

R. Cast. 722

83.

PE 193

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO: GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

193P

CISTO BRONCOGENICO

MAGALI MORAES NUNES
MARIA INES CARRILHO

Nota 7
C.

I - INTRODUÇÃO

O Cisto broncogênico é uma lesão congênita que geralmente se localiza no interior do pulmão ou no mediastino.

O objetivo deste trabalho é relatar dois (2) casos de cisto broncogênico diagnosticados no Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis-Santa Catarina. Tratando-se de uma patologia relativamente rara em criança, cujo tratamento cirúrgico se faz necessário para evitar complicações inerentes a essa patologia. Assim como, devem ser incluído no diagnóstico diferencial das massas intropulmonares e mediastinais.

RELATC DOS CASOS

CASO 1 - L.L., feminino, branca, 2 anos de idade, Reg. 005016, nasceu em Florianópolis e de onde é procedente. Atendida em maio de 1980, com história de pneumonia há 2 meses sem melhora, ao Raio X apareceu tumor no mediastino.

O exame físico foi normal

Ao raio X de Tórax em posição pôsterio-anterior (P.A) e perfil apresentou imagem densa vista em P.A projetada no mediastino médio logo atrás do coração. O exame radiológico com esôfago contrastado em P.A (pôsterio anterior) e perfil mostrou deslocamento do esôfago lateralmente para a esquerda; carina alargada pela massa, considerando a possibilidade de ser cisto broncogênico. O estudo tomográfico do hemitórax direito em PA revela imagem tumoral de aspecto cístico localizado no mediastino médio ao posterior, retificando a impressão diagnóstica de cisto broncogênico. No pré operatório foi feito urografia excretora que não apresentou alterações anátomo-funcionais da arvore urinária.

A toracotomia se encontrou tumoração cística na altura da carina, com aderências frouxas às estruturas vizinhas presença de linfonodos ao redor que foram ressecados. À excisão a tumoração apresentava líquido esbranquiçado em seu interior.

O laudo anátomo-patológico revelou

- MACROSCOPIA: 1) Linfonodos - seis (6) nódulos ovoídes encapsulados medindo 1,8 cm o maior, de consistência elástica com áreas congestionadas e brilhantes.

2) Cisto - medindo 2,9 cm, com parede acastanhada, bociada, preenchido por material gelatinoso acinzentado

- MICROSCOPIA: 1) Linfonodos - com arquitetura mantida e hiperplasia de centros germinativos dos folículos.

2) Cisto - Formação cística de parede espessa que encerra largos feixes de fibras musculares e glândulas sero-mucosas exibindo luz revestida por epitélio cilíndrico pseudo-estratificado e ciliado.

Conclusão do anátomo-patológico: cisto broncogênico.

O controle radiológico feito 24 horas após a cirurgia mostrou condensação em pulmão direito, pulmão direito expandido, ausência de derrame pleu

ral, edema de partes moles. No 5º dia pós-operatório teve pneumonia a direita sendo constatado radiologicamente e foi tratada com antibiotico-terapia. A criança recebeu alta seis (6) dias após a cirurgia em boas condições. Após 17 dias da cirurgia foi realizado raio X de Tórax para controle não apresentando qualquer alteração.

CASO 2 - A.J.V., masculino, branco, 5 meses de idade, Reg:23947, procedente de Blumenau de onde é natural. Há mais ou menos uns vinte (20) dias tem apresentado infecção de vias aéreas superiores com respiração ruidosa sendo radiografada, quando se evidenciou tumor cístico de mediastino anterior. Desde o nascimento apresentava respiração ruidosa quando dormia e em decúbito dorsal. Tratado sempre como infecção de vias aéreas superiores.

À ausculta pulmonar: presença de roncos, sibilos e estertores disseminados. O restante do exame físico permanecia normal.

O Raio X de tórax PA e perfil com esôfago contrastado mostrou pulmões normo-aerados; presença de lesão expansiva no mediastino médio, deslocando a traquéia e o esôfago para a direita a traquéia no sentido anterior e o esôfago no posterior. A lesão mede 4,3 x 2,5 e não apresenta calcificação no seu interior. Seios costofrênicos livres hipótese diagnóstica-cisto broncogênico.

