ISSN: 2594-6153

Cisto Broncogênico – Causa Rara de Hiperreatividade Brônquica?

Karen Ferreira Patella[1,2], Alexandre Kazantzi Fonseca Ribeiro[2], Leonan Tavares Galvão[2]

[1]Universidade Santa Cecília – Programa de Pós Graduação Mestrado em Direito da Saúde
[2]Hospital do Servidor Público Estadual São Paulo – "Francisco Morato de Oliveira" - Serviço de Cirurgia Pediátrica

E-mail: kapatella@hotmail.com

Resumo
O cisto broncogênico apresenta-se como lesão benigna congênita e representa entre 6% a 15% das massas mediastinais. As localizações e preferência são paratraqueais e carinais. Muitas vezes, são assintomáticos e constituem um achado radiológico, mas podem apresentar sintomas de compressão ou irritação das estruturas adjacentes. Na faixa etária pediátrica, pode se localizar no mediastino. A presente pesquisa tem por objetivo estudar os cistos broncogênicos que simulam uma hipereatividade brônquica na criança.

Palavras-chave: Cisto broncogênico; asma.

Bronchogenic Cyst – Rare cause of Airway Reactivity?

Abstract
The bronchogenic cyst presents as a benign congenital lesion that represents between 6% to 15% of the mediastinal masses. The locations and preference are paratracheal and canals. They are often asymptomatic and constitute a radiological finding, but may present symptoms of compression or irritation of adjacent structures. In the pediatric age group, it can be licalized in the mediastinum. This paper aims to study bronchogenic cysts that simulate bronchial hyperactivity in children.

Keywords: Bronchogenic cyst; asma.

Introdução

Cistos broncogênicos originam-se de um defeito na embriogênese da árvore traqueobrônquica primitiva durante a terceira semana de gestação. Embora relativamente raros, são as lesões císticas congênitas mais comuns do mediastino [1,2].

Os cistos broncogênicos mediastinais são mais comuns e classificados anatomicamente, de acordo com Maier [3], em: paratraqueal, carinal, hilar e paraesofágico. Os intrapulmonares são menos frequentes e predominam nos lobos inferiores. Em recém-nascidos e crianças pequenas, podem causar sintomas compressivos precocemente, cursando com insuficiência respiratória [4].

Não raramente, o diagnóstico ocorre, em crianças assintomáticas, por ocasião de ultrassonografia pré-natal, radiografias de tórax de rotina ou investigações relacionadas ao aparelho digestivo e coração. Dentre as principais complicações, infecção, ruptura, sangramento e compressão de estruturas adjacentes são as mais importantes. O tratamento de escolha é cirúrgico em todos os pacientes.

Objetivo

A presente pesquisa tem como objetivo estudar os cistos broncogênicos que simulam hipereatividade brônquica na criança.

Método

A pesquisa caracteriza-se como bibliográfica, com utilização de livros e artigos científicos em formato físico e virtual.

Discussão

O primeiro caso de cisto broncogênico foi descrito por Meyer em 1859 e, desde essa época, muitos estudos de cistos sintomáticos e assintomáticos, em crianças e adultos, foram relatados [2].

Conforme citado anteriormente, os cistos broncogênicos resultam do desenvolvimento anormal da árvore traqueobrônquica no primeiro trimestre da vida embrionária. Histologicamente formados de epitélio respiratório com glândulas mucosas e tecido muscular, elástico e cartilagem, surgem no mediastino e têm relação anatômica com traqueia, brônquio, principalmente com a carina, localizando-se, na maioria das vezes, no mediastino médio ou posterior, preferencialmente nas regiões paratraqueal e carinal, sendo que 15% ocorrem no pulmão (lobo inferior).

Podem existir em outras localizações, como região cervical, paravertebral, septo interatrial, pericárdio, cisura interlobar, espaço subpleural, retroperitônio e abdômen, associando-se a outras malformacões pulmonares congênitas, como sequestro pulmonar, destrocardia, *pectus excavatum*, lobulação pulmonar incompleta ou supranumerária [4].

