

Tumor de mediastino na gestação

Tumor of the mediastinum in pregnancy

Ana Cristina Carvalho da Costa¹
Adriana Pederneiras Rebelo da Silva¹
Renata Costa Fortes¹

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal-FEPECS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-SES/DF. Brasília- DF, Brasil.

Correspondência

Ana Cristina Carvalho da Costa
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal-FEPECS. SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 - Edifício FEP-ECS. 70710-907. Brasília-DF.
anacristina_costa@yahoo.com.br

Recebido em 14/julho/2014
Aprovado em 25/agosto/2014

RESUMO

A gestação é um período único, em que drásticas mudanças anatômicas, bioquímicas e fisiológicas ocorrem em um curto espaço de tempo, afetando todos os sistemas orgânicos a fim de viabilizar uma nova vida. Porém, essas alterações fisiológicas podem aumentar na gestante a susceptibilidade ou recorrência de inúmeras patologias, principalmente respiratórias, que muitas vezes não são identificadas precocemente e tratadas adequadamente, seja pelo uso temerário dos exames diagnósticos, que envolvem radiação, seja pela própria sintomatologia dessas patologias que se confunde com as alterações características da gravidez. Trata-se de um relato de caso, compreendido entre 01/03/2014 e 08/03/2014, onde se averiguou o diagnóstico e a evolução clínica de uma gestante inicialmente em tratamento de pneumonia, encaminhada a hospital de referência em cirurgia cardiovascular - Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) - para avaliação e conduta quanto a derrame pericárdico identificado por ecocardiografia. Entretanto, durante a investigação etiológica do derrame pericárdico, verificou-se a presença de massas cervical e mediastinal volumosas, com comprometimento vascular e compressão de estruturas vizinhas, o que respondia pela clínica apresentada pela paciente na admissão. Apesar da neoplasia mediastinal ter sido rapidamente identificada durante a referida internação, a paciente referia sintomas datados de 4 meses anteriores, o que pode ter contribuído para que a evolução clínica e o desfecho apresentado pela paciente e seu filho não fossem favoráveis.

Palavras-chave: Gravidez; Neoplasias do mediastino; Terapia intensiva.

ABSTRACT

Pregnancy is a unique period where drastic anatomical, biochemical and physiological changes occur in a short space of time, affecting every organ system in order to make a new life. However, these physiological changes during pregnancy may increase susceptibility or recurrence of many diseases, especially respiratory, which often are not identified early and treated appropriately, either by reckless use of diagnostic tests that involve radiation, either by the very symptoms of these pathologies merges with the characteristic changes of pregnancy. This is a case report, between 01/03/2014 and 03/08/2014, where it was examined the diagnosis and clinical outcome of a pregnant woman initially treated for pneumonia, referred to a referral hospital for cardiovascular surgery - Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) - to assessment and treatment as pericardial effusion identified by echocardiography. However, during the etiology of pericardial effusion, there was the presence of bulky mediastinal and cervical masses with vascular compromise and compression of neighboring structures, which was responsible for the patient's clinical condition on admission. Despite the mediastinal tumor was quickly identified during that hospitalization, the patient reported symptoms dated 4 months, which may have contributed to the clinical course and the outcome presented by the patient and his son were not favorable.

Keywords: Pregnancy; Mediastinal neoplasms; Intensive care.

INTRODUÇÃO

A gestação normal está associada a ajustes fisiológicos e anatômicos que acarretam acentuadas mudanças no organismo materno. Muitas dessas mudanças iniciam-se no momento da nidação e se estendem por todo o período gestacional até o término da lactação¹.

Relatos de casos de câncer associados à gestação vêm aumentando, e isso tem sido atribuído ao aumento da idade materna e ao aumento do acesso das mulheres aos serviços de saúde. Mulheres com câncer diagnosticado durante a gestação e até 12 meses após (ainda referido como “câncer associado à gestação”) têm um risco aumentado de morbidade materna e complicações na gestação².