Foi pedido parecer do clínico: o diagnóstico foi de pneumonia de base direita traqueobronquite asmática e tumor de mediastino.

À taracotomia se encontrou tumor aderido ao esôfago e a traquéia mais firmemente, de aspecto cístico contendo líquido. Na dissecação do pleura houve rotura da mesma a nível de ápice pulmonar direito e também rotura do tumor com esvaziamento de seu conteúdo para o mediastino. Na tentativa de individualizar o pulmão houve lesão da parede posterior da traquéia.

O laudo anatomopatológico revelou.

- MACROSCOPIA - Cisto enviado aberto em 2 porções.

- MACROSCOPIA - Cisto de parede fibromuscular revestido internamente por epitélio respiratório. Na parede do cisto há ainda placas de cartilagem e glândulas mucosas.

Conclusão: Cisto broncogênico.

DISCUSSÃO

O cisto broncogênico e uma anormalia rara, de natureza congênita, localizado na maioria no interior do pulmão ou em mediastino.

O primeiro caso de cisto intra-pulmonar foi descrito por Bartholinus, e o primeiro de localização mediastinal, por Meyer, em 1859.

Na literatura mundial em 90 casos coletados por Grom em 1956, somente quatro (4) ou cinco (5) eram de crianças.

Segundo Rogers e Osner's 70% são de localização intra-pulmonar e o restante é mediastinal.

A média de idade dos portadores de cistos pulmonares foi de 26,8 anos sendo os extremos de 2 a 48 anos; para os cistos mediastinais a média foi de 20,9 anos, sendo os extremos de 4 meses e 28 anos. A comete igualmente a ambos os sexos tem uma certa preferência pelo lado esquerdo do pulmão.

A origem do cisto ocorre durante o desenvolvimento embriológico, entre 26 a 40 dias de vida intra-uterina, que é o período de maior atividade tranqueobrônquica. O trato respiratório e o esôfago derivam do intestino anterior primitivo, sendo que o segmento ventral se diferencia em árvore traqueobrônquica, e o segmento dorsal forma o esôfago. Se ocorrer um brotamento anormal durante essa divisão, ou se surgir um divertículo na parte ventral poderá resultar um cisto.

Considerando que o desenvolvimento da árvore traqueobrônquica se faz no sentido crônico-caudal, podemos aceitar que os cistos relacionados com a traquéia e carina são formadas antes que os intra-pulmonares.

Os cistos broncogênico são massas císticas, de forma oval ou arredondada, uni ou multiloculares (cistos em halteres). Quando são intra-pulmonares se localizam de preferência, nos lobos inferiores; quando mediastínicos, de preferência, próximos à carina ou hilares.

Seu conteúdo pode ser material claro e espesso ou escuro que no geral significa hemorragia em seu interior. Se existir algum orifício de drenagem das secreções, podem estar preenchido por ar. Sua parede é fina e ao corte, pode mostrar finos septos ou trabéculas vasos podem cruzar a sua luz.

Histologicamente estão revestidos por um epitélio cilíndrico ciliado, pseudo estratificado, mucossecretor assestado sobre uma fina camada de tecido conjuntivo. Suas paredes podem conter glândulas mucosas, cartilagem, tecido elástico e músculo liso. Frequentemente revelam muito tecido elástico mas fibras musculares usualmente estão ausentes em suas paredes. É raro aparecer depósito de cálcio na parede do cisto, podendo existir no seu conteúdo. Essa estrutura da parede do cisto pode ser desarranjada se ele for sede de processo inflamatório, podendo haver destruição epitelial dificultando ou impedindo o diagnóstico.

O seu epitélio pode sofrer metaplasia escamosa em algumas áreas. Segundo Stanley Bauer há na literatura inglesa somente três (3) casos de carcinoma surgidos na parede do cisto pulmonar congênito.

Geralmente os cistos broncogênicos são assintomáticos, São achados ocasionais, e dependendo da sua localização ou na vigência de complicação, surgirão os sintomas.

