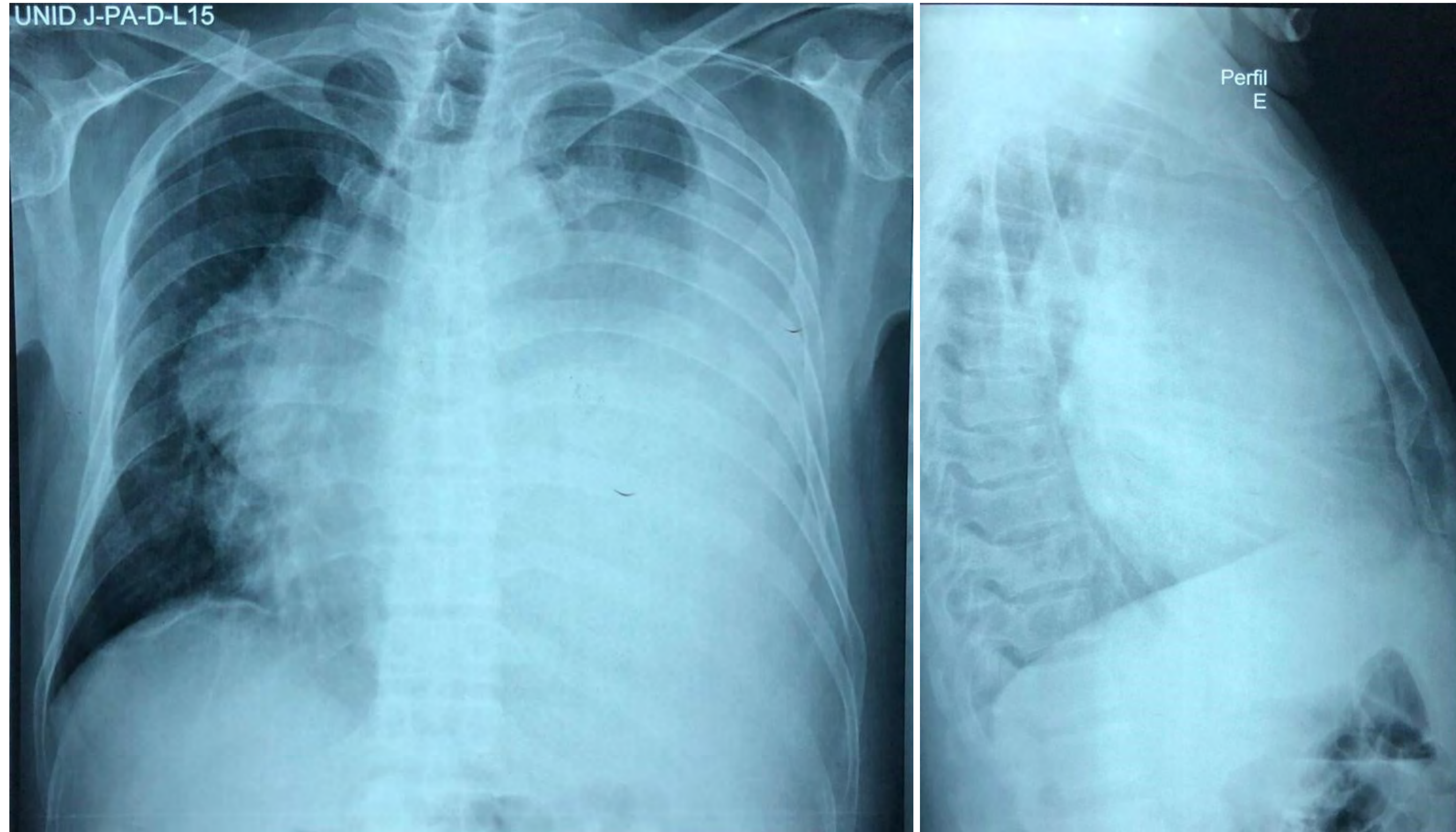


Figura 1: Raio X postero-anterior (esquerda) e perfil (direita) na admissão: Derrame pleural a esquerda com velamento subtotal do hemitórax esquerdo e opacidade que borra silhueta cardíaca ocupando o mediastino anterior

