

“CISTO CELÔMICO DO MEDIASTINO *

Pelo DR. EGBERTO PENIDO BURNIER **

A literatura médica é rica no assunto dos cistos embrionários. Dentre os mais conhecidos estão os dos ovários, testículos e os dermóides socro-coccigeanos. Não há mesmo órgão ou cavidade do organismo em que já não se tenham descritos cistos embrionários.

Os cistos podem variar de tamanho e complexidade estrutural, de maneira quase infinita. Para didatismo, costumamos grupá-los: a) *Cistos teratomatosos* (quando os tecidos embrionários, reconhecíveis, são constituídos das três folhas blastodérmicas, lembrando, ainda que imperfeitamente, a disposição nos órgãos); b) *cistos dermóides complexos* (em que entram igualmente tecidos dos três folhetos, mas com predominância geralmente do ectodérmico; é um teratoma imperfeitamente desenvolvido); c) *cistos e tumores mistos* (em que podemos encontrar dois ou mais tipos de tecidos de uma mesma folha blastodérmica e também tecidos de dois e até três folhetos blastodérmicos, tal como nos dermóides complexos, porém, o que ca-

racteriza o cisto ou o tumor misto é que nêles, predomina o tecido regional sôbre os demais); d) *cistos dermóides simples* (de origem dermo-epidérmica, com ou sem as glândulas, geralmente constituído por uma inclusão dérmica durante a oclusão das fissuras embrionárias).

DENOMINAÇÃO E HISTOGENESE DOS CISTOS CELÔMICOS

Logo depois que o embrião se torna um germen tridérmico, pelo desenvolvimento do tubo neural, êle se encurva, aproximando o polo cefálico do caudal, interiorizando assim a estrutura abaixo situadas. O endoderma arrasta consigo o folheto visceral ou esplancno-pleural do mesoderma, para o interior do embrião. Há momento em que de aparelho digestivo apenas encontramos um tubo retilíneo, separado da parte ventral do embrião por uma cavidade única, cavidade celômica. Só mais tarde são separadas, pelo diafragma, as cavidades torácica e abdominal. Daí a denominação

* Trabalho apresentado à Semana de Cancerologia, de 1 à 7 de dezembro de 1963, em São Paulo.

** Chefe de Cirurgia Torácica do Instituto Nacional de Câncer. Docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina. Chefe de Organização e Contrôlo do Serviço Nacional de Câncer.

dos cistos serosos torácicos de "Cistos Celômicos".

No tapetamento dérmico deste tabique músculo-aponeurótico encontramos a explicação para a formação dos cistos, tanto abdominais como torácicos, tal como se formam os cistos dermóides simples. Há um embrincamento, num determinado ponto e dá-se uma inclusão dérmica, com células secretantes. Se a inclusão é do lado abdominal, os cistos apresentam uma característica peculiar: as células que tapetam a cavidade cística são do tipo do epitélio ciliado, muito semelhantes as do intestino. Explica-se assim, pela origem comum, também nos cistos do lado da cavidade torácica, da presença de cistos tapetados com epitélio ciliado, tipo intestinal. Entretanto, quando a inclusão é conseqüência de embrincamento puro e simples do endotélio constitutivo da futura pleura, a superfície interna do cisto apresenta uma camada de células chatas, tipo revestimento pleural.

DIAGNÓSTICO E SINTOMATOLOGIA

O diagnóstico do Cisto Celômico é um diagnóstico radiológico, porque clinicamente êle é inexpressivo. Via de regra fica silencioso por vários anos, até que pelo seu volume passa a interferir na mecânica cárdio-respiratória. Inicialmente há um síndrome de compressão ou de irritação. Vamos ver, que no caso por nós ilustrado só pela clínica pensa-

mos estar em presença de um tumor pulmonar, com dispnéa e dor torácica. O cisto dará a sintomatologia de acôrdo com a sua localização. No caso presente, como era de localização diafragmática, os sintomas de compressão foram os primeiros.

