

CASO CLÍNICO

HEMORRAGIA ESPONTÂNEA EM QUISTO TIROIDEU - CASO CLÍNICO

THYROID CYST SPONTANEOUS HEMORRHAGE - CASE REPORT

Carla d'Espiney Amaro, Sara Viana Baptista, José Croca, Paulo Vera Cruz

RESUMO:

As tumefacções cervicais quísticas têm comportamento e prognóstico que variam consoante a sua origem, tempo de evolução, natureza e dimensões. Deve-se excluir as metástases considerando como prováveis sedes de neoplasia as estruturas da faringe, laringe, tireoide, paratiroides, pulmões e glândulas salivares.

Qualquer tumefacção nos espaços retro ou parafaríngeo pode ocasionar obstrução do tracto digestivo superior ou compressão traqueal.

A hemorragia, devido à sua evolução rápida, pode comprometer a vida do doente.

Casos de hemorragia espontânea em quistos tiroideus são raros.

Os autores apresentam o caso clínico de uma jovem com instalação súbita de tumefacção cervical indolor condicionando dispneia, em relação com nódulo da tireoide exclusivamente quístico, de conteúdo sero-hemático, bem como o tratamento instituído.

Neste trabalho apresenta-se uma retrospectiva dos casos de massas cervicais que ocorreram no Hospital da Marinha (HM) nos anos de 2001 a 2005 não havendo registos de hematomas tiroideus neste período.

PALAVRAS CHAVE: Quistos; Tireoide; Hemorragia.

SUMMARY:

The cervical cysts have a behaviour and prognostic that vary according to its source, time of evolution, nature and dimensions.

One should consider metastasis of pharyngeal, laryngeal, thyroid, parathyroid, lungs and salivary glands neoplasms.

Any swelling in retro and parapharyngeal spaces can cause digestive and airway compromise.

Thyroid cysts spontaneous haematomas cases are rare.

The authors describe a case report of a young woman with a sudden set of painless cervical tumefaction causing dyspnea, related to a thyroid node which is exclusively cystic, with sero-hemathic filling, as well as the applied treatment.

In this work it is presented a retrospective of cervical masses cases that occured in the Navy Hospital from 2001 to 2005.

There were no records of thyroid haematomas within this period.

KEY WORDS: Cysts; thyroid; Hemorrhage.

Carla d'Espiney Amaro

Rua Ilha Graciosa, 211 - 2º Frente

Urbanização Belavista - 2775-803 Sassoeiros

Telf.: 914 777 966

E-mail:dicacarla@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O aparecimento súbito de uma tumefacção latero-cervical volumosa desperta algum cuidado devido ao compromisso respiratório que possa implicar.

As de natureza hemorrágica, por sua vez, pela sua evolução rápida, são de risco conside-

rável o que muitas vezes exigem intervenção cirúrgica para alívio da dispneia^{1,2,3,4}.

Tendo em conta a anatomia cervical, diversas patologias benignas ou malignas podem estar envolvidas nestes casos.

Apresentamos neste trabalho um caso de hematoma espontâneo em quisto tiroideu sem factor desencadeante identificado.

CASO CLÍNICO

S.R.F.S, 21 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, natural de Lisboa e residente no Seixal.

Em Setembro de 2004 recorreu ao Serviço de Urgência de um hospital distrital por instalação súbita e indolor de tumefacção latero-cervical esquerda com 4 dias de evolução.

Segundo a doente, ocorreu durante a noite e não se registou história de traumatismo.

Concomitantemente referia dispneia de esforço e taquicardia não quantificada.

Na altura foi feita ecografia que revelou "...coleção líquida paratraqueal esquerda em contacto com tecido lobal esquerdo, o qual mede cerca de 7.2cm x 4.4cm... pequena lesão sólida parietal intraquística com cerca de 1.5cmx1.25cm".

Foi-lhe proposto internamento que a doente recusou.

No dia seguinte recorreu ao Serviço de Otorrinolaringologia (ORL) do HM.

À entrada apresentava volumosa massa cervical esquerda, não pulsátil, com as dimensões de 8x5 cm, móvel com a deglutição (fig.1,2).

Por apresentar dispneia foi internada tendo sido efectuada punção aspirativa com obtenção de líquido serohemático (fig.3).

Negava qualquer outra queixa nomeadamente do foro ORL ou sugestive de patologia tiroideia.

