

CISTO MEDIASTINAL TRATADO POR PUNÇÃO TRANSTRAQUEAL GUIADA POR ECOBRONCOSCOPIA: RELATO DE CASO

MEDIASTINAL CYST TREATED BY TRANSTRACHEAL PUNCTURE GUIDED BY ECOBRONCHOSCOPY: CASE REPORT

Carlos Hespanha **MARINHO-JUNIOR**, Frederico **BARTH**, Ruy Fernando Kuenzer da **SILVA**, Teresa C. **CAVALCANTI**

REV. MÉD. PARANÁ/e1703

Marinho-Junior CH, Barth F, da Silva RFK, Cavalcanti TC. Cisto mediastinal tratado por punção transtraqueal guiada por ecobroncoscopia: relato de caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2022;80(1):e1703

DESCRIPTORIOS – cisto mediastinal, broncoscopia, EBUS, ultrassom endobrônquico, cisto torácico, aspiração transbrônquica por agulha.

KEYWORDS - mediastinal cyst, bronchoscopy, EBUS, endobronchial ultrasound, thoracic cyst, transbronchial needle aspiration.

INTRODUÇÃO

Cistos mediastinais são lesões incomuns, correspondendo entre 12-18% de todas as lesões primárias do mediastino¹, e os broncogênicos são os mais comuns em 50% desses cistos^{2,3}. Podem ser encontrados tanto no mediastino, ao redor da árvore traqueobrônquica, como dentro do parênquima pulmonar. A clínica costuma ser muito variável, podendo ser assintomática; contudo, não é rara a sensação de sintomas compressivos de vias aéreas e até mesmo de esôfago.

O estudo de imagem de uma lesão cística é fundamental para definição da estratégia terapêutica, sendo a radiografia de tórax considerada pouco efetiva. A tomografia axial computadorizada de tórax apresenta acurácia diagnóstica de 69,2% e a ressonância nuclear magnética a 100%⁴. A confirmação diagnóstica e o tratamento dessas lesões classicamente exigem procedimentos invasivos como mediastinoscopia, videotoracoscopia e até mesmo toracoesternotomias.

No início do século XXI, com o advento da ultrasonografia endobrônquica (EBUS), ela passou a ser empregada cada vez mais para avaliação de lesões mediastinais, e também pequenas séries passaram a relatar seu uso para terapêutica de lesões císticas nessa topografia⁵.

O objetivo deste relato foi demonstrar uma tecnologia pioneira, que embora ainda pouco acessível em nosso meio, permite um tratamento rápido e eficaz para uma patologia que tem como outras opções terapêuticas procedimentos muito mais invasivos e de maior risco.

RELATO DO CASO

Mulher, 72 anos, com desconforto em regiões cervical e retroesternal, tosse seca crônica e sensação de sibilância nos últimos 6 meses, com piora ao decúbito. Negava emagrecimento, hemoptise, febre e sudorese noturna. Exame físico demonstrava sibilos localizados em incisura jugular. Análises clínicas foram normais. Ultrassonografia cervical demonstrou pequeno nódulo com características sugestivas de benignidade em lobo esquerdo de tireoide, com 6 mm em seu maior diâ-

metro. Também foi observada uma lesão de aspecto cístico, arredondada, anecóica com volume estimado em 27 mm. A tomografia de tórax evidenciou lesão cística arredondada em mediastino superior, na região pré e paratraqueal esquerda, de contornos bem definidos, com conteúdo homogêneo de densidade líquida, medindo 37 x 38 mm no plano axial, com importante desvio traqueal para direita (Figuras 1 e 2).



FIGURA 1 – TOMOGRAFIA MOSTRANDO CISTO (SETA BRANCA) DESVIANDO A TRAQUEIA PARA DIREITA.



