

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 bócio mediastínicos são extensões de bócio 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 bócios mediastínicos são extensões de bócios cervicais, denominados bócios 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 bócios 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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4213993>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4213993>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)