Caso Clínico de João M. da S., de 51 anos, masculino, pardo, solteiro, estivador, natural do Estado do Rio.

História: dor no hemitorace esquerdo há 3 meses, acompanhada de dispnéa, principalmente ao esforço. Procurou um profissional que em vista da sintomatologia o encaminhou ao Instituto Nacional de Câncer.

Antecedentes: não fuma, não bebe, não tem antecedentes de moléstia grave anterior, nem pessoa de sua família falecida de ca. ou T.

Exame geral: indivíduo de complexão robusta; ausência de gânglios palpáveis inguinais, axilares e cervicais. Nada a assinalar no exame dos aparelhos e sistemas.

Impressão diagnóstica: Blastoma pulmonar?

No mesmo dia de sua matrícula (1-3-962) sob o n.º 63.643 foram solicitados: a) Radiografia do tórax (P.A. e Perfil); b) Exame citológico do es-carro.

Resultado *radiográfico e da Tomografia* (15-3-962): Massa tumoral no mediastino anterior, compatível com *cisto celômico*.

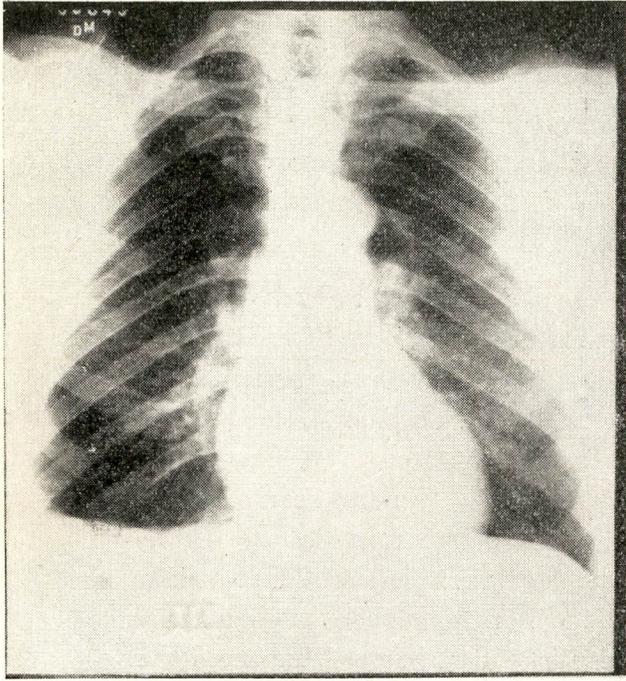


Fig. 1

Radiografia em P. A. mostrando formação justa diafragmática direita, de densidade compatível com cisto celômico.

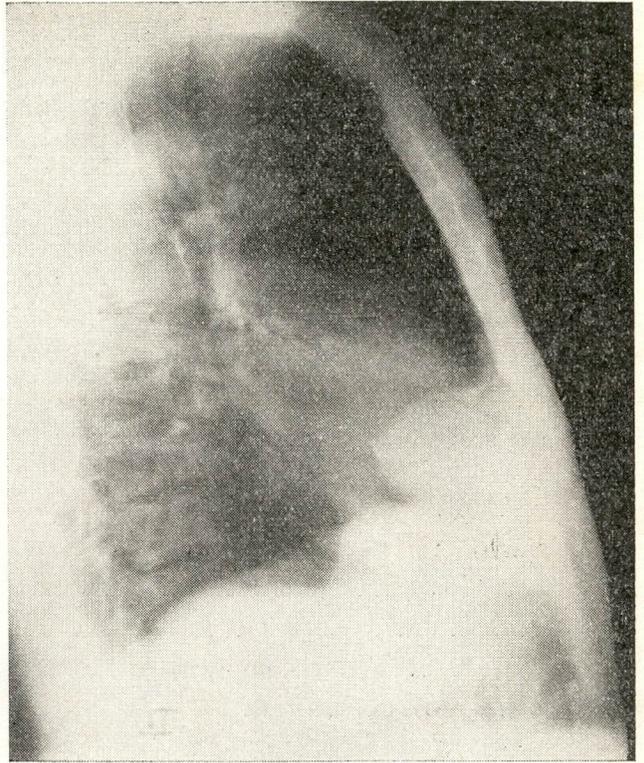


Fig. 2

Radiografia de perfil, mostrando a formação cística nascendo da dependência do diafragma e pleura parietal anterior.

