

CISTO ENTERÓGENO DO ESÔFAGO TORÁCICO:

RELATO DE CASO

DR. JOÃO PAULO KAWAOKA MATUSHITA

Prof. Assistente da F. M. — UFRJ e Médico Radiologista do INCa. — CNCC

DR. WALTER RORIZ DE CARVALHO

Livre-Docente da F. M. — UFRJ

Chefe da Seção de Tórax do INCa.

Assistente do Serviço de Cirurgia de Tórax do Hospital Andaraí-INAMPS.

DR^a JULIETA SEBASTIÃO MATUSHITA

Médica do Serviço de Radiologia do HSE—INAMPS e

do Serviço de Radiologia da Fund. Pioneiras Sociais.

DR. VOLNEI DAVID PEREIRA

Ex-Médico Residente do Serviço de Anatomia Patológica do HSE-INAMPS

INTRODUÇÃO

Estes cistos de origem congênita, resultam de um desenvolvimento anormal, durante a formação e diferenciação da laringe, pulmões, brônquios e traquéia de um intestino primitivo.

Cisto enterógeno é o termo hoje utilizado na literatura, aplicado aos cistos congênitos que se desenvolvem ou ocorrem no trato gastrointestinal, do esôfago ao ânus localizando-se de preferência no intestino delgado e raramente no estômago.⁹

Estas formações têm sido assinaladas em todas as faixas etárias, predominando em mulheres.

RELATO DO CASO

M. H. M. A., 24 anos, branca, feminina, solteira, registro

116199(HSE) Hospital dos Servidores do Estado, RJ, foi atendida no Serviço de Emergência em 7/5/79, queixando-se de forte dor epigástrica irradiada para a face anterior do tórax. Negando náuseas, vômitos pirose ou febre. Referia uso de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos nos últimos dias, para tratamento de parotidite e odontalgia. Os exames rotineiros de sangue e urina foram normais.

As radiografias do tórax em PA/PF mostravam volumosa massa tumoral, única, homogênea de contornos regulares, circunscritas ao mediastino posterior, lateral direita, na região infra-carenal. (Figs. 1ª e 1b). As radiografias penetradas com esôfago torácico contrastado mostram discreto deslocamento do terço inferior do esôfago para a esquerda. (Figs. 2a e 2b). Os cortes tomográficos mostram que a

massa mediastínica descrita acima, tem contornos regulares e sem calcificações em seu interior. O ângulo da carina está permeável e anatômico. (Fig. 3)

O tratamento à base de antiácidos, dieta e repouso fizeram regredir os sintomas. Em 21/5/79 a paciente foi submetida a toracotomia exploradora direita, com finalidade de ressecção do tumor do mediastino posterior. No ato cirúrgico foi encontrada uma massa tumoral cística, tensa, lisa, medindo 10 x 6 cm, com maior eixo longitudinal, situada adiante e à direita do esôfago e fortemente aderida ao pericárdio, lobo inferior do pulmão e esôfago. Durante o descolamento da massa tumoral ocorreu a sua rotura, com saída de líquido espesso, amarelado (cuja cultura para pesquisa de germes piogênicos, fungos e BAAR foi negativa). Aspirado o conteúdo do cisto,

verificou-se que sua superfície interna era rugosa, fazendo parte da parede esofagiana. Foi realizada a ressecção da parede livre do cisto, cauterizando-se a porção aderida ao esôfago com iodo.

Após a ressecção cirúrgica a peça foi encaminhada ao exame histopatológico:

LÂMINA 1 — múltiplas camadas musculares orientadas em direções opostas; epitélio desnudo e infiltrado mononuclear e polimorfonuclear.

LÂMINA 2 — mucosa cilíndrica remanescente e infiltrado mononuclear e polimorfonuclear.

Diagnóstico-Cisto Enterógenos do Esôfago.

A paciente teve alta hospitalar em 1.6.79, assintomática. Na última revisão ambulatorial (17/2/83), permanece assintomática.