RELATO DE CASO

Homem, 44 anos, com adinamia, tosse, dor nas costas e dispnéia iniciadas em 2 meses antes do internamento. Duas semanas após, foi internado por piora dos sintomas e raio x evidenciou derrame pleural e extensa opacidade mediastinal anterior (Figura 1). Ecocardiograma mostrou derrame pericárdico moderado sem repercussão hemodinâmica. Realizou TC de tórax revelando lesão de limites definidos no mediastino superior com densidade de partes moles e áreas císticas com calcificação, medindo 21,4x12x10,6cm, compressão vascular e atelectasia pulmonar esquerda (Figura 2). Broncoscopia evidenciou calibre reduzido do brônquio fonte esquerdo e compressão extrínseca da árvore brônquica ipsilateral. Biópsia guiada por tomografia mostrou proliferação mesenquimal de baixo grau. Foi submetido a toracotomia anterior bilateral com incisão transternal – clamshell (Figura 3 e 4). A ressecção do tumor aconteceu com liberação de aderências às estruturas circunvizinhas, segmentectomia não-anatômica de no lobo inferior esquerdo necrosado e decorticação pulmonar esquerda. O histopatológico da peça cirúrgica confirmou teratoma cístico do mediastino, com elementos maduros predominantes. O paciente evoluiu sem complicações, recebendo alta após cinco dias. Retornou ao hospital 45 dias após quando nova tomografia evidenciou recidiva. No momento esta em tratamento quimioterápico.

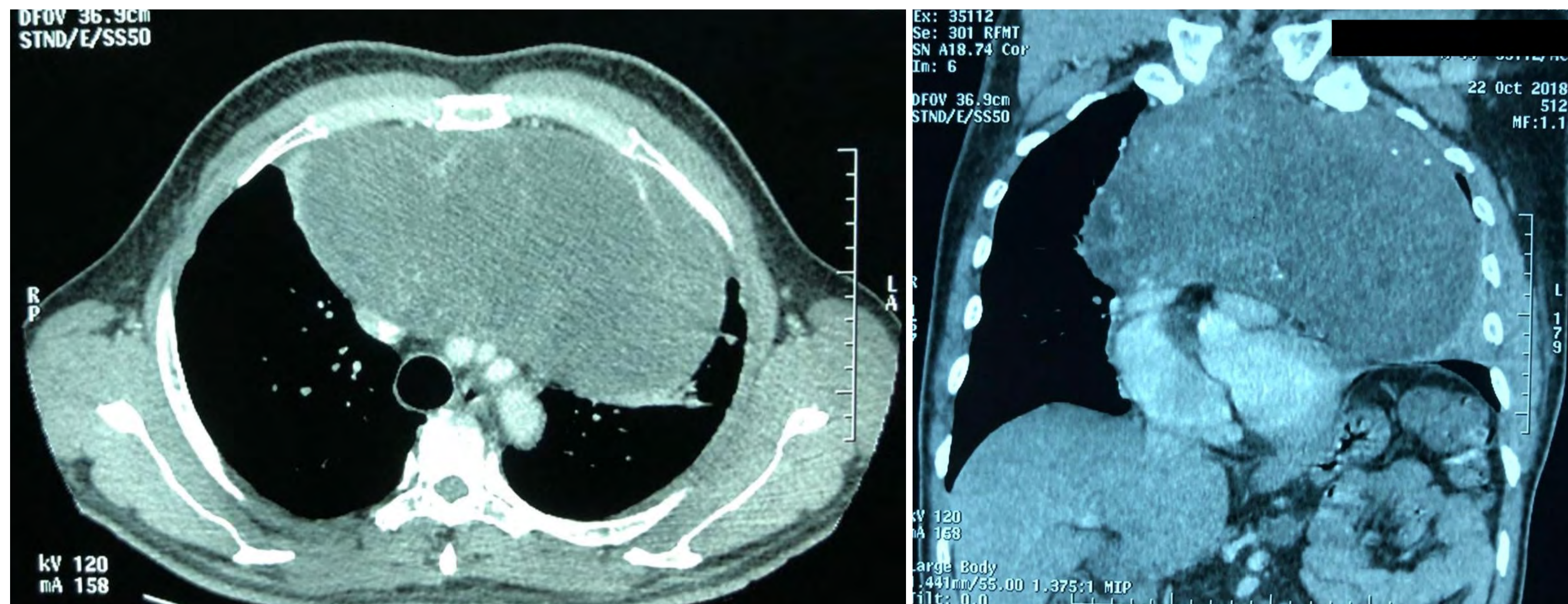


Figura 2: Tomografia com massa com focos de calcificação ocupando e desviando estruturas mediastinais