A existência de cistos e tumores primários do mediastino tem sido relatada com uma incidência crescente. Em alguns estudos, os tumores

neurogênicos constituem o grupo nosológico dominante, mas em outros, as neoplasias tímicas foram as mais frequentes. Clinicamente, a maioria das neoplasias mediastinais permanecem assintomáticas. As manifestações clínicas iniciam-se quando o tumor começa a comprimir as estruturas vizinhas. A incidência de malignidade é superior a 25-35% e geralmente está associada ao diagnóstico de linfoma^{3,4}.

O objetivo do presente estudo é relatar o caso de uma paciente gestante diagnosticada com tumor de mediastino, durante a internação na unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Brasília, DF. Ressalta-se a escassez de literatura sobre o tema, bem como sobre a terapêutica, gravidade, prognóstico da doença na gestação e possíveis repercussões sobre o feto.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 27 anos, procedente e residente no Gama - DF. Gestante de 24 semanas, previamente hígida, transferida para a UTI do HBDF em 01/03/2014, com diagnóstico de pneumonia, insuficiência cardíaca congestiva e derrame pericárdico a esclarecer.

Paciente relata crescimento de massa cervical há 4 meses, tosse há 3 meses, com perda ponderal de 10 quilos nesse período e hemoptise leve (rajas) há 1 mês. Relata início de dispnéia progressiva, ultimamente aos pequenos esforços. Nega febre e sudorese. Segundo a paciente, realizou exame de teste tuberculínico (PPD) e escarro, que estavam negativos. Seguiu em acompanhamento pré-natal, com histórico de duas gestações anteriores, ambas com partos cesáreos, sem intercorrências durante e após as mesmas; sem relatos de abortos.

Encaminhada ao HBDF pelo Hospital Regional do Gama, onde encontrava-se internada no serviço de emergência, para avaliação da cirurgia cardiovascular quanto à drenagem e biópsia de pericárdio. Ao exame físico, encontrava-se consciente e orientada no tempo e espaço, taquidispnéica, com suporte de oxigênio suplementar a 4 litros/minuto por catéter nasal, saturação de oxigênio por oximetria de pulso: 94%; hemodinamicamente estável sem aminas vasoativas; taquicárdica (129 bpm) e normotensa (124x67 mmHg), apresentando estase jugular fisiológica. À ausculta: murmúrios vesiculares audíveis, com roncos e estertores predominantes em bases pulmonares, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas. Abdomen gravídico, altura de fundo uterino (AFU) ao nível da cicatriz umbilical, ruídos hidroaéreos presentes. Diurese espontânea preservada. Extremidades aquecidas, perfundidas; membros inferiores com edema discreto (+/4+).

Realizou ecocardiograma em 01/03/2014 que evidenciou derrame volumoso posterior na parede livre de ventrículo esquerdo, com restrição diastólica e repercussão hemodinâmica, com clínica provável de restrição. Realizada tentativa de pericardiocentese pela cirurgia cardíaca, entretanto após 3 tentativas, não houve punção de líquido pericárdico ou sangue, sendo optado pela não realização de novo procedimento.

Em 02/03/2014, realizou novo ecocardiograma à beira do leito, que evidenciou derrame pericárdico importante, mais evidente na região posterior e lateral (30 mm), com pericárdio espessado, sinais de restrição cardíaca e colabamento parcial do átrio direito. Também foi realizada tomografia de tórax, sem contraste e com proteção do abdome, que revelou massa mediastinal paraórtica esquerda, medindo cerca de 7,5 x 6,0 cm, que desviava as estruturas mediastinais para a direita. Aumento da área cardíaca e derrame pericárdico. Presença de massa supraventricular esquerda, sem aparente continuidade com a massa mediastinal. A porção visualizada media cerca de 5,0 x 3,3 cm.

Ainda em 02/03/2014, a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para realização de janela pericárdica e biópsia de massa mediastinal. Na descrição cirúrgica, há relato de drenagem de 230 ml de líquido pericárdico seroso, com retirada de fragmentos de pericárdio para estudo anátomo-patológico e líquido pericárdico para estudo citológico e microbiológico. Há relato de broncoscopia durante o procedimento cirúrgico, sem visualização intraluminal de anormalidades.