Por sua proximidade com a traqueia e o esôfago, podem tornar-se sintomáticos, mas a apresentação clínica dependerá da idade do paciente, da localização e do tamanho do cisto [5]. Em crianças menores de um ano, é frequente o quadro de insuficiência respiratória, com sintomas compressivos, podendo desviar e/ou comprimir o esôfago, a traqueia e os brônquios,

assim como estruturas vizinhas. Em crianças maiores e adultos, com a estabilidade das vias aéreas, predominam as infecções respiratórias de repetição [6].

Tais sintomas obstrutivos se assemelham à asma brônquica, pois o cisto promove a compressão dos brônquios devido a uma rápida distensão causada por mecanismo valvular, causando estenose brônquica ou pneumonia de repetição. Em alguns casos, tal compressão é tão severa que ocasiona insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório.

Existem poucos relatos na literatura relacionando presença da lesão à asma brônquica. Como a sibilância pode fazer parte do quadro clínico e é comum a diversas patologias que acometem o sistema respiratório na infância, é importante a valorização dos cistos broncogênicos como diagnóstico diferencial, quando houver sibilância persistente e evolução desfavorável. Johnston et al. e Montessi et al.[4] descrevem casos raros, onde a compressão parcial da traqueia e dos brônquios resulta em sintomas obstrutivos recorrentes que simulam asma brônquica. Segundo os autores, houve remissão completa dos sintomas de hiperreatividade brônquica após a remoção da lesão.

A radiografia de tórax nem sempre é suficiente para estabelecer o diagnóstico. Esclarecimentos adicionais são obtidos, via de regra, por meio da tomografia de tórax, que determina imagem típica de lesão cística, única, bem delimitada, de tamanho variado, no mediastino.

Se o cisto estiver infectado, a lesão poderá assumir uma forma mais sólida ou apresentar nível hidroaéreo. O deslocamento de estruturas do mediastino pode ser observado, assim como atelectasia ou hiperinsuflação distal à lesão.

A ressecção cirúrgica é o método de escolha para o tratamento, determinando o diagnóstico histológico, aliviando os sintomas e prevenindo as complicações associadas.

O procedimento tradicional é a toracotomia aberta com retirada total da lesão, mas ressecção parcial eventualmente é necessária, devido a áreas de aderência importante. Com a evolução das técnicas operatórias, tem-se preconizado o uso da toracoscopia, com bons resultados [7].

Conclusão

Torna-se evidente tanto a necessidade de investigação diagnóstica em crianças com quadros de hiperreatividade brônquica persistente e evolução desfavorável, como a valorização do cisto broncogênico como diagnóstico diferencial nesses casos.

Referências

1. Kanemitsu Y, Nakayama H, Asamura H, Kondo H, Tsuchiya R, Naruke T. Clinical features and management of bronchogenic cysts: report of 17 cases. Surg Today 1999;29:1201-05.
2. Ribet ME, Copin MC, Gosselin BH. Bronchogenic cysts of the lung. Ann Thorac Surg 1996; 61:1636-40.
3. Souza, JA et al. Cisto broncogênico na criança. ACM arq. Catarin. Med. 2003 32 (2):60-73.
4. Montessi, J e cols. Cisto Broncogênico simulando asma brônquica em criança. Pulmão RJ. 2004 13(2): 119-21.
5. Morais A, Eguchi TA, Faria AER, Castillo MCS, Baioneta TC, Leite MP et al. Cisto broncogênico em lactente: importância do diagnóstico diferencial. Revista de Pediatria SOPERJ. 2010 11(1):19-22.
6. Stewart B, Cochran A, Iglesia K, Speights VO, Ruff T. Unusual case of stridor and wheeze in an infant: Tracheal bronchogenic cyst. Pediatr Pulmonol. 2002; 34: 320-23.
7. Portella MFP, Mourgues LV, Henao RM et al. Cisto broncogênico do mediastino. Pulmão RJ 2007 16(1):49-52.