Na ausência de comunicação brônquica, como costuma acontecer com os cistos do mediastino, pode não haver sintomas, sendo descoberta ocasional.

Os cistos de localização carinal podem determinar grande quadro de insuficiência respiratória por compressão de um ou ambos os brônquios fontes.

Havendo comunicação do cisto com o brônquio, cria-se um reservatório estagnado de secreções no seu interior, sendo excelente meio de cultura bacteriana. A infecção se acompanha de tosse produtiva, dor torácica e febre. Se a comunicação for mais ampla pode ocorrer hemoptise recorrente. Existindo mecanismo valvular, levando ao aprisionamento do ar dentro do cisto, ele se distende, comprime o parênquima pulmonar circunjacente e desvia o mediastino. Isso é mais frequente no período neonatal e na infância provocando dispnéia e cianose. A ruptura dos cistos nas cavidades pleurais podem causar pneumotórax ou dissecação gasosa nos septos de tecidos conjuntivos pulmonar, produzindo enfizema pulmonar intersticial.

Radiologicamente apresentam-se como lesões císticas arredondadas, podendo conter nível líquido, confundindo com abscesso pulmonar crônico. As vezes tem aparência sólida, se cheios de líquido numa cavidade não comunicante, tornando difícil o diagnóstico diferencial com tumor sólido do pulmão ou com pneumotocele pós processo infeccioso. Ainda deve ser distinguido de outras massas mediastinais; como tumor neurogênico que frequentemente se localizam em mediastino posterior, podendo ser confundidos com cistos nas

vistas em PA. Mas, em projeções laterais se localizarão mais posteriormente, enquanto que os cistos estarão anteriormente timonados, teratomas, linfomas, são, geralmente anteriores mas são mais densos que os cistos. Aneurismas de crista da aorta também devem ser lembrados no diagnóstico diferencial.

O diagnóstico diferencial dos cistos intra-pulmonares devem ser feitos com bronquectasias císticas, enfizema bolhoso, enfizema lobar congênito, abscesso pulmonar, cistos adquiridos e cavernas tuberculosas.

O diagnóstico de certeza é dado pela histopatologia quando se demonstra o epitélio de revestimento.

O tratamento é essencialmente cirúrgico, mesmo em casos de cistos assintomáticos, devido as complicações, destas tanto em adulto como em criança a mais frequente é a infecção respiratória recorrente e infecção do cisto que pode estar aderido tão firmemente a área hilar e tornar a dissecação difícil e exigir ressecção pulmonar.

CONCLUSÃO

Concluimos que quando diagnosticados os cistos broncogênicos devem ser tratados cirurgicamente, com o objetivo de evitar futuras complicações, confirmando o diagnóstico pelo estudo anátomo-patológico.

Segundo Grafe, que coletou casos de cisto broncogênico de diversos autores; de 40 casos de crianças portadoras de cistos broncogênicos, 9 que não foram submetidos a cirurgia faleceram. Dos restantes, 31 operados, apenas um (1) faleceu.

É importante o conhecimento dessa afecção congênita para poder diagnostica-la e diferencia-la de outras doenças torácicas mais frequentes.

RESUMO

As autoras apresentam dois (2) casos de cisto broncogênico, comprovados histologicamente. Ambos apresentavam infecções respiratórias de repetição. Ressaltam a indicação do tratamento cirúrgico em todos os casos.

