

CIRURGIA DO TIMO

Num Serviço de Cirurgia Geral

RAQUEL MEGA, FÁTIMA COELHO, TERESA PIMENTEL, RUI RIBEIRO, NOVO DE MATOS, ANTÓNIO ARAÚJO
Serviço de Cirurgia. Hospital de São José. Lisboa.

RESUMO

Objectivos: Avaliação dos casos de timectomia, num serviço de Cirurgia Geral, entre 1990-2003. Avaliação da eficácia terapêutica da timectomia em doentes com Miastenia Gravis (M. G.)

Material e Métodos: Estudo retrospectivo por consulta de processos clínicos do Serviço de Cirurgia Geral, de Neurologia e Consulta externa de Neurologia entre 1990-2003, num total de 15 doentes submetidos a timectomia total.

Resultados: Operados 15 doentes, com idades entre os 17 e os 72 anos, 11 do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A M. G. foi a indicação mais frequente para cirurgia, devido a sintomas incontroláveis ou suspeita de timoma.

Nos casos de Miastenia, os doentes foram operados após compensação pré-operatória da doença. Não houve complicações pós-operatórias.

Os diagnósticos histológicos foram de hiperplasia do timo e timoma.

Em relação à M. G., houve melhoria ou estabilização de sintomas com redução ou suspensão do tratamento médico.

Conclusões: A indicação mais frequente para timectomia é a Miastenia Gravis. A cirurgia tem bons resultados terapêuticos com escassa morbimortalidade, desde que sejam observados os cuidados pré e pós operatórios relacionados com a patologia de base.

Palavras chave: miastenia gravis, timectomia, timo

SUMMARY

THYMUS SURGERY IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT

Aims: Evaluation of thymectomy cases between 1990-2003, in a General Surgery Department.

Evaluation of the therapeutic efficacy in Miastenia Gravis patients

Patients and methods: Retrospective study based on evaluation of data from Serviço de Cirurgia, Neurologia and Consult de Neurology processes, between 1990-2003, of 15 patients submitted to total thymectomy.

Results: 15 patients, aged 17 to 72, 11 female and 4 male.

Miastenia Gravis was the main indication for surgery, for incontrollable symptoms or suspicion of thymoma.

In patients with myasthenia, surgery was accomplish after compensation of symptoms There weren't post-surgery complications.

Pathology were divided in thymic hyperplasia and thymoma.

Miastenia patients have there symptoms diminished or stable with reduction or cessation of medical therapy.

Conclusions: Miastenia was the most frequent indication for thymectomy. Surgery was good results, with low morbimortality, as long as the protocols are respected.

Key-words: Miastenia Gravis, thymectomy, thymus

INTRODUÇÃO

O timo é uma glândula linfoepitelial, localizada no mediastino anterior e superior.

Tem origem na 3.^a e 4.^a bolsas faríngeas e a sua função está ligada à diferenciação de células ligadas à imunidade celular, nomeadamente os linfocitos T.

As indicações para timectomia estão relacionadas com patologia tumoral e com a terapêutica de doenças auto-imunes, nomeadamente a Miastenia Gravis (M. G.).

Neste artigo, os autores analisam a sua experiência de cirurgia do timo, realizada num serviço de cirurgia geral e fazem uma revisão teórica da M. G., e da aplicação da timectomia no seu tratamento.

Miastenia gravis

A M. G. é uma doença neurológica caracterizada por fraqueza muscular com exercício repetido e que se resolve com repouso. Na sua origem está uma alteração ao nível da placa motora com diminuição do número de receptores de acetilcolina o que interfere na transmissão do estímulo neuro-muscular¹.

Afecta preferencialmente o sexo feminino (proporção de três mulheres, para dois homens) em idades jovens (pico 20-30 anos). Acima dos 50 anos a prevalência é igual para os dois sexos.

Embora a maioria dos casos seja esporádica, está demonstrada uma associação com HLA- B8, HLA-A2 e HLA-A3. Existe também uma maior incidência de M. G. em doentes com outras patologias auto-imunes, nomeadamente lúpus eritematoso sistémico, artrite reumatóide, anemia perniciosa e tiroidite de Hashimoto¹.

Clinicamente a miastenia apresenta-se como uma diminuição da força muscular, fundamentalmente nos grupos musculares proximais e músculos oculares.

São característicos o Sinal de Cogan, com abertura voluntária das pálpebras exagerada, com o objectivo de contrariar a ptose, a assimetria da força muscular e o predomínio de afecção da cintura escapular sobre a cintura pélvica. O estadiamento clínico baseia-se nos graus definidos por Osserman. (quadro I)

O diagnóstico assenta na clínica. No entanto, a evidência de presença de anticorpos antireceptores de ace-

Quadro I – Estadiamento clínico da Miastenia Gravis segundo Osserman

0	Assintomático
1	Sinais e sintomas oculares
2	Fraqueza muscular ligeira generalizada
3	Fraqueza muscular moderada generalizada
4	Fraqueza muscular grave generalizada Disfunção respiratória

tilcolina e um electromiograma característico (com diminuição da resposta com a repetição do estímulo) são auxiliares de diagnóstico que podem confirmar um diagnóstico em dúvida.