Tinha hábitos tabágicos de 10 cigarros por dia desde os 12 anos de idade e tinha como medicação habitual um anticonceptivo oral.

Estava hemodinamicamente estável, sem outras alterações nomeadamente a nível da orofaringe.

Foi proposto e aceite internamento imediato.

Foi efectuada tomografia axial computadorizada (TC) da região cervical (fig.4,5) que revelou "...lesão ocupando espaço de natureza quística de lobo tiroideu esquerdo, medindo 4.69 por 5.25 cm que apresenta nódulo parietal intraquístico, sólido com cerca de 0.95 cm hipervascular.



FIGURA 1: HEMATOMA CERVICAL: VISÃO DE FRENTE.



FIGURA 2: HEMATOMA CERVICAL. VISTA DE PERFIL.

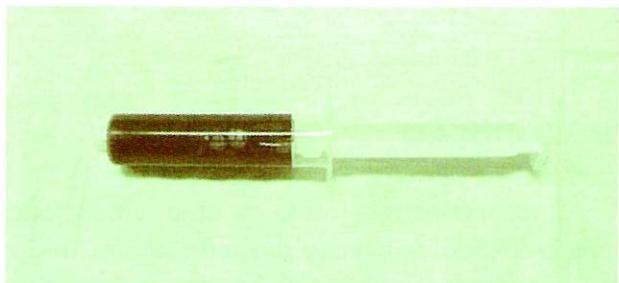
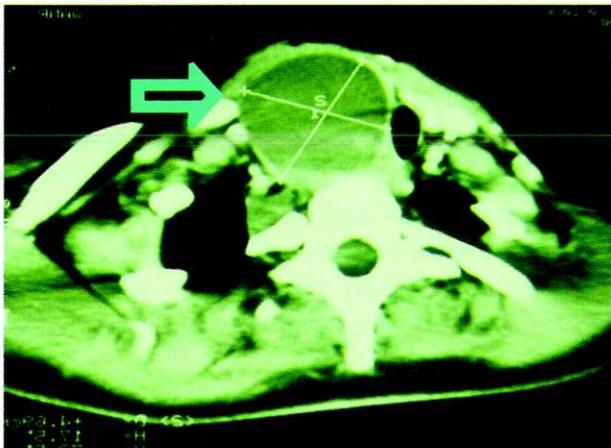


FIGURA 3: PUNÇÃO ASPIRATIVA DO HEMATOMA CONTENDO LÍQUIDO HEMÁTICO.

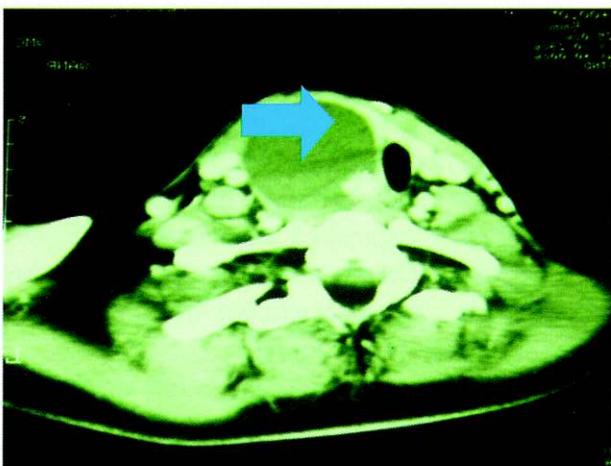
Aspectos compatíveis com neoplasia quística da tiroide. Condiciona moldagem e empurramento das estruturas e órgãos adjacentes, nomeadamente a traqueia..."



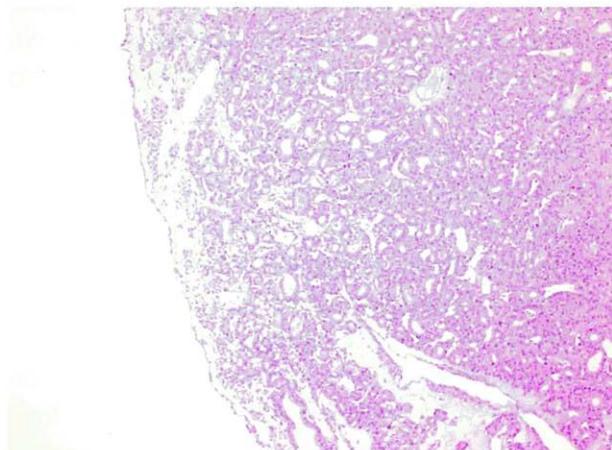
**FIGURA 4: TAC DO PESCOÇO
- HEMATOMA TIROIDEU: SETA AZUL.**



**FIGURA 6: EXAME HISTOLÓGICO,
COLORAÇÃO HEMATOXILINA-EOSINA,
AMPLIAÇÃO 40X DE PAREDE DE QUISTO TIROIDEU;
HEMÁCIAS REFERENCIADAS POR SETA AZUL.**