SUMMARY

Two cases of Broncogenic Cysts are presented by the authors. Both cases symptomatic and proved by histology studies. Surgical treatment for all cases in emphasized.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALVES, J.B.R. Cirurgia do Mediastino. Cistos Congênitos. In: — Cirurgia Geral e especializada. Belo Horizonte, Vega, 1973. Cap 10, p. 203 - 23.
- ANDREWS, C.S. & MORGAN W.K.C. Tumors of the mediastinum. pleura, chest wall and doaphragm. In: BAUM, G.L. Et al. Textbook of Pulmonary Diseases. 2a. ed Boston, 1974, Little, Brown an company, cap 7, 37, p. 803-17, il
- BRYANT, L.R. & MORGAN, C. Parede torácica, pleura, pulmão e mediastino. Doenças congênitas. In: Schwartz, S.I it al. Principios de Cirurgia. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, vol. 1, capi. 17, p. 681 - 792, il.
- CAFFEY, J. Vias respiratórias. Quistes pulmonares congênitos. In: — Diagnóstico Radiológico em Pediatria. Madrid, Salvat editora, S.A., 1970, p. 216 - 314.
- EBERT, V.R. Espaços aéreos anormais. In: BEESON, P.B. & MACDERMOTT, W. Tratado de Medina Interna. 14. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1975, vol.2, cap.5, p. 1092 - 97.
- FRASER, R.G. & PARÉ, J.A.P. Pulmonary abnormalities of developmental origin. Congenital bronquial cysts. In: — Diagnosis of Diseases of the Chest. 2ª ed. U.S.A., W. B. Saunders Company, 1977, Vol. 1, cap. 5, p. 602 - 56, il.
- GRAFE, W. R.; GOLDSMITH, E.I.; EDO, S.F. Broncogenic cysts of the mediastinum in children. Journal of Pediatric Surgery, 1 : 4, 1966.
- GRAHAN, W.G.B. Doenças da pleura. Tumores Mediastinais anteriores. In: KEEFER, C.S. & Wilkins, W.R. Medicina Comêndito de Prática Clínica. Rio Janeiro, Guanabara Koogan, S.A., 1979, cap. 2, p. 143 - 57.
- HARVEY, A.M et al. Mediastinal Masses In: — The principles and Practice of of medicine. New York, Appleton - Century - Crofts, 1976, cap. 44, p. 516 - 24.
- JOHNSON, J.; MACVAUG 3, H.; WALDHAUSEN, J.A. Segmental resection. Excision of blebs and bullae. In: — Sugery of the Chest, 4ª. ed. Chicago, yar Book Medical Publishers, 1970, cap, 8, p. 203 - 30, il.
- KRESS, H.F.; VALENTI, P,F.; MAZZEI, E.S. Enfermidade del aparato respiratório. Digenisias pulmonares. In: — Manual Prático de Medicina Interna. 4ª ed. Barcelona, Manuel Marín y Cia, 1953, cap.3 , p. 283 - 374.

- LANGSTON, H.T. Tórax, pleura, y pulmonares molformacions. In: DAVIS, L. Tratado de Patologia Quirurgica. 9ª ed. México, Editorial Interamericana S.A., 1970, cap. 19, p. 412 - 47.
- PEREIRA, C.R. ; ABREU, N.; SOUZA, M.O.A. Cisto Broncogênico. Jornal de Pediatria. vol. 37 (7 - 8); p.221 - 25, julho-agosto, 1972.
- PUGATCH, R.D. et al. CT Diagnosis of benign mediastinal abnormalities. Am.J. Roentgenol, 134 (4): 685 - 94, apr. 1980.
- ROBBINS, S.L. Sistema respiratório. In:— Patologia Estrutural e Funcional. 4ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1975, cap. 19p. 705 -66, il.
- SABISTON, D. C. J. R. Doenças da pleura, mediastino e diafragma. In: THORN, G.W. et al. Harrison Medicina Interna. 8ª. ed.Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980, vol. 2, seção3, 264, p.1378 - 83.
- SILVEIRA, I.C. Malformações congênitas. Cistos Brônquicos. In:— O Pulmão na Prática Médica. Rio de Janeiro, Publicações médicas, 1983, cap. 50, p. 481 - 9 il
- TAMOYO, R.P.; RESTREPO, L.G.; CUBA - CAPARÓ, A. Patologia del Aparato respiratório. In: CORREA, A.P. et. al. Texto de Patologia. 2ª ed. Colombia, La prensa médica mexicana, 1975, cap. 15, p. 561 - 600, il.

**TCC
UFSC
PE
0193**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0193

Autor: Nunes, Magali Mora

Título: Cisto broncogênico..



972808303

Ac. 253833

Ex.1 UFSC BSCCSM