A terapêutica da M.G. baseia-se em medicamentos anticolinesterase, imunossuppressores (corticoides e imunossuppressores) e na cirurgia de ressecção do timo.

Técnica cirúrgica

A abordagem cirúrgica da glândula tímica pode ser realizada por três vias essenciais: esternotomia mediana, cervicotomia e toracosopia.

A realização de timectomia, em doentes com M. G., baseia-se no conhecimento de que 80% destes doentes têm alterações do timo (hiperplasia, timoma) e que em 30% dos casos há uma remissão completa após a cirurgia².

Os resultados da timectomia no tratamento da M. G. são variáveis, sendo melhores para doente do sexo feminino, jovens e com grau de Osserman baixo.

A timectomia está também indicada em doentes com neoplasias do timo, nomeadamente em timomas não metastizados e carcinoma do timo.

A indicação cirúrgica nos casos dos doentes com M.G., deve ser colocada pelo neurologista. Os motivos mais comuns são a falha do tratamento médico, pacientes jovens com curta duração de sintomas e doentes com efeitos secundários graves do tratamento médico realizado.

Nos doentes com M.G., é fundamental a preparação pré-operatória com vista à optimização da função respiratória. Este objectivo é atingido com terapêutica médica

podendo, em caso de necessidade, ser realizada plasmaferese.

A abordagem escolhida depende dos grupos cirúrgicos mas, tendo em conta a necessidade de ressecção de todo o tecido tímico para a obtenção de bons resultados. As melhores opções incidem sobre a esternotomia mediana ou pela toracoscopia.

A esternotomia mediana, até ao 5.º espaço intercostal consegue, na maioria dos casos, uma adequada exposição de toda a região précordeial, até ao limite externo marcado pelos nervos frénicos. Os resultados cosméticos e limitação da função respiratória são aceitáveis, sendo a necessidade de ventilação assistida mais dependente do controlo dos sintomas miasténicos no pré-operatório imediato.

Nos últimos anos, o crescimento exponencial das técnicas video-assistidas, veio provar que esta abordagem conseguia uma recuperação pós-operatória mais rápida, uma menor limitação da função respiratória e resultados semelhantes no que diz respeito a melhoria ou remissão de sintomas miasténicos³.

A abordagem pode ser esquerda ou direita, não havendo diferença de resultados entre as duas. Os timomas de pequenas dimensões, sem invasão de órgãos vizinhos podem também ser ressecados por via toracoscópica.

No pós-operatório é importante manter a vigilância dos doentes em unidades de cuidados especiais, com monitorização da força muscular e da função respiratória. Deve ser retomada a terapêutica anticolinesterase, inicialmente por via parentérica e logo que possível por via oral.

A probabilidade de necessidade de ventilação assistida depende do tempo de evolução da M. G., da presença de outra patologia respiratória e da capacidade vital de base.

Ao longo do internamento é fundamental a colaboração entre especialidades médicas e cirúrgicas com vista à boa evolução do doente.

MATERIAL E MÉTODOS

O segundo objectivo do presente artigo é a revisão dos casos de timectomia operados 1990-2003 e a avaliação da eficácia terapêutica da cirurgia em doentes com

Miastenia Gravis.

O estudo da casuística da equipa foi realizado de forma retrospectiva, pela consulta dos processos clínicos de todos os doentes submetidos a timectomia entre 1990 e 2003. Foram avaliados os processos de internamento e consulta.

RESULTADOS

Nos 13 anos em estudo foram operados 15 doentes, referenciados à consulta de Cirurgia a partir da consulta de Neurologia do Hospital de São José, de consultas de Neurologia de Hospitais Distritais e da consulta de Medicina Interna do H. S. José.

Os doentes tinham entre 17 e 72 anos, com uma média de idades de 35 anos. A faixa etária predominante foi a dos 20 aos 29 anos, que contou com 33% dos casos. (Figura 1). A distribuição por sexos foi sobreponível à de outras séries que estudam a cirurgia tímica, com um predomínio do sexo feminino, que contou com 11 casos (73% casos). (Figura 2)