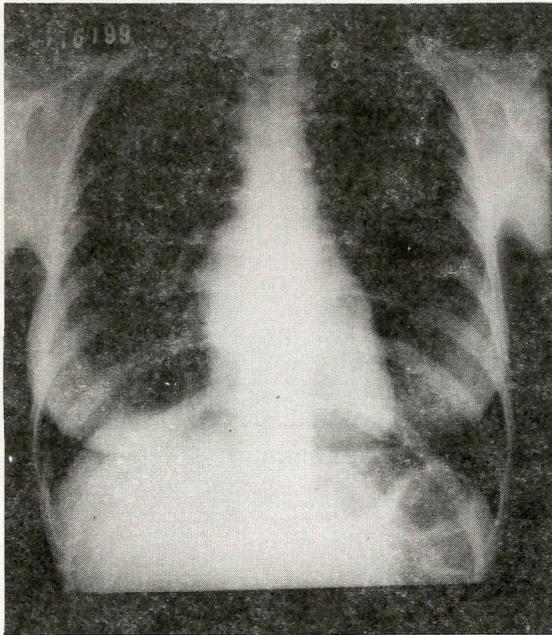


FIG. 1a

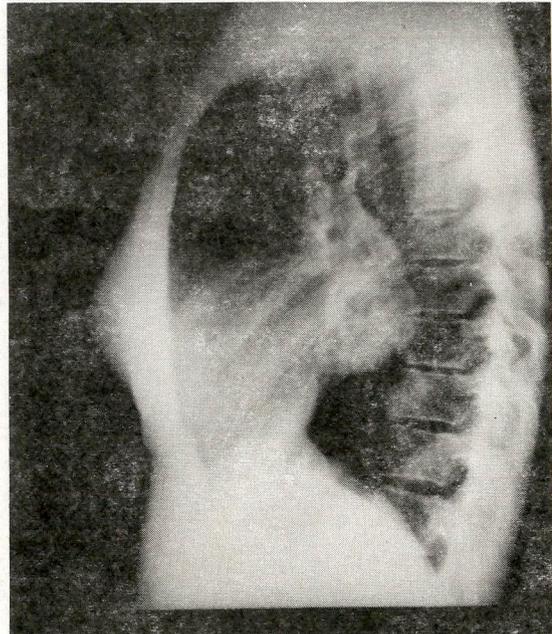


FIG. 1b

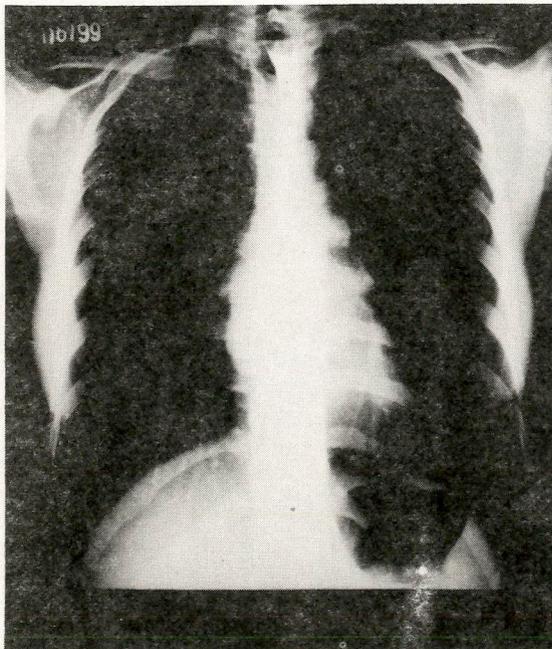


FIG. 2a