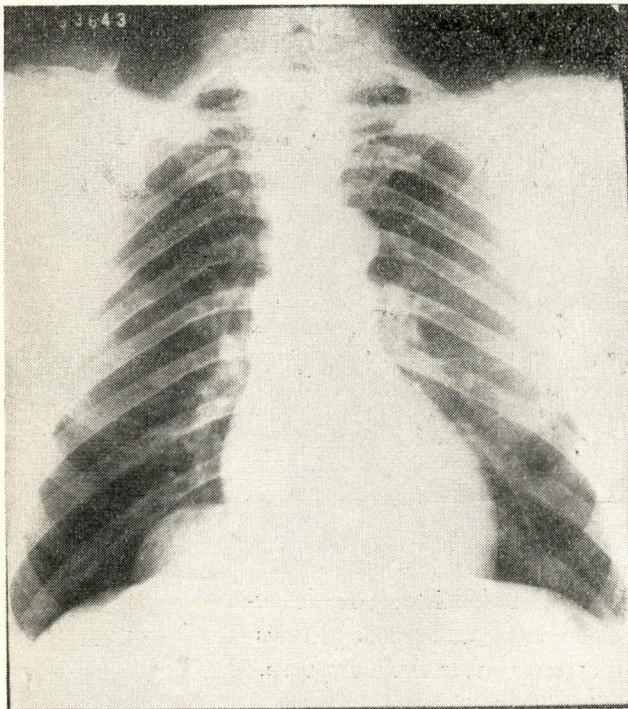


Fig. 3

Radiografia em P. A. após cirurgia — Aspecto normal dos campos pleuro-pulmonares.

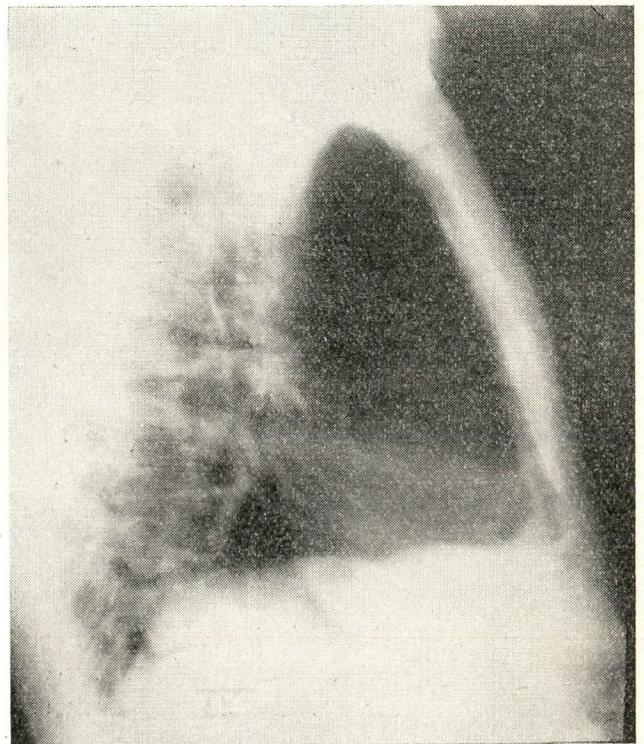


Fig. 4

Radiografia em perfil, após cirurgia, notando-se normalização da cúpula frênica.

Resultado da *Citologia do escarro*: ausência de células malignas.

Como não se tratava de caso urgente, permitiu-se ao paciente, resolver problemas ligados ao seu emprêgo e sòmente em 24-4-962, foi internado na seção de *Torace*, para tratamento.