**FIGURA 5: TAC DO PESCOÇO
- SETA AZUL NÓDULO INTRAQUÍSTICO.**



**FIGURA 7: EXAME HISTOLÓGICO,
COLORAÇÃO HEMATOXILINA-EOSINA,
AMPLIAÇÃO 40X DE PAREDE DO QUISTO TIROIDEU.**

Laboratorialmente fez-se pesquisa de função tiroideia, estudo da coagulação, bioquímica e hemograma não havendo registo de alterações.

Passados 2 meses, sem intercorrências procedeu-se a hemitiroidectomia esquerda com excisão do quisto tiroideu.

O estudo anatomo patológico revelou nódulo quase exclusivamente quístico de hiperplasia folicular da tiróide (bócio colóide), não tendo sido documentado tecido neoplásico (fig.6,7).

DISCUSSÃO

Durante a pesquisa que se efectuou para esclarecimento deste caso verificou-se que a hemorragia espontânea em quisto tiroideu é rara³.

Aliás, a maior parte das massas quísticas hemorrágicas cervicais ocorre no contexto de outras situações clínicas.

Bloom et al¹ descreve um caso de aparecimento súbito de hematoma retrofaríngeo espontâneo em consequência de tosse, numa doente a fazer anticoagulação oral.

A doente apresentava um hematoma volumoso que envolvia as paredes posterior e lateral da faringe, bem como uvúla e palato mole.

Laboratorialmente salientava-se um INR de 5.4 sendo referido que INR acima de 4.5 implica um aumento de risco hemorrágico, sem aumento de eficácia terapêutica na prevenção de tromboembolismo.

Kette et al⁴ considera a terapêutica anti-agregante como factor predisponente de hemorragia nos tecidos perifaríngeo e perilaríngeo num homem de 67 anos de idade após queda accidental.

Outras patologias foram identificadas como factores desencadeantes de hematomas cervicais espontâneos nos trabalhos de DiFrancesco et al⁵.

Destas constam a Policitema Vera e as discrasias hemorrágicas no contexto de Hipertensão Portal por Schistosomíase.

Existem ainda outras situações como as neoplásicas, responsáveis pelo aparecimento súbito destas lesões, considerando-se não só no carcinoma tiroideu quando se complica por hemorragia (por vezes incontrolável e fatal), mas também linfomas⁶ e carcinoma de células acinares⁶.

Estão também descritos outros casos envolvidos em hematomas cervicais como os aneurismas^{3,7}, trauma cirúrgico ou mesmo trauma de coluna cervical^{3,5,6} e abscessos retro ou parafaríngeos^{5,8}.

Num doente com hematoma retrofaríngeo identificou-se infecção por Epstein-Barr⁹ como factor etiológico, em que para além da disfunção hepática provocada pelo vírus ocorreu também uma trombocitopenia por supressão medular directa.

De acordo com Schroder et al¹⁰, nem sempre é possível identificar a causa do hematoma espontâneo em que dos três doentes relatados, dois ficaram sem diagnóstico etiológico.

De entre os hematomas cervicais espontâneos, as formações quísticas podem ter origem noutros órgãos que não a tiróide.

Entre eles constam, as paratiroides¹¹, as glândulas salivares¹² e os quistos broncogénicos¹³, sendo estes raros mas possíveis em adultos¹⁴.

Deve excluir-se sempre o carácter maligno dos quistos cervicais não só como sede primária de neoplasia mas também por lesão metastática de outro órgão^{12,15}.

Chung-Feng Hwang et al¹⁶ descreve um caso clínico de quisto cervical de longa data sem outras queixas significativas, tendo-se verificado ao fim de 14 anos de evolução tratar-se de uma metástase quística de carcinoma tiroideu oculto.