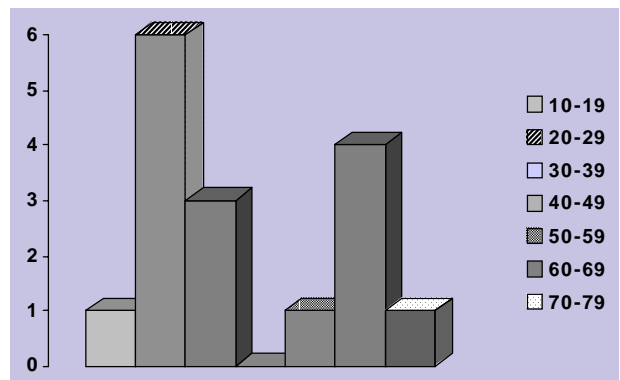


Fig. 1 - Distribuição etária dos doentes operados

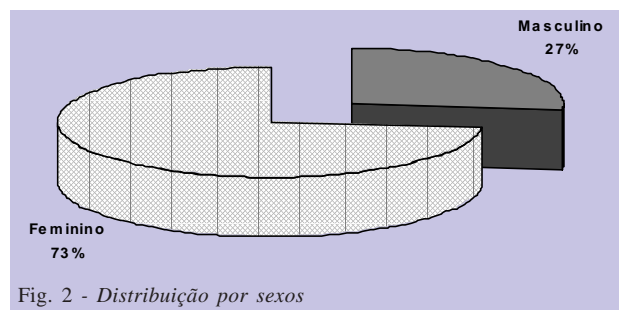
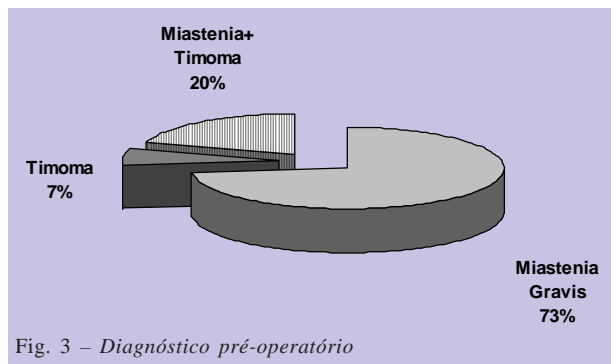


Fig. 2 - Distribuição por sexos

Os doentes foram-nos referenciados à consulta após o diagnóstico de M. G. ou após o estudo de massa do mediastino anterior, cujos exames complementares apontavam para timoma. Em três casos o diagnóstico de timoma

associava-se ao de M.G.. (Figura 3)



Em todos os doentes a abordagem escolhida foi a esternotomia mediana, sendo a incisão habitualmente até ao nível do 5º espaço intercostal, mas sendo feita a esternotomia total nos casos em que havia dificuldades de exposição.

Os resultados histológicos das peças de timentoma corresponderam, na sua maioria, a hiperplasia folicular. Foram encontrados três casos de timoma quístico de tipo epitelial e um caso de timoma maligno (grau I de Masaoka), este último numa paciente de 69 anos, cujos sintomas iniciais foram de diminuição da força muscular das mãos associada a disфонia e disfagia.

Dos doentes com M.G., apenas em sete casos (50%) foi possível conhecer com precisão a evolução. Todos os doentes tiveram uma melhoria sintomática, com diminuição do grau de Osserman, diminuição da terapêutica corticoide e diminuição das doses de medicação anticolinesterase. Um dos doentes entrou em remissão, sem necessidade de terapêutica médica.

Nos doentes operados não foi registada mortalidade e em apenas um caso houve necessidade de ventilação assistida no pós-operatório.

DISCUSSÃO

Embora a série descrita tenha um limitado número de doentes, o índice de melhoria dos sintomas de M. G., em 85,7%, foi comparável ao de outras séries (54% de melhoria numa série de 93 doentes)².

O índice de remissão completa foi mais baixo do que na série descrita (14,3 para 21%) no entanto, o pequeno número de doentes não permite estabelecer diferença estatística.

CONCLUSÃO

Embora com uma série de doentes limitada em número, podemos afirmar que os resultados obtidos são sobreponíveis aos estudos internacionais com maior número de doentes.

Nos doentes com doença neoplásica não houve recidiva ou metastização á distância, por critérios clínicos ou imagiológicos.

A abordagem por esternotomia mediana é uma via com baixa morbimortalidade e que apresenta uma boa exposição, com possibilidade de ressecção de toda a glândula. Com o desenvolvimento técnico e com evolução das curvas de aprendizagem, a toracoscopia poderá ser num futuro próximo a abordagem de eleição para a timentomia.

BIBLIOGRAFIA

1. OLANOW C, WECHSLER AS: Tratamento cirúrgico da miastenia gravis; In: Tratado de cirurgia. As bases biológicas da prática cirúrgica moderna. Sabiston D; Ed. Guanabara koogan, SA, Rio de Janeiro; 1992; 1712-25
2. BUDDE JM, MORRIS CD, GALA A, MANSOUR KA, MILLER JI: Predictors of outcome in thymectomy for myasthenia gravis. Ann Thorac Surg 2001; 72(1): 197-202.
3. YIM AP, KAY RL, HO JK: Vídeo –assisted thoracoscopic thymectomy for myasthenia gravis. Chest 1995; 108 (5): 1440-3
4. MOORE KH, MCKENZIE PR, KENNEDY CW, MCCAUGAN BC: Thymoma: trends over time. Ann Thorac Surg 2001 ; 72(1): 203-7