Em 03/03/2014, foi avaliada pela ginecologia que orientou início do corticóide venoso (betametasona) para maturação fetal, entretanto ressaltou que o mesmo poderia interferir no resultado da biópsia a ser realizada posteriormente. Ainda neste dia realizaram tomografias de tórax e cervical, ambas com uso de contraste. Os exames revelaram: lesões expansivas sem aparente plano de clivagem com estruturas mediastinais, sendo uma para-aórtica esquerda medindo 82 x 53 x 68 mm e paracaval superior direita medindo 72 x 55 x 61 mm. A massa para-aórtica esquerda engloba a veia subclávia ipsilateral. Conglomerados linfonodais paratraqueais e infracariniais, sendo esta a maior com 31 mm. Massa nodulariforme medindo cerca de 38 x 36 mm nos seus maiores eixos axiais e localizado na região infra-clavicular esquerda (linfadenomegalia?). A lesão parece englobar 180° da veia jugular comum esquerda rechaçando-a e anteriormente aparente plano de clivagem com a artéria carótida comum esquerda.

Em 04/03/2014, paciente apresentou hemoptise volumosa sendo necessária a realização de intubação orotraqueal, guiada por broncoscopia; o procedimento foi realizado sem intercorrências pela equipe da broncoesofagologia, sendo posteriormente acoplada ao ventilador mecânico (ventilação controlada por pressão) e iniciada sedação. Paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, havendo a necessidade de uso de noradrenalina em altas doses, por bomba de infusão contínua. Também apresentou febre.

Avaliada pela hematologia em 05/03/2014, por suspeita de linfoma de Hodgkin. Colhidas sorologias para hepatites B e C, HIV, VDRL e HTLV. Nesse mesmo dia, encaminhada ao centro cirúrgico para realização de biópsia cervical.

Em 06/03/2014, realizada solicitação de transferência da paciente para UTI de hospital com suporte obstétrico e de cirurgia torácica, além de UTI neonatal, uma vez que o HBDF não dispõe desse tipo de serviço (obstetrícia e neonatologia). Regulada vaga para paciente no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), entretanto a transferência foi suspensa pela gravidade apresentada pela paciente, a qual não possibilitava condições de transporte.

Realizada ecografia gestacional em 07/03/2014, que evidenciou útero gravídico, com feto único, em apresentação cefálica, movimentação ativa e batimentos presentes. Peso estimado: 1100 gramas (mais ou menos 10%). Placenta de inserção normal na parede corporal anterior. Líquido amniótico em quantidade fisiológica. Conclusão: gestação tópica com feto único em torno de 27 semanas (mais ou menos 2 semanas). Avaliada pela obstetrícia do Hos-

pital Materno Infantil de Brasília (HMIB), que deixou os contatos telefônicos para intervenção em caso de emergência; foi solicitada vaga em UTI neonatal para o filho da paciente.

Ainda em 07/03/2014, foram liberados os laudos das biópsias do fragmento pericárdico, líquido pericárdico e massa cervical. Os resultados foram assim descritos: a) fragmento de pericárdio: pericardite crônica leve, sem sinais de neoplasia na amostra analisada; b) líquido pericárdico: positivo para malignidade favorecendo carcinoma pouco diferenciado; c) lesão cervical esquerda: carcinoma, solicitado exame de imuno-histoquímica na tentativa de melhor caracterizar a neoplasia e determinar o sítio primário.

Às 21h20 de 07/03/2014, paciente apresenta parada cardiorrespiratória, sendo realizadas manobras de ressuscitação por 15 minutos, com sucesso. Feito contato com obstetras do HMIB que prontamente compareceram a UTI do HBDF e fizeram nova ecografia gestacional que evidenciou feto vivo. Apesar da prematuridade extrema e condições maternas, foi feita a opção por interromper a gestação, após concordância da família e vaga garantida em UTI neonatal.

