

BÓCIO VOLUMOSO COM COMPRESSÃO TRAQUEAL: RELATO DE CASO

RAPHAEL AUGUSTO CONZATTI CAPAZ^{1*}; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA²; BÁRBARA BEZERRA RICCIARDI²; KARLA RAFAELLY VASCONCELOS COSTA²; MARIA STELLA VASCONCELOS SALES VALENTE²; VINÍCIUS OLIVEIRA COELHO GARCIA².

1 – Cirurgião de cabeça e pescoço do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Graduandos do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

Artigo submetido em: 02/04/2019

Artigo aceito em: 15/11/2019

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

O bócio é o aumento volumétrico da glândula tireoide. Quando esse aumento ocorre de forma a comprimir a luz traqueal, pode causar sintomas respiratórios ao paciente, havendo indicação de tratamento cirúrgico. O procedimento pode ter complicações catastróficas no intraoperatório se não for realizado o controle adequado da via aérea do paciente, havendo a necessidade de intubação com ventilação espontânea. O caso relatado a seguir ilustra a abordagem cirúrgica de um bócio volumoso e as possíveis complicações deste procedimento.

Palavras-chave: Bócio; Tireoidectomia; Complicações Intraoperatórias.

ABSTRACT

Goiter is the volumetric enlargement of the thyroid gland. When this increase occurs and compresses the tracheal lumen, it may cause respiratory symptoms to the patient, indicating surgical treatment. The procedure may have catastrophic complications in the intraoperative period if proper patient airway control is not performed, where intubation with spontaneous ventilation is required. The case reported in this article is about a surgical approach of a massive goiter and possible complications of this procedure.

Keywords: Goiter ; Thyroidectomy ; Intraoperative Complications.

Introdução

Bócio corresponde ao aumento de volume da glândula tireoide, seja causado por aumento de toda a glândula (difuso), seja por conta de presença de nódulos (nodular) ⁽¹⁾. Por conta dos avanços tecnológicos, e acesso mais fácil aos exames de imagem (principalmente o ultrassom), o diagnóstico dessa patologia é feito cada vez mais precoce ^(2,3). Contudo, ainda existem locais onde tanto o atendimento médico especializado, como os exames são de difícil acesso. Eventualmente pacientes procuram atendimento não só com bócios volumosos, mas também com sintomas respiratórios como dispneia e ortopnéia, devido, por exemplo, à compressão traqueal ⁽⁴⁾.

O tratamento cirúrgico desses casos deve sempre estar envolvido de cuidados perioperatórios inclusive com a avaliação da via aérea, e a definição da técnica de intubação utilizada durante a indução anestésica ⁽⁵⁾. Devido ao risco de colapso da luz traqueal após o uso de relaxantes musculares, faz-se necessária a intubação com paciente sedado, apenas, de forma que mantenha ventilação espontânea ⁽⁶⁾. Somente após intubação e certeza de garantia de via aérea, pode-se completar a indução anestésica.

Além dos cuidados com a via aérea, é importante lembrar que a simples presença do bócio volumoso, aumenta o risco de algumas complicações pós-operatórias específicas da tireoi-

dectomia, como de lesão (tanto temporária como permanente) do nervo laríngeo recorrente e do hipoparatiroidismo^(7,8). Em adição a isso, a compressão traqueal crônica pode estar associada à traqueomalácia, e a ressecção do bócio pode resultar em insuficiência respiratória no pós-operatório imediato por colapsar a luz traqueal a cada inspiração, sendo preciso em alguns casos realização de traqueostomia preventiva⁽⁹⁾.

Relato do Caso

Paciente 17 anos, sexo feminino, parda, casada, natural e procedente de Fortaleza/CE, com relatos de familiares sobre aumento progressivo de seu volume cervical há aproximadamente 3 anos. A própria paciente refere que percebeu há 7 meses. Procurou atendimento médico, sendo encaminhada para o ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, no mês de agosto do ano de 2018.

Referia ser oligossintomática, apresentando apenas dispneia leve, principalmente ao decúbito lateral direito. Negava comorbidades. Referia etilismo social, sendo tabagista desde os 15 anos, cerca de 2 a 3 cigarros por dia. Solicitado que cessasse tabagismo imediatamente, já que havia alta possibilidade de programação cirúrgica.

Ao exame físico, apresentava massa fibroelástica em topografia de lobo direito, de aproximadamente 8cm, e lobo esquerdo palpável com nódulo de cerca de 3cm, assim como desvio de via aérea. Devido ao tamanho da tireoide, foi realizada avaliação pré-operatória inicial, além de análise por exame de imagem (tomografia de pescoço, por conta da possibilidade de compressão traqueal), que evidenciou bócio volumoso, e compressão significativa de traqueia cervical, porém sem componente mergulhante, podendo ser abordado apenas por cervicotomia (Figura 1 e figura 2). Havia realizado punção aspirativa previamente, tendo como resultado Bethesda II.

Por conta do nível de compressão traqueal, foi optado por intubação com indução mantendo ventilação espontânea, sem uso de relaxantes neuromusculares e auxiliada por fibroscopia. Foi então realizada a tireoidectomia total, em abril de 2019, sem intercorrências, por cervicotomia. Paciente evoluiu bem no pós-ope-

ratório, com boa qualidade vocal, apesar de ter apresentado hipocalcemia, que foi controlada apenas com medicação oral, e com menos de 30 dias de pós-operatório, em desmame completo da reposição de cálcio (hipocalcemia transitória).

O estudo anatomopatológico teve como resultado bócio adenomatoso no lobo direito e esquerdo, totalizando 258 gramas de peso total de peça. Um dos nódulos à esquerda apresentava como achado, um carcinoma papilífero variante clássico de 4mm de tamanho, sem outros comemorativos.