Torna-se por vezes difícil estabelecer o diagnóstico diferencial entre quisto branquial e metástase quística solitária de carcinoma papilar tiroideu oculto¹⁶.

Imagiologicamente as semelhanças são múltiplas pelo que o diagnóstico definitivo só é possível por meio de exame histológico.

A punção aspirativa revela-se em alguns casos pouco eficaz na detecção de células neoplásicas em neoformações que mais tarde se confirmam serem malignas¹⁵.

Apesar de este exame ter cerca de 1% de falsos positivos e 3% de falsos negativos, só se pode terminar tranquilamente a investigação diagnóstica com punção aspirativa se esta for positiva.

Caso contrário será sempre necessária a realização de biópsia.

Em 2002 foi publicado um artigo³ de revisão de registos clínicos de hemorragias retro e parafaríngeas não traumáticas entre 1966 e 1999, em que se concluí que o caso então descrito seria o primeiro de hemorragia espontânea em quisto tiroideu.

A doente apresentava função tiroideia normal e não tinha qualquer outra patologia associada.

Referia dispneia e disfagia e apresentava uma tumefacção laterocervical esquerda com edema da uvúla e porção posterior do palato mole.

Os autores explicam este fenómeno pela passagem de sangue pelo "gap" natural da parede faríngea acima do músculo constrictor superior da faringe à esquerda.

De facto a existência de espaços comunicantes nos planos superficiais permite o desenvolvimento de lesões volumosas que podem comprometer a integridade das vias aérea e digestiva por compressão^{2,3,5,8}.

Por outro lado é possível suspeitar-se de localização retrofaríngea do hematoma pela tríade diagnóstica de compressão traqueal e esofágica, deslocamento traqueal ventral em radiografia de perfil do pescoço e aparecimento de equimose subsequente cervical e torácica^{8,9}.

Quanto ao tratamento das hemorragias cervicais o procedimento inicial centra-se na manutenção da via aérea.

Alguns autores preferem adoptar uma atitude conservadora instituindo antibioterapia profilática, vitamina K e corticóides, tendo sido verificada resolução do hematoma em 2 a 4 semanas^{1,2,3,5}.

Numa revisão efectuada em doentes com hematomas cervicais, cerca de 80% dos doentes apresentavam compromisso da via aérea e desses, 57% responderam bem à terapêutica conservadora.

Quando o compromisso da via aérea é de tal forma significativo que seja necessário intervenção invasiva, opta-se por vezes pela traqueotomia de modo a evitar possível rotura do he-

matoma e eventual aspiração pela intubação orotraqueal^{3,5,8}.

No HM após revisão dos processos clínicos de 2001 a 2005, constatou-se a existência de vinte e dois casos de massa cervicais, sete dos quais correspondiam a bócios multinodular e três a bócios folicular. No entanto, não houve registo de nenhuma hemorragia cervical.

Na tabela I faz-se uma breve exposição desses casos.

CONCLUSÃO

Seja qual for a etiologia do hematoma cervical o procedimento inicial deve ser a manutenção da via aérea.

No caso descrito foi necessário intervir de modo a aliviar a dispneia que o hematoma já estava a provocar.

Apesar dos vários meios imagiológicos e laboratoriais usados foi necessário o estudo anatomopatológico para obter um diagnóstico definitivo de bocio colóide.

O carácter maligno da lesão tinha de ser excluído por esta via, o que determinou a intervenção cirúrgica.

Com base na pesquisa bibliográfica e de medline efectuada e na avaliação de processos clínicos no nosso hospital, concluímos tratar-se de uma patologia rara, sendo dos poucos casos descritos de hemorragia espontânea em quisto tiroideu benigno.

