

## EPIDEMIOLOGIA

### PROCESSO INVESTIGATIVO: POSSÍVEL TUMOR PRIMÁRIO DE TIREOIDE SOB MASSA CÉRVICO-TORÁCICA INFILTRANTE EM VIA AÉREA EM PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Andrea Almeida Zamorano<sup>1</sup>.

DOI: 10.47094/ICOBRAFIMES.2024/RE/40

**PALAVRAS-CHAVE:** Broncopatia inflamatória. Linfonodomegalias. Obstrução tumoral.

**ÁREA TEMÁTICA:** Epidemiologia.

#### INTRODUÇÃO

Paciente, 79 anos, HAS, DM 2, não insulino-requerente com diagnóstico há 2 anos com quadro de dispneia súbita ao acordar no dia 26/04/23. Ao procurar o serviço de emergência, foi identificado hipoxemia (SPO<sub>2</sub> 75% em AA). Foi realizado TR para COVID-19, com resultado não reagente, além de exames laboratoriais que mostraram leucocitose e elevação do PCR e radiografia do tórax, evidenciando infiltrados bilaterais.

Na admissão, paciente encontrava-se eupneica em ar ambiente. Durante anamnese, referiu história de disfagia para sólidos que se iniciou aproximadamente há 06 meses, por vezes com dificuldade para ingestão de líquido, além de episódios matinais de dispneia ao acordar, iniciada aproximadamente há 02 meses. Negava tosse, dor torácica, sintomas gripais, palpitações ou quaisquer outros sintomas. Ao exame clínico, apresentava-se com tireoide aumentada de tamanho com nódulo