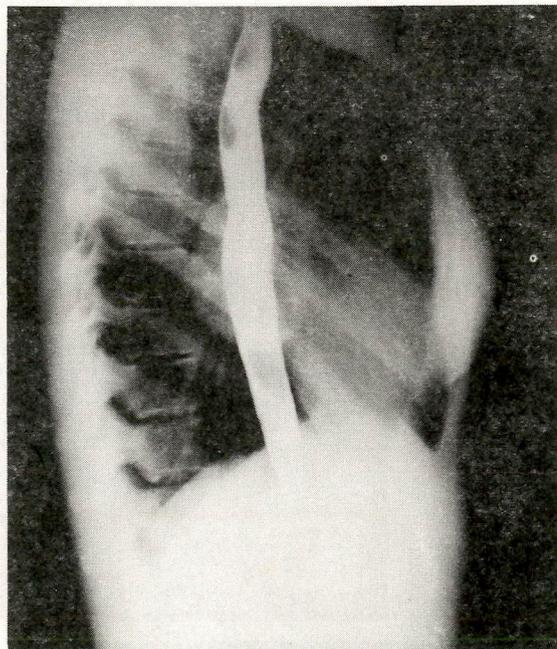


FIG. 2b

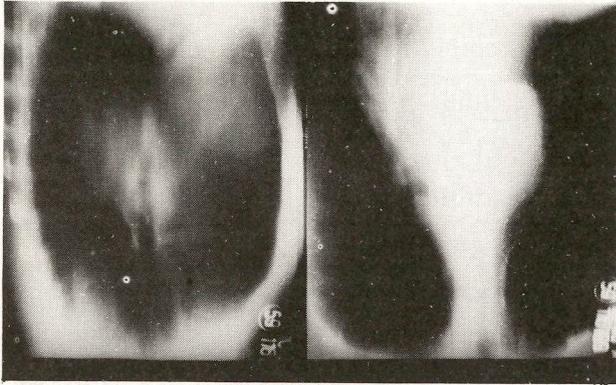
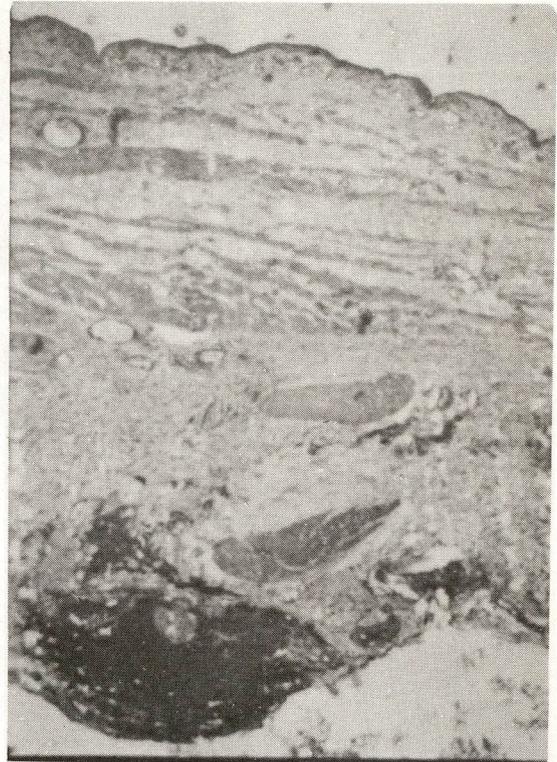
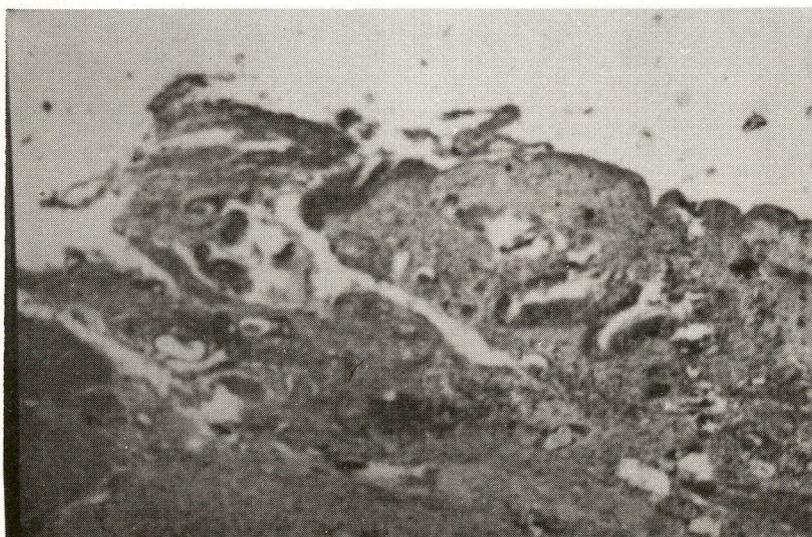


