

Caso Clínico

Case Report

Alexandra Bento¹
Ana Paula Gonçalves²

Falsa asma – A propósito de um caso clínico

Asthma mimic – A clinical case report

Recebido para publicação/received for publication: 09.03.09

Aceite para publicação/accepted for publication: 09.04.20

Resumo

A maioria dos bócios mediastínicos são extensões de bócios cervicais. Geralmente os doentes são do sexo feminino e só muito raramente apresentam sintomas⁴. As queixas mais frequentemente relatadas são sensação de “massa cervical”, dispneia, disfagia e tosse¹.

Os autores relatam o caso de uma doente de 67 anos, que recorreu ao serviço de urgência por queixas de dispneia, desconforto e sensação de aperto cervical anterior. O quadro descrito tinha alguns meses de evolução e havia agravamento na semana prévia. A doente referiu antecedentes de asma brônquica, para a qual estava medicada, mas constatou-se que se tratava de um bócio mergulhante.

Rev Port Pneumol 2009; XV (6): 1205-1209

Palavras-chave: Bócio mediastínico, compressão traqueal, asma.

Abstract

Most mediastinal goiters are extensions of cervical goiters. Patients are generally female and only occasionally have symptoms⁴. Patients most commonly complain of a mass-like sensation, dyspnoea, dysphagia and cough¹. The authors describe the case of a 67 year-old female who presented at the emergency room with dyspnoea, anterior cervical discomfort and tightness which had onset a few months prior but which had worsened in the last week. The patient cited a history of bronchial asthma, for which she was under medication, but the true diagnosis was mediastinal goiter.

Rev Port Pneumol 2009; XV (6): 1205-1209

Key-words: Mediastinal goiter, tracheal compression, asthma.

¹ Interna do Internato Complementar de Pneumologia.

² Assistente Graduada de Pneumologia

Unidade de Saúde Local EPE Guarda
Serviço de Pneumologia
Avenida Rainha D. Amélia
6300 Guarda

e-mail: alexitbento@gmail.com

Introdução

A maioria dos bócius mediastínicos são extensões de bócius cervicais, denominados bócius mergulhantes^{1,3}. Estima-se que 1% dos casos de bócio sejam do tipo bócio mergulhante⁶. Um bócio completamente intratorácico sem componente cervical é extremamente raro⁴.

O bócio mergulhante é mais frequente em indivíduos do sexo feminino, com mais de 50 anos de idade³. O quadro clínico é de evolução insidiosa e assintomática em até 65% dos casos⁶.

Não se compreendem exactamente os mecanismos que levam à invasão da cavidade torácica pela glândula tiróide. Supõe-se que o tamanho do pescoço, a musculatura cervical hipertrofiada e a cifose acentuada possam ser factores predisponentes⁶.

A sintomatologia apresentada relaciona-se com a compressão de estruturas adjacentes. Os sintomas referidos mais comuns são a dispneia e a disfagia progressivas, os relacionados com a síndrome da veia cava superior e com a insuficiência respiratória aguda⁶. Podem também surgir tosse, rouquidão, sensação de massa cervical ou estridor. Este apenas surge quando a via aérea superior apresenta diâmetro inferior a 5 mm^{1,3,5}.

O doseamento das hormonas tiroideias é obrigatório, mas é raro encontrar alterações da função tiroideia^{3,6}.

A telerradiografia torácica revela em grande parte dos casos uma massa cervicotorácica sem afectação traqueal⁴, mas em alguns casos pode observar-se um desvio nítido da traqueia³.

Os exames de eleição para diagnóstico e avaliação destas lesões são a TC e a RMN. Na maioria dos casos a cintigrafia tiróidea pode ser diagnóstica, mas em alguns casos não

contrasta a porção intratorácica da tiróide^{1,3}.

O aspecto característico na TC é uma massa de contornos regulares, no mediastino superior, com áreas quísticas e calcificações grosseiras³.

Nos tumores volumosos com grande desvio da traqueia recomenda-se a realização de fibroscopia para avaliar o grau de malácia da traqueia³.

Os bócius sintomáticos ou grandes podem ser submetidos a tratamento cirúrgico⁴. Alguns autores recomendam excisão cirúrgica mesmo em doentes assintomáticos devido à probabilidade de encontrar lesões malignas (2-20% dos submetidos a intervenção cirúrgica), pelo potencial de obstrução da via aérea e por se tratar de um procedimento cirúrgico relativamente seguro¹, com reduzidas taxas de morbimortalidade, baixo índice de complicações e pequena taxa de recidiva⁶.

As complicações mais comuns oriundas da cirurgia são: a lesão do nervo laríngeo recorrente; o hipoparatiroidismo transitório e a disfonia. Em doentes mais idosos e com elevado risco cirúrgico, a tendência na literatura é a de adoptar conduta conservadora⁶.

Caso clínico

Doente do sexo feminino com 64 anos, antecedentes de hipertensão arterial, asma brônquica, obesidade ligeira e síndrome depressiva. Medicada habitualmente com lisinopril+hidroclorotiazida, furosemida, ramipril, fluticasona+salmeterol, levocetirizina, teofilina, zolpidem, trazadone, lorazepam.