Idade	Sexo	Manifestações	Diagnóstico
53	Feminino	Tumefacção face anterior do pescoço.	Bócio multinodular eutiroideu
52	Feminino	Tumefacção cervical com compressão de via aérea	Bócio multinodular hipofuncionante (Tiroidite de Hashimoto)
51	Feminino	Massa cervical anterior	Bócio multinodular eutiroideu
50	Masculino	Massa face anterocervical esquerda	Tumor de glândula salivar acessória esquerda
30	Feminino	Massa cervical compressiva de predomínio direito	Bócio nodular à direita hipofuncionante
70	Feminino	Massa cervical de longa evolução	Bócio multinodular
82	Masculino	Gânglios múltiplos cervicais	Melanoma metastizado
49	Masculino	Adenopatias cervicais bilaterais de maiores dimensões infraparotídeas à direita	Melanoma metastizado
22	Masculino	Adenopatias cervicais direitas	Linfadenite inespecífica
37	Feminino	Massa cervical	Bócio multinodular eutiroideu
63	Feminino	Massa cervical esquerda	Bócio com nódulo folicular à esquerda
67	Masculino	Disfagia e adenopatias cervicais à esquerda	Neoformação do seio piriforme esquerdo
41	Masculino	Adenopatias na cadeia jugulocarotídea direita	Linfadenite reactiva
34	Masculino	Nódulo tiroideu	Tumor de células de Hürttle
66	Feminino	Massa cervical anterior	Bócio multinodular eutiroideu
41	Masculino	Adenopatias múltiplas bilaterais	Metástases de carcinoma indiferenciado
72	Masculino	Dispneia, disfagia e massa tiroideia esquerda	Bócio lobo esquerdo
44	Masculino	Massa tiroideia esquerda, dispneia	Bócio nodular hipofuncionante
38	Masculino	Massa tiroideia direita	Bócio com nódulo folicular direito eutiroideu
50	Feminino	Lesão supurativa cervical esquerda	Sialoadenite crónica
38	Masculino	Dor e tumefacção na região cervical posterior direita	Schwannoma
71	Feminino	Massa submaxilar direita dolorosa à palpação	Carcinoma da glândula submaxilar

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bloom D, Haegen T, Keefe M. Anticoagulation and spontaneous retropharyngeal hematoma. *The Journal of Emergency Medicine* 2003; 24: 389-394
- 2 Genovesi M, Simmons D. Airway obstruction due to spontaneous Retropharyngeal hemorrhage. *Chest* 1975; 68: 840-842
- 3 Paleri V, Maroju R, Ali M. Spontaneous retro-and parapharyngeal haematoma caused by intrathyroid bleed. *J Laryngol & Otol* 2002; 116: 854-858
- 4 Kette F, Mergoni P, Girardis M. Delayed upper airway obstruction following a retropharyngeal haematoma after minor head trauma. *European Journal of Emergency Medicine* 2000; 7: 301-303
- 5 DiFrancesco R, Escamilla J, Sennes L. Spontaneous cervical hematoma: a report of two cases. *Ear, Nose & Throat J* 1999; 78: 168-175
- 6 Yung Yih W, Stewart J, Kratochvil J. Angiocentric T-cell lymphoma presenting as midface destructive lesion: case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Radiol Endod* 2002; 94: 353-60
- 7 Suh S, Seol H, Kim T. Acinic cell carcinoma of the head and neck. *J Comput Assist Tomogr* 2005; 29: 121-126
- 8 Chin K, Sercaz J, Wang M. Spontaneous cervical hemorrhage with near-complete airway obstruction. *Head & Neck* 1998; 20: 350-353
- 9 Jones T, Owen G, Morar P. Spontaneous retropharyngeal haematoma attributable to Epstein-Barr virus infection. *J Laryngol & Otol* 1996; 110: 1075-1077
- 10 Schroder K, Mair I. Spontaneous haematoma in the head and neck. *J Laryngol Otol* 1978; 92: 215-21
- 11 Colindres L, Rodriguez M, Casado G. Quiste paratiroideo: diagnóstico diferencial de tumoración cervical. *An Pediatr* 2003; 28: 188-190
- 12 Cinberg J, Silver C, Molnar J. Cervical cysts: cancer until proven otherwise. *Laryngoscope* 1982; 92: 27-30
- 13 Majlis S, Horvath E, Castro L. Quiste broncogénico cervical anterior, simulando lesión tiroidea. Caso clínico. *Rev Med Chile* 1999; 127:
- 14 Newkirk K, Krowiak E, Tassler A. Bronchogenic cysts of the neck in adults. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004; 113: 691-695
- 15 Hwang C, Wu C, Su C. A long-standing cystic lymph node metastasis from occult thyroid carcinoma-report of a case. *J Laryngol & Otol* 1992; 106: 932-937
- 16 Nakagawa T, Takashima T, Tomiyama K. Differential diagnosis of a lateral cervical cyst and solitary cystic lymph node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma. *J Laryngol & Otol* 2001; 115: 240-242