Às 01h45 de 08/03/2014, paciente dá entrada no centro cirúrgico para realização de cesariana de emergência. Segundo relato cirúrgico houve extração de feto vivo prematuro, do sexo masculino, cefálico. Retorna a UTI às 02h55 e evolui com nova parada cardiorrespiratória às 07h05, não responsiva às manobras de ressuscitação. O óbito foi constatado às 07h10, pelo plantonista médico da UTI. O RN foi transferido para UTI neonatal, onde evoluiu para o óbito horas depois.

DATA	PRINCIPAIS ACHADOS
01/03/2014	Sinais e sintomas: crescimento de massa cervical e dispnéia progressiva há 4 meses, perda ponderal (10 kg) há 3 meses, tosse e hemoptise leve há 1 mês; nega febre e sudorese. PPD e escarro negativos. Ecocardiograma: derrame pericárdico volumoso, com clínica provável de restrição. Tentativa de pericardiocentese sem sucesso.
02/03/2014	Ecocardiograma: derrame pericárdico importante, com sinais de restrição cardíaca. Tomografia de tórax: massa mediastinal paraórtica esquerda, com desvio das estruturas mediastinais para a direita. Encaminhada ao CC para realização de pericardiocentese com janela pericárdica e realização de biópsia de massa mediastinal; também foi realizada broncoscopia que não evidenciou anormalidades.
03/03/2014	Avaliação da ginecologia: início de corticóide venoso para maturação fetal. Tomografia cervical e de tórax: massa para-aórtica esquerda e para-caval superior direita, além de massa infraclavicular esquerda, com comprometimento de grandes vasos.
04/03/2014	Intubação orotraqueal guiada por broncoscopia após hemoptise volumosa. Instabilidade hemodinâmica com uso de drogas vasoativas em altas doses (noradrenalina).
05/03/2014	Avaliação da hematologia: suspeita de Linfoma de Hodgkin. Coleta de sorologias. Encaminhada ao CC para realização de biópsia de massa cervical.
07/03/2014	Avaliação da obstetria do HMIB para possível intervenção cirúrgica de emergência. Ecografia gestacional: gestação tópica com feto único em torno de 27 semanas (mais ou menos 2 semanas). Laudos das biópsias: a) fragmento pericárdico: pericardite leve, sem sinais de malignidade; b) líquido pericárdico: positivo para malignidade, carcinoma pouco diferenciado; c) lesão cervical esquerda: carcinoma. Solicitado exame de imuno-histoquímica para caracterizar neoplasia e definir sítio primário. Apresenta PCR revertida após manobras de ressuscitação. Optado por interromper a gestação.
08/03/2014	Encaminhada ao CC para realização de cesariana de emergência, com extração de feto vivo prematuro, do sexo masculino, com apresentação cefálica. Apresenta nova PCR não responsiva às manobras de ressuscitação, evoluindo ao óbito. RN transferido para UTI Neonatal, entretanto evolui ao óbito posteriormente.

*Siglas utilizadas: PPD (teste tuberculínico); CC (centro cirúrgico); HMIB (Hospital Materno Infantil de Brasília); PCR (parada cardiorrespiratória); RN (recém nascido); UTI (Unidade de Terapia Intensiva)

DISCUSSÃO

O período gestacional representa um modelo único na natureza. As modificações hemodinâmicas e cardíacas que ocorrem durante a gestação guardam íntima relação com o resultado perinatal¹.

Os níveis elevados de progesterona durante a gravidez estimulam o centro respiratório, contribuindo para inspirações mais profundas. O volume residual e o volume de reserva expiratória estão diminuídos em cerca de 200 a 300 mL, respectivamente, contribuindo também

para a diminuição da capacidade funcional residual em aproximadamente 500 ml. A dispnéia verificada na gravidez é atribuída à hiperventilação alveolar, à maior necessidade de eliminar o gás carbônico (CO₂) e também às alterações anatômicas verificadas ao nível do tórax⁵. No presente caso, a paciente evoluiu com dispnéia progressiva, sintoma característico de inúmeras patologias respiratórias, entre elas, o tumor de mediastino, entretanto também se configura como uma alteração fisiológica da gestação; o que pode ter contribuído para o retardo da investigação diagnóstica da neoplasia.