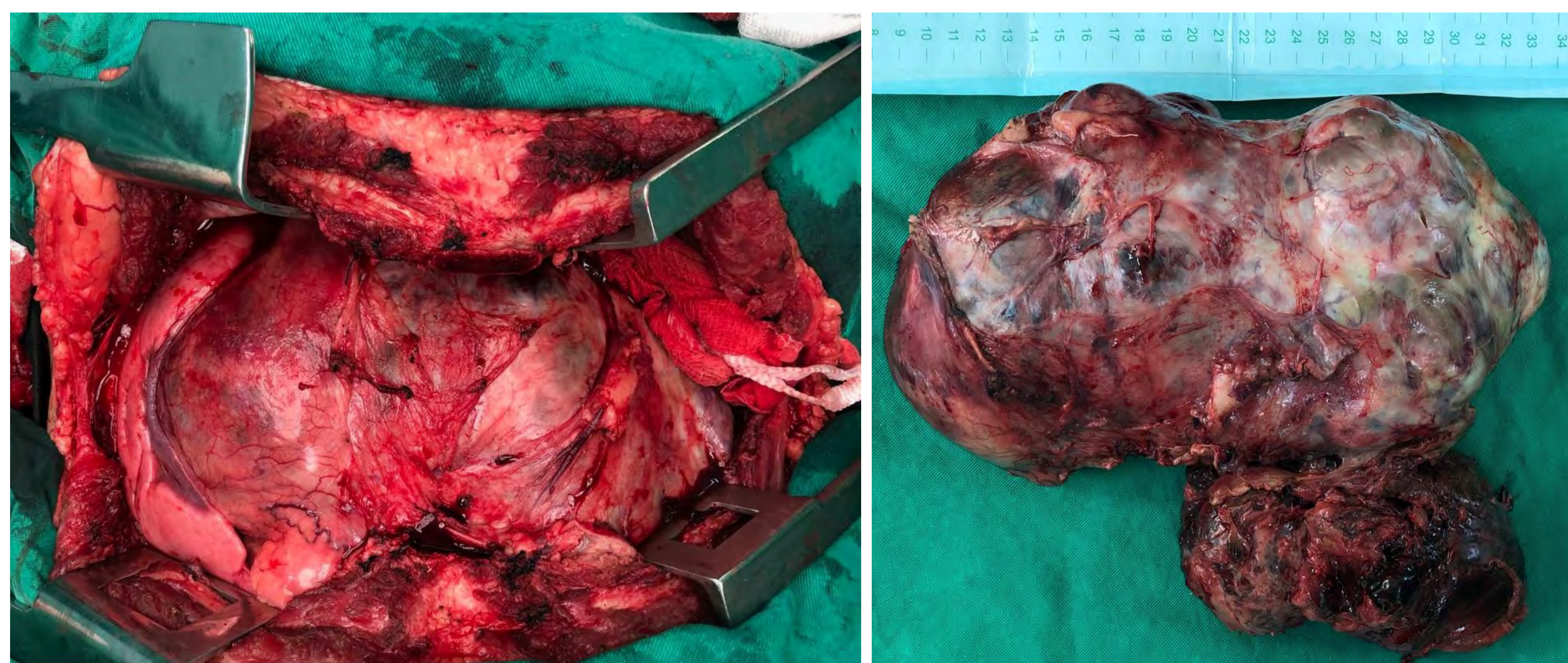


Figura 3 - Esquerda: Aspecto após abertura da incisão mostrando tumor ocupando e bloqueando toda a visualização das estruturas mediastinais; Direita: Aspecto da massa ressecada

DISCUSSÃO

Os teratomas podem ocorrer no cérebro, face, pescoço, retroperitônio, testículo, ovário e sacro(1). São as neoplasias mais prevalentes do mediastino anterior respondendo por 60-70% das lesões, sem preferência por sexo e pico de incidência na 2ª e 3ª décadas da vida. Podem ser assintomáticos, com diagnóstico incidental ou até massas gigantes causando dor torácica, dispnéia, tosse e disfagia. A degeneração maligna é incomum e acontece em até 2% dos casos(2). São classificados em maduros e imaturos, tendo esses últimos a capacidade de metástases e invasão. O tratamento é cirúrgico na quase totalidade dos casos(3). A abordagem depende da localização, tamanho e relação com as estruturas vizinhas podendo ser por via aberta ou por toracoscopia (4, 5).

A incisão de clamshell surgiu nos primeiros anos da cirurgia cardíaca com hipotermia e circulação extracorpórea (6). Com a introdução da esternotomia mediana, durante algum tempo, a incisão submamária na pele foi mantida para evitar infecção das ainda frequentes traqueostomias (7). Assim a esternotomia mediana era realizada abaixo do retalho triangular da pele, musculatura e tecido mamário (8). A incisão de clamshell oferece um resultado estético melhor em mulheres jovens deixando cicatriz submamária. Além do resultado estético, a incisão não interfere no desenvolvimento mamário nem na possibilidade de lactação além de permitir re-operações com a mesma incisão (9, 10).

Foi optado por uma incisão de clamshell devido a sua grande dimensão e pela extensa relação com ambos hemitórax. A incisão permite expor amplamente as cavidades pleurais, acessar o hilo bilateralmente assim como os vasos mediastinais, favorecendo a dissecação e ressecção segura do tumor. As desvantagens da incisão são a necessidade de ligadura bilateral da artéria torácica interna, o maior tempo para abertura e fechamento, o risco de osteomielite, cavalcamento esternal e dor crônica (11-13). Contudo, em nosso caso, o volume da massa e a compressão de estruturas adjacentes tornou necessária uma incisão que permitisse uma boa visualização das duas cavidades pleurais além do acesso às estruturas mediastinais e hilos pulmonares, tendo sido a incisão de clamshell a opção de acesso.



Figura 4: (A) Aspecto da incisão no pós-operatório inicial; (B) Raio X no pós-operatório tardio mostrando cúpula esquerda elevada

CONCLUSÃO

A incisão de clamshell permitiu o acesso total e uma boa visualização do mediastino e das duas cavidades pleurais, facilitando a liberação e a ressecção completa do tumor, o que nos permite afirmar ser esse tipo de incisão, uma excelente via de acesso para a ressecção de tumores gigantes do mediastino.

REFERÊNCIAS

- Peterson CM, Buckley C, Holley S, Menias CO. Teratomas: a multimodality review. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012;41(6):210-9.
- Duwe BV, Serman DH, Musani AI. Tumors of the mediastinum. *Chest.* 2005;128(4):2893-909.
- Kesler KA, Einhorn LH. Multimodality treatment of germ cell tumors of the mediastinum. *Thorac Surg Clin.* 2009;19(1):63-9.
- Chang CC, Chang YL, Lee JM, Chen JS, Hsu HH, Huang PM, et al. 18 years surgical experience with mediastinal mature teratoma. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi.* 2010;109(4):287-92.
- Allen MS. Presentation and management of benign mediastinal teratomas. *Chest Surg Clin N Am.* 2002;12(4):659-64, vi.
- Brutel de la Riviere A, Brom GH, Brom AG. Horizontal submammary skin incision for median sternotomy. *Ann Thorac Surg.* 1981;32(1):101-4.
- Laczkovics A, Krisch I, Miholic J, Klepetko W, Domanig E. [A cosmetically advantageous approach to median sternotomy]. *Wien Klin Wochenschr.* 1983;95(19):678-9.
- Laks H, Hammond GL. A cosmetically acceptable incision for the median sternotomy. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery.* 1980;79(1):146-9.
- Deutinger M, Domanig E. Breast development and areola sensitivity after submammary skin incision for median sternotomy. *Ann Thorac Surg.* 1992;53(6):1023-4.
- Odum J, Vyas R, Laks H, Alikhani A, Mehta U, Hughes K. Redo submammary incision for median sternotomy and cardiac repair. *Ann Thorac Surg.* 2005;79(1):163-7.
- Cooper JD. The evolution of techniques and indications for lung transplantation. *Ann Surg.* 1990;212(3):249-55; discussion 55-6.
- Bains MS, Ginsberg RJ, Jones WG, 2nd, McCormack PM, Rusch VW, Burt ME, et al. The clamshell incision: an improved approach to bilateral pulmonary and mediastinal tumor. *Ann Thorac Surg.* 1994;58(1):30-2; discussion 3.
- Odell DD, Macke RA, O'Shea MA. Clamshell thoracotomy: a unique approach to a massive intrathoracic schwannoma. *Ann Thorac Surg.* 2011;91(1):298-301.

LEIA NO SEU



SMARTPHONE