

BÓCIO MERGULHANTE E SÍNDROMA DA VEIA CAVA SUPERIOR

Uma Apresentação Rara no Século XXI

M. MARCELINO, E.L. NOBRE, J. CONCEIÇÃO, L. LOPES, H. VILAR,
J. JÁCOME DE CASTRO

RESUMO

O caso clínico apresentado refere-se a um caso raro de um bócio mergulhante complicado da Síndrome da Veia Cava Superior com sinais clínicos exuberantes. Após confirmação clínica e imagiológica do diagnóstico, a doente foi submetida a uma tiroidectomia total que permitiu uma remissão completa do quadro compressivo.

SUMMARY

SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME AND INTRATHORACIC GOITER An unusual presentation in the 21st century

We present a rare case of retrosternal goiter complicated with superior vena cava syndrome (SVCS) with impressive clinical signs. After clinical and imagiologic confirmation, total thyroidectomy was performed with complete remission of compressive signs.

M.M., E.N., J.C., L.L., H.V.,
J.J.C.: Serviço de Endocrinologia,
Diabetes e Metabolismo.
Hospital Militar Principal.
Lisboa

© 2009 CELOM

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) manifesta-se habitualmente por edema e lividez da face, alargamento das veias jugulares e das veias dos membros superiores¹.

A maioria das SVCS (97%) são de etiologia maligna^{2,3}. Esta situação pode, contudo, surgir como complicação rara nos bócios intratorácicos²⁻⁴. Quando este é o caso, a cirurgia (tiroidectomia total) é o tratamento de eleição.

CASO CLÍNICO

Doente, 79 anos, sexo feminino, com antecedentes de patologia tiroideia não especificada, submetida a tiroidectomia parcial aos 45 anos. Irregularmente acompanhada por vários endocrinologistas nos últimos anos, a doente é referenciada ao nosso serviço para parecer acerca de indicação operatória. Ao exame objectivo apresentava um

bócio volumoso com aumento marcado da circulação venosa cervical e torácica superior (Figuras 1 e 2).

Ecografia e TAC tiroideias revelaram marcado aumento de volume da glândula (lobos com mais de 9 cm), de estrutura multinodular, com extensão intratorácica quase até ao nível da carina, condicionando estreitamento do lúmen traqueal e efeito de massa significativo nas estruturas venosas (Figura 3). A função tiroideia era normal e a citologia aspirativa dos nódulos dominantes benigna.

Devido às dimensões e características mergulhantes do bócio com compressão das estruturas mediastínicas foi preconizada tiroidectomia total que decorreu sem intercorrências.

A peça operatória tinha 334 gr e o exame histológico revelou uma lesão hiperplásica multinodular do epitélio folicular da tiroideia (Figura 4).

Um mês após cirurgia, a doente apresentava remissão completa do quadro clínico, com desaparecimento da sintomatologia compressiva (Figuras 5 e 6).



Figs. 1 e 2 – Alargamento das veias jugulares e das veias dos membros superiores

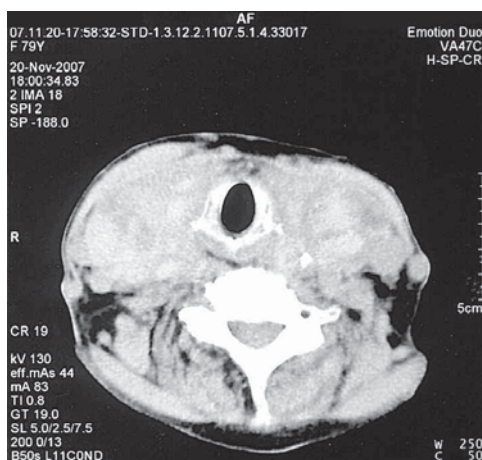


Fig. 3 – Imagem do bócio por TAC



Fig. 4 – Peça operatória



Figs. 5 e 6 – Remissão completa dos sinais de compressão mediastínica após tiroidectomia total

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. CICHON S, BARCZYNSKI M, ROGULA T: Intrathoracic goiter as a cause of superior vena cava syndrome. *Przegl Lek.* 1998;55: 626-8
2. McKELLAR DP, VERAZIN GT, LIM KM, SPIEGEL JC, BLOCK BL: Superior vena cava syndrome and tracheal obstruction due to multinodular goiter. *Head Neck* 1994;16:72-4
3. AASTED A, BERTELSEN S: Superior vena caval syndrome in benign mediastinal goitre. *Acta Chir Scand* 1981;147:405-8
4. ANDERS HJ: Compression syndromes caused by substernal goitres. *Postgrad Med J* 1998;74:327-9



Hospital Militar Principal, Lisboa