O pré-operatório, por não apresentar qualquer anormalidade, consistiu em cuidados gerais de toilete e higiene além do costumeiro exercício respiratório, no sentido de evitar complicações respiratórias post-operatórias.

Operado em 4 de maio de 1963, por Dr. E. Penido Burnier, auxiliado pelos

Drs. Fernando Monastério e Nilo Lopes Freire. Anestesia geral por entubação pelo Dr. Leandro. Tempo Operatório: 1 hora.

Ato operatório: Praticada toracotomia direita ao nível do 7.º espaço intercostal, segundo técnica sistematizada. Aberta a cavidade pleural, encontrou-se pela inspeção um cisto de mais ou menos 11 cm de diâmetro, prêso ao diafragma e aderente ao pericárdio. Desfeitas as aderências pericárdicas, foi dissecado de sua implantação diafragmática, cuidando-se da perfeita hemostasia. Retirada do cisto por inteiro. Síntese por planos, dos lábios da ferida torácica. Não foi deixado drenagem.

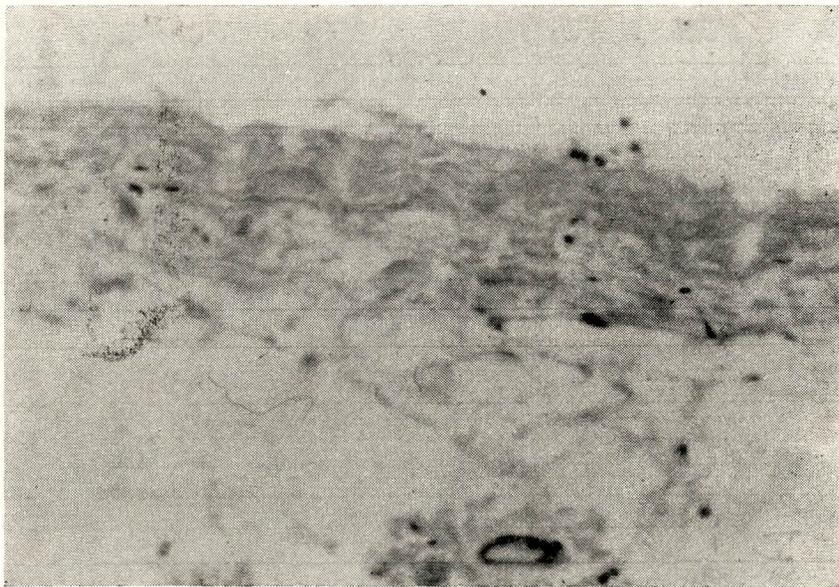


Fig. 5

Aspecto microscópico de fragmento da capsula do cisto. Grande aumento: camada de células chatas, semelhantes às endoteliais pleurais sôbre tecido celular frouxo, mostrando o corte transversal de um vaso.

Não há sinais de malignidade.

Post-Operatório: sem qualquer incidente. Levantar após 24 horas, alimentação também após este tempo e retirada dos pontos no 8.º dia.

Os contrôles radiográficos post-operatórios mostraram a perfeita distensão pulmonar, apenas com pequena diminuição de transparência na base do lado esquerdo.

Anatomia Patológica: Formação cistóide, com revestimento epitelial de células chatas; trata-se provavelmente de cisto de origem pleural. (a) Dr. Athayde.

Seqüência: O paciente voltou à contrôle, periodicamente até 2 de julho de 1962, quando então teve sua alta definitiva, por ter tido afecção não maligna

Diagnóstico post-operatório: Cisto celômico do Mediastino.

Conclusões:

- 1 — Os cistos celômicos do mediastino, são de origem embrionária, possivelmente de um embrincamento da esplancopleura ou de seus derivados, no momento do tapetamento do diafragma primitivo.
- 2 — O diagnóstico dos cistos celômicos é radiológico; os sintomas só aparecem quando o cisto toma volume regular.
- 3 — São de natureza benigna e seu prognóstico é muito favorável.
- 4 — O tratamento dos cistos celômicos, é exclusivamente cirúrgico.