Figuras 1 – Tomografias de Pescoço evidenciando diferentes níveis do bócio e redução da luz traqueal, além de desvio importante da linha média – Área seccional da traqueia variando de 1,74cm² para 0,61 cm² (redução de 65% da sua luz). LD – Lobo tireoidiano direito; LE – Lobo tireoidiano esquerdo.



Figuras 2 – Tomografias de Pescoço evidenciando diferentes níveis do bócio e redução da luz traqueal, além de desvio importante da linha média – Área seccional da traqueia variando de 1,74cm² para 0,61 cm² (redução de 65% da sua luz). LD – Lobo tireoidiano direito; LE – Lobo tireoidiano esquerdo.

Discussão

Até o final do século XIX, as cirurgias para o tratamento do bócio eram ainda envoltas por tamanha mortalidade que era indicada e realizada apenas nos casos em que o abaulamento cervical realizava intensa compressão na via aérea, causando insuficiência respiratória⁽¹⁰⁾.

Letalidade tão elevada levou o cirurgião alemão Johann Dieffenbach a afirmar que “a cirurgia do bócio cervical é uma das cirurgias mais ingratas e perigosas que se possa pensar em realizar”, sendo os maiores problemas sangramento e infecção. O pioneiro cirurgião Theodor Billroth chegou a documentar uma taxa de mortalidade intraoperatória aproximada de 36%⁽¹⁰⁾. Três fatores principais contribuíram para o desenvolvimento e progresso da cirurgia de tireoide^(11,12):

- Em 1846, William T. G. Morton (1819 – 1868) desenvolveu a anestesia inalatória;
- Joseph Lister introduziu os princípios da antissepsia em 1867;
- Em 1874 Thomas Spencer Wells (1818 – 1897) desenvolveu pinças hemostáticas para cirurgia.

Essa era de pioneirismo foi dominada por Theodor Kocher, que trabalhou em Zurique, Suíça, entre 1860 e 1867, e posteriormente em Viena, Áustria. Em 1909, Kocher ganha o prêmio Nobel por contribuir na compreensão da fisiologia da tireoide e nos efeitos da sua exérese. O seu fervoroso esforço culminou com a publicação *Ueber Kropfexstirpation und ihre Folgen* (da remoção do bócio e suas consequências) em 1883^(13,14).

Portanto, a cirurgia descrita neste trabalho era, até cerca de um século atrás, impensável sem uma elevada taxa de complicações. Esse relato de caso mostra a importância do preparo pré-operatório dos pacientes que irão se submeter a tireoidectomia por bócios volumosos. A tomografia computadorizada, nesses casos, pode esclarecer se há componente mergulhante retroesternal, onde o ultrassom não consegue avaliar, assim como se há compressão traqueal e inclusive avaliar grau de redução da luz.

A boa relação médico-paciente também é extremamente importante para que haja entendimento pleno do paciente de todas as possíveis complicações do procedimento, inclusive a traqueostomia, devido uma possível traqueomalácia.

Referências

1. Maciel LM. O exame físico da tireóide. Medicina (Ribeirão Preto. Online). 2007; 40(1): 72-77.
2. Graf H. Doença nodular de tireóide. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2004; 48(1): 93-104.
3. Hegedüs L. The thyroid nodule. New England Journal of Medicine. 2004; 351(17): 1764-1771.
4. Stang MT, Armstrong MJ, Ogilvie JB, Yip L, McCoy KL, Faber CN, Carty SE. Positional dyspnea and tracheal compression as indications for goiter resection. Archives of Surgery. 2012; 147(7): 621-626.
5. Shin JJ, Grillo HC, Mathisen D, Katlic MR, Zurakowski D, Kamani D, et al. The surgical management of goiter: Part I. Preoperative evaluation. Laryngoscope [Internet]. 2011; 121(1): 60-67.
6. Sajid B, Rekha K. Airway management in patients with tracheal compression undergoing thyroidectomy: A retrospective analysis. Anesth Essays Res. 2017; 11(1):110-116.
7. Rosato L, Avenia N, Bernante P, De Palma M, Gulino G, Nasi PG, et al. Complications of Thyroid Surgery: Analysis of a Multicentric Study on 14,934 Patients Operated on in Italy over 5 Years. World J Surg. 2004; 28(3): 271-276.
8. Quinn EM, Neary PM, O'Connor OJ, Shafiq A, Kelly J, Redmond HP. Routine calcium measurement is not necessary after most thyroid surgeries: A prospective clinical study. Clin Otolaryngol. 2010 Oct; 35(6): 468-473.
9. Perić I, Paladin I, Vukovac EL, Vela Ljubić J, Gudelj I, Lozo M. Tracheomalacia, to stent or not to stent. Respir Med Case Reports. 2015; 16: 137-139.
10. Toneto MG, Roncuni C. História da cirurgia da tireoide. Sci Med, 2015; 25(4): 1-9.
11. Schulte KM, Röher HD. History of thyroid and parathyroid surgery. In Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands. 2012; 1-14.

12. Matin MA. History of Thyroid Surgery. Journal of Shaheed Suhrawardy Medical College. 2018; 10(2): 62-64.
13. Oertli D, Udelsman R. Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands [Internet]. Oertli D, Udelsman R, editors. Zhurnal Eksperimental'noi i Teoreticheskoi Fiziki. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012;620 p.
14. Hannan, S. A. The magnificent seven: a history of modern thyroid surgery. International journal of surgery. 2006;4(3): 187-191.

*** Autor correspondente:**

RAPHAEL AUGUSTO CONZATTI CAPAZ

Rua Princesa Isabel, 1526 - Farias Brito, Fortaleza - CE, 60015-061.