A doente referia queixas de dispneia, desconforto e sensação de aperto cervical anteriores. Tinha tido alguns episódios de tosse

seca despertados pelo decúbito dorsal e por vezes acompanhados de tonturas e sudorese. Negava tosse com expectoração, febre ou emagrecimento. O quadro descrito tinha alguns meses de evolução e havia sofrido agravamento na semana prévia à vinda ao serviço de urgência.

Ao exame físico não foram encontradas alterações de relevo.

Os exames laboratoriais não revelaram alterações da função tiroideia.

A telerradiografia torácica (Figs. 1 e 2) apresentava alargamento do mediastino superior e marcado desvio para a esquerda da coluna de ar traqueal.

A tomografia computadorizada cervical e torácica (Fig. 3) mostrou um apreciável aumento do volume da tiróide, particularmente do lobo direito, comprimindo acentuadamente o segmento faringolaríngeo, condicionando acentuada redução do seu lúmen. Observava-se ainda um volumoso bócio mergulhante, deprimindo a porção inicial da traqueia.

O estudo funcional respiratório, tal como o electrocardiograma, eram ambos normais.

A doente foi encaminhada para a cirurgia torácica, onde foi submetida a tiroidectomia parcial. O resultado anatomopatológico revelou um bócio nodular não tóxico.

Verificou-se o desaparecimento das queixas da doente e a normalização da telerradiografia do tórax PA e perfil esquerdo após intervenção cirúrgica (Fig. 4).

Discussão

No caso apresentado pelos autores, a doente referia sintomas que se relacionavam com o bócio mergulhante: dispneia; tosse e desconforto cervical anterior, com acentuação

Fig. 1 – Telerradiografia do tórax PA (06-04-2006). Alargamento do mediastino superior e desvio para a esquerda da coluna de ar traqueal

no decúbito. Estas queixas levaram ao diagnóstico de asma brônquica, e a doente encontrava-se medicada com broncodilatores e corticosteróides inalados sem se verificar benefício sintomático.

Fig. 2 – Telerradiografia do tórax perfil direito (06-04-2006). Alargamento do mediastino superior

a

b

c

d

Fig. 3 (a,b,c,d) – Tomografia computadorizada cervical e torácica (26-04-2006). TC cervical – Apreciável aumento do volume da tiróide, particularmente do lobo direito, comprimindo acentuadamente o segmento faringolaríngeo, com acentuada redução do lúmen. TC torácica – Volumoso bócio mergulhante deprimindo a porção superior da traqueia

Na obstrução da via aérea superior e traqueia, por vezes constata-se agravamento dos sintomas com as mudanças de posição do corpo, nomeadamente o decúbito, tal como o caso relatado¹. Em determinados caso, essa obstrução pode ser causa de apneia do sono^{1,7}. Um corpo estranho endobrônquico ou uma obstrução extrínseca da via aérea podem ser erra-

damente tratados como uma asma brônquica¹. Nos exames complementares realizados no serviço de urgência foi possível suspeitar da existência de uma massa mediastínica superior, pois eram evidentes o desvio da traqueia e o alargamento do mediastino superior. A detecção de massa mediastínica na telerradiografia torácica é um achado comum^{4,6},

severa¹. A espirometria desta doente era normal.

Era evidente a indicação para intervenção cirúrgica devido há sintomatologia apresentada pela doente. Após tiroidectomia parcial verificou-se uma completa resolução dos sintomas descritos.

Fig. 4 – Telerradiografia do tórax PA após tiroidectomia parcial (11-07-2006). Coluna de ar traqueal centrada e sem desvios. Não se observa alargamento do mediastino superior

mas só em alguns casos pode observar-se um desvio nítido da traqueia³.

A TC torácica e cervical veio a confirmar a existência de uma grave compressão extrínseca da porção inicial da traqueia condicionada pela existência de um volumoso bócio mergulhante.

Na obstrução da via aérea superior e traqueia as alterações fisiopatológicas só se tornam aparentes no estudo da função pulmonar quando estamos perante uma obstrução

Bibliografia

1. Alfred PF. Fishman's pulmonary diseases and disorders, fourth edition, McGrawHill Medical Companies, 2008; 1532-1534.
2. Fauci B, Kasper H, Longo JL. Harrison's principles of internal medicine. Seventeenth edition, McGraw-Hill Companies 2008, Chapter 374
3. Gomes MJM, Sotto-Mayor R. Tratado de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2003, Capítulo 117.
4. Spiro S, Albert R, Jett J. Tratado de Neumología, 1.ª ed., Hardcourt 2001, Capítulo 74, secção 18.
5. Melissant, *et al.* Lung function, CT-scan and X-ray in upper airway obstruction due to thyroid goitre. *Eur Respir J* 1994; 7:1782-1787.
6. Frederico FRM, *et al.* Bócio mergulhante – Quando operar? *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002; 46(6):708-715.
7. Deegan, *et al.* Goiter: a cause of obstructive sleep apnoea in euthyroid patients. *Eur Respir J* 1997; 10:500-502.