RESUMO

O A. estudo a histogênese, sintomatologia, diagnóstico e tratamento dos cistos celômicos do mediastino, comparando-o passo à passo com o caso observado.

SUMMARY

The author studied the sintomatologie, hystogenesis, diagnostic and treatment of Celomyc Mediastinic Cysts, making relations with an observed case.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ASTROZHNIKOV IUV., SMIRNOVA VK. — Coelomic cyst of the pericardium *Kasan Med.*, Zh 2: 62-3; Mar. Apr. 1962.
- 2 — EWING JAMES — *Oncologia*, 1090-1121, 1948.
- 3 — ALONSO DA COSTA; RONALD NYR — Tratamento cirúrgico dos tumores da parede antero-lateral do torace. Tese de Dócência, 1959.
- 4 — PENIDO BURNIER, E. M. e SAMARÃO BRANDÃO, J. — *Histofisiologia*. Tomo I, cap. XVI, 82-91, 1936.
- 5 — LENORMANT, CH. — *Pathologie Chirurgicale*, Tomo III, *Maladies Chirurgicales du Mediastin*, 166-678, 1938.
- 6 — RAMOND, L. — *Clínica Médica*, XIV. Os tumores do Mediastino, 249-272, 1938.
- 7 — SCHLUMBERGER, H. G. — Tumors of the Mediastinum, *Armed Forces Institute of Pathology*, F 18-75/81.
- 8 — BLADES, B. — Mediastinal tumors. *Ann. Surg.*, 123: 749-765, 1946.
- 9 — LAIPPLY, T. C. — Cysts and Cystic Tumors of the Mediastinum. *Arch. Path.*, 39: 153-161, 1945.
- 10 — LAMBERT, A. V. S. — Etiology of thin-walled thoracic cysts. *J. Thoracic Surg.*, 10: 1-7, 1940.
- 11 — LINDER, H. — Intrathoracic Gastroenteric cysts. *Surgery*, 25: 862-868, 1949.
- 12 — LINDQUIST, N. and WULF, H. B. — Mediastinal Enterocystoma. *J. Thoracic Surg.*, 16: 468-476, 1947.
- 13 — OLENIK, J. L. and TANDATNICK, J. W. — Congenital mediastinal cysts of foregut origin. *Am. J. Dis. Child.*, 71: 466-476, 1946.
- 14 — DEL REGATO, J. A.; ACKERMAN, L. V. — Câncer IX Neoplasmas del Mediastino, 469-479, 1951.
- 15 — LE ROUX, B. T. — Cysts and Tumors of the Mediastinum. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 115: 695-703, Dec. 1962.
- 16 — PAVLCV, K. A. — Possibilities of angiography in the diagnosis of benign tumors and cysts of the Mediastinum. *Vop. Dukol.* 6 (2): 44-9, 1960.
- 17 — TESTUT, L.; LETARJET, A. — *Anatomia Humana*. Tomo III: 1043-1072.
- 18 — BLADES, B. — Relative Frequency and Site of Predilection of Intrathoracic Tumors. *Am. J. Surg.*, 54: 139-148, 1941.
- 19 — FABRICIUS, BRYAN — The Value of Kymography for the Differential Diagnosis Between Aneurysm of the Aorta and Mediastinal Tumor. *Acta Radiol.*, 26: 89-98, 1945.
- 20 — HAAGENSEN, C. D. — Differential Diagnosis of Primary Neoplasms of the Mediastinum. *Am. J. Cancer*, 16: 723-782, 1932.
- 21 — HEUER, GEORGE J. e ANDRUS, WILLIAM DeWITT — The Surgery of Mediastinal Tumors. *Am. J. Surg.*, 50: 146-224, 1940.
- 22 — KLEINSCHMIDT, O. e KIRSCHNER, M. — Intervenciones en los Tumores y quistes del mediastino. *Tratado de Técnica Operatória IV*: 722-770.