As alterações mecânicas, bioquímicas e imunológicas que ocorrem na gravidez podem conduzir ao desencadeamento ou à exacerbação de patologias respiratórias, tornando-as mais frequentes nesta população específica. A prevalência de grávidas internadas nas unidades de cuidados intensivos varia entre 100 a 900 por 100.000 gestações. Assim, é crucial a identificação de patologia concomitante, se houver dispnéia associada a outra sintomatologia⁵.

Além de dispnéia progressiva, inclusive aos pequenos esforços, a paciente apresentou tosse e hemoptise leve, associados à perda ponderal importante. A pneumonia determina uma importante diminuição da capacidade ventilatória, o que é mal tolerada pela grávida. Está ocasionalmente associada a significativa morbidade materno-fetal (insuficiência respiratória, hospitalização, baixo peso ao nascer e prematuridade). A mortalidade materna situa-se perto de 2% e a perinatal de 2,2%. As imunodeficiências, o uso de corticóides sistêmicos, a anemia, a asma brônquica e os fármacos tocolíticos são os fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento da pneumonia. Os dados existentes em relação às pneumonias na gravidez mostram que o diagnóstico e a terapêutica não diferem muito entre a grávida e a não grávida, com a ressalva da análise risco/benefício de algumas terapêuticas antimicrobianas. A radiografia de tórax com proteção abdominal é imprescindível na suspeita de pneumonia^{5,6}.

Numerosas publicações mostram os riscos associados às radiações ionizantes (uso diagnóstico ou terapêutico) ao embrião e ao feto, os efeitos das mutações nos genes, a dose teratogênica e carcinogênica dependente, a natureza do tratamento e sua relação com o estágio gestacional. Médicos e pacientes temem a irradiação do feto, o que muitas vezes leva a atrasos no diagnóstico. O exame mais seguro é a utilização de ultrassom, sendo que a irradiação causada por uma radiografia de tórax padrão é mínima. O risco teratogênico é considerado insignificante para a ressonância magnética, entretanto alguns autores aconselham cautela no primeiro trimestre. A tomografia computadorizada utiliza radiação variável dependendo da área avaliada; no entanto continua abaixo dos níveis de exposição à teratogenicidade. Em todos os casos, deve ser realizada a proteção mecânica com avental de chumbo⁷.

A incidência de câncer, de todos os tipos, na gravidez é baixa, estimada em 1/1000 gravidezes. Os tipos mais comuns são o câncer do colo de útero, mama, hematológicos (linfoma e leucemia) e melanoma; raramente são observados câncer de cólon. Segundo Marcos (2007), aproximadamente 1 em 1.000 - 1.500 gravidezes é complicada por neoplasia maligna materna, sendo esta responsável por um terço da mortalidade materna^{5,7}.

O mediastino é uma importante subdivisão da cavidade torácica que se encontra entre as cavidades pleurais, e é sítio de uma grande variedade de tumores histologicamente diferentes. Quanto à sintomatologia das neoplasias mediastinais, os sinais e sintomas mais frequentes são: dor torácica, tosse, dispnéia, febre e arrepios. Outros achados são: perda de peso, disfagia, dor de forte intensidade nas extremidades superiores por invasão do plexo braquial, síndrome de Horner (ptose, anidrose e midríase) por infiltração dos nervos simpáticos cervicais, edema cervical e turgência jugular, debilidade generalizada com ptose palpebral por miastenia gravis associada a timomas. A presença de sintomas parece ser um fator preditivo de malignidade^{3,4}. Neste estudo, observou-se a presença de sinais e sintomas característicos descritos na literatura, como tosse, dispnéia, perda de peso, além do crescimento de massa palpável em região cervical.