FIG. 3



Lamina 1



Lamina 2

COMENTÁRIOS

O cisto enterógeno do esôfago foi descrito pela primeira vez por Blasius em 1711, e a primeira excisão cirúrgica foi feita por Sauerbruch em 1931^{6,7}

Ele constitui cerca de 10% dos tumores mediastínicos e comumente se localiza no hemitórax direito.^{3,5,7} Sessenta por cento deles ocorrem no terço inferior do esôfago e os restantes se distribuem pelo terços médio e superior⁷, freqüentemente entre os feixes musculares da parede do órgão.

Histologicamente assemelha-se com o cisto brônquico, dele se diferenciando por não possuir cartilagem na estrutura da parede.⁴

A sintomatologia varia com o local e a característica da duplicação, sendo em geral provocada na idade adulta por:

- a— obstrução, produzida pela compressão extrínseca que se exerce sobre o esôfago torácico;
- b— dor, devida à distensão conseqüente ao crescimento do próprio cisto;

- c— hemoptises e derrames pleurais por aderência com os pulmões;
- d— perfuração conseqüente a solução de continuidade de sua parede;

Às vezes, o cisto enterógeno do esôfago pode estar associado a anomalias vertebrais, que podem produzir déficits neurológicos, limitação dos movimentos do pescoço, escoliose, compressão da raiz nervosa.^{7,8}

Numa radiografia simples de tórax, observa-se massa tumoral, arredondada, homogênea, bem circunscrita, única, no mediastino posterior, na maioria das vezes na porção póstero-lateral direita. Na esofagografia contrastada, pode-se observar deslocamento da coluna baritada e da traquéia, dado pela massa infra- e extra-mural.

No entanto, pela localização mediana, posterior, a angiografia se faz necessária para diagnóstico diferencial com aneurismas dos grandes vasos.

A degeneração maligna destes cistos é raríssima, mas pode ocorrer, como no caso relatado por Adams.¹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMS, H. — *Obstructing lesions of the esophagus-The Surg. Clinics of North America*, 41:787, 1961
2. CARVALHO, W. R.; TOURINHO, O. B. — *Cisto de Duplicação Intratorácico-Boletim do Centro de Estudos do Hospital dos Bancários*-2,1:27-34,1967
3. CREECH, O. JR.; DEBAKEY, M. E. — *Ciliated epithelial cysts of the esophagus associated with cardiac abnormalities — J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 28:64-77,1954.
4. OLKEN, H. G. — *Congenital gastro-enteric cysts of the mediastinum* — *Amer. J. Path.* — 20:997, 1944.
5. SABISTON, D. C. JR.; SCOTT, H. W. JR. — *Primary neoplasms and cysts of mediastinum.* — *Ann. Surg.* 136:777-797,1962.
6. SAUERBRUCH, F.; FICK, W. — *Operative Beseitzungeiner, Kongenitalen Cyst der Speiserohre* — *Zentralbl. Chir.* — 58:2938-2941, 1931.
7. SETHI, G. K.; MARSDEN, J.; JOHNSON, D. — *Duplication Cysts of the Esophagus Southern Medical Journal* —67,5,616-618,1974.
8. TARNEY, T. J.; CHANG, C. H. J.; NUGENT, R. G. ET AL; — *Esophageal duplication (foregut cyst) with spinal malformation - J. Thorac. Cardiovascular Surg.* -59: 293-298,1970.
9. ZIMMERMAN, J. R.; GOUVEIA, O. F.; FONSECA, M. O.; CUNHA, M. A. R. DA; CUNHA, A. A. M. DE; AZEVEDO, J. R. S.; TEIXEIRA, F.; FIGUEIREDO, J. G.; PEREIRA, A. A.; VALLE, P. V. DO; — *Cisto enterogeno-Radiologia Brasileira* 4,3:189-196,1971.