FIGURA 2 – ULTRASSONOGRAFIA: CISTO COM CONTEÚDO ESTIMADO DE 26,9 ML

Indicou-se broncoscopia acompanhada de EBUS (Figura 3) sob sedação, para confirmação diagnóstica e tratamento

do cisto. Observou-se importante desvio traqueal em seu 1/3 médio. O EBUS não identificou linfomegalia mediastinal ou hilar. O cisto apresentava paredes finas, lisas e seu conteúdo era anecoico, sem presença de fluxo ao Doppler. Usando agulha 21 acoplada à seringa a vácuo foi realizada punção ecoguiada do cisto, com acompanhamento ecográfico demonstrando seu esvaziamento (Figura 4). Foram aspirados 31 mm de líquido de aspecto translúcido, citrino. Resolução completa do cisto foi observada em tempo real ultrassonograficamente, assim como a correção do desvio traqueal foi endoscopicamente notado. Amostras foram enviadas para estudo citopatológico e microbiológico. A paciente recebeu alta hospitalar 2 h após término do procedimento, o qual durou pouco menos de 15 min. Ela referiu notável melhora em sua respiração.



FIGURA 3 - ECOBRONCOSCÓPIA E PUNÇÃO TRANSTRAQUEAL EM TEMPO REAL REALIZANDO ASPIRAÇÃO DO CISTO (SETA)



FIGURA 4 - LÍQUIDO SENDO RETIRADO DO CISTO COM SERINGA A VÁCUO

No 7º. dia após o procedimento houve avaliação ambulatorial, mostrando ausência de complicações, melhora da tosse e, à ausculta, ausência da sibilância previamente existente na incisura jugular.

A análise citopatológica do líquido observou material seroamórfo entremado por raras hemácias e macrófagos, ausência de malignidade; o quadro morfológico foi condizente com conteúdo cístico. Bacterioscopia, pesquisa de BAAR, de fungos e culturas foram negativas.

Foi realizada nova tomografia tórax no 30º dia pós-procedimento constando-se ausência da lesão cística.

DISCUSSÃO

Cistos mediastinais são raros, sua clínica variável, podendo ser assintomático ou com sintomas respiratórios compressivos. Seu tratamento é bastante controverso. Ressecção cirúrgica foi o tratamento de escolha por muito tempo, com índices de morbidade relatados ao redor de 20%⁶. Por outro lado, o tratamento endoscópico através do EBUS tem seus contra-argumentos: risco de recorrência devido não ressecção de sua parede e infecção do cisto após sua aspiração. Não existem grandes séries estudando seu emprego, mas apenas pequenas casuísticas e relatos isolados na literatura.

Complicações associadas ao tratamento por EBUS apresentam incidência na literatura de 16,1%, incidência menor às complicações relacionadas à cirurgia⁷. No entanto a punção guiada por EBUS possibilita abordagem de caráter ambulatorial ou hospitalar-dia, sob sedação e minimamente invasiva.

O diagnóstico e tratamento de cistos mediastinais por broncoscopia e punção guiada por EBUS é modalidade terapêutica segura e deve ser considerada como opção alternativa à ressecção cirúrgica, não só para pacientes com risco cirúrgico elevado, mas também para aqueles que relutam frente a um procedimento de maior agressão. A indicação de seu uso deve levar em consideração a abordagem minimamente invasiva e seus índices de complicações inferiores aos observados com o tratamento cirúrgico. No entanto é preciso manter o paciente em acompanhamento, pela possibilidade de recorrência do cisto devido a não remoção de sua cápsula.

REFERÊNCIAS

1. WhooleyBP, UrschelJD, AntkowiakJG, et al. Primary tumors of the mediastinum. *J Surg Oncol*. 1999;70:95–99.
2. Takeda S, Miyoshi S, Minami M, et al. Clinical spectrum of mediastinal cysts. *Chest*. 2003;124:125–132.
3. Petkar M, Vaideeswar P, Deshpande JR. Surgical pathology of cystic lesions of the mediastinum. *J Postgrad Med*. 2001;47:235–239.
4. Y. Kanemitsu et al.: Features and Management of Bronchogenic Cysts, *Surg Today Jpn J Surg* (1999) 29:1201–1205.
5. Maturu et al, *J Bronchol Intervent Pulmonol* _ Volume 22, Number 3, July 2015.
6. Kirmani B, Kirmani B, Sogliani F. Should asymptomatic bronchogenic cysts in adults be treated conservatively or with surgery? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2010;11:649–659.
7. Limaiem F, Ayadi-Kaddour A, Djilani H, et al. Pulmonary and mediastinal bronchogenic cysts: a clinicopathologic study of 33 cases. *Lung*. 2008;186: 55–61.