As massas mediastínicas são geralmente detectadas em radiografias simples de tórax. A avaliação diagnóstica inclui a história clínica, o exame físico, os exames laboratoriais e uma tomografia computadorizada de tórax. Esta última fornece informação sobre a localização anatômica, a extensão da lesão e a densidade tecidual. A ecocardiografia é fundamentalmente utilizada no estudo dos doentes com sinais de compressão cardíaca. É importante nas neoplasias de mediastino um diagnóstico precoce, que permita selecionar a estratégia terapêutica mais adequada, a qual permita um tratamento ideal dos pacientes afetados por essas neoplasias⁴.

Apesar dos timomas apresentarem-se como o tipo mais frequente de neoplasia mediastinal, os linfomas também apresentam uma incidência significativa. Os gânglios linfáticos mediastinais podem estar comprometidos nos

pacientes com linfoma; no entanto, o linfoma de Hodgkin e o linfoma não Hodgkin podem originar-se como neoplasias primárias do mediastino. A cirurgia nessas neoplasias limita-se a diagnosticar o tipo histológico do linfoma e não se recomenda a ablação cirúrgica do tumor, pois observa-se uma boa resposta à quimioterapia³. Apesar de no caso em questão, não ter havido tempo hábil para a definição do diagnóstico por imuno-histoquímica para guiar uma terapêutica; a suspeição era de linfoma de Hodgkin e a malignidade já havia sido confirmada nas biópsias realizadas,

Quanto ao tratamento, devido à escassez de estudos prospectivos sobre o câncer na gestação, não há uma recomendação específica. A decisão deve ser tomada por uma equipe multidisciplinar composta por oncologista, obstetra, cirurgião e pediatra, a fim de que a mãe seja tratada sem que haja comprometimento da criança. Ademais, a decisão sobre a terapêutica a ser adotada deve englobar a paciente e sua fa-

mília e considerar a idade gestacional, a natureza e estágio do câncer, as opções de tratamento, incluindo considerações psicológicas e, em alguns casos, religiosas⁷.

Apesar do rápido diagnóstico da neoplasia mediastinal durante a internação da paciente na UTI, os sintomas referidos pela mesma já tinham duração de 4 meses, o que pode ter contribuído para que a evolução clínica e o desfecho apresentado pela paciente e seu filho não fossem favoráveis. Apesar da escassa literatura sobre neoplasias no período gestacional, principalmente as neoplasias mediastinais, salienta-se a necessidade de acompanhamento regular ao pré-natal, maior acesso das mulheres ao sistema de saúde e a investigação criteriosa dos sinais e sintomas apresentados pela gestante, a fim de diferenciá-los das alterações gravídicas características e realizar um diagnóstico precoce e tratamento ideal para que a mãe e o feto possam ser preservados.

REFERÊNCIAS

1. Borges VTM, Matsubara BB, Peraçoli JC, Calderon IMP, Abbade JF, Rudge MVC. Influência das alterações hemodinâmicas maternas sobre o desenvolvimento fetal. *RBGO*. 2001; 23(3): 147-151.
2. Lee YYC, Roberts CL, Young J, Dobbins T. Using hospital discharge data to identify incident pregnancy-associated cancers: a validation study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13:37.
3. Toro FG, Morales D, Hernández YAG. Evaluación, diagnóstico y tratamiento quirúrgico: de las neoplasias del mediastino. *Rev. venez. oncol*. 2006; 18(1). Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acessado em 14/mai/2014.
4. Bastos P, Magalhães A, Fernandes G, Cruz MR, Saleiro S, Gonçalves L, et al. Cistos e tumores primários do mediastino. *Rev Port Pneumol*. 2007; XIII(5): 659-73.
5. Marcos IACG. Pulmão e gravidez. *Rev Port de Pneumol*. 2007; XIII(2): 213-38.
6. Pereira AC, Jesús NR, Lage LV, Levy RA. Imunidade na Gestação Normal e na Paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). *Rev Bras Reumatol*. 2005; 45(3): 134-40.
7. Kerjouan M, Jouneau S, Corre R, Le Ho H, Pracht M, Léna H, et al. Le cancer bronchique de la femme enceinte: prise en charge diagnostique et thérapeutique en 2012. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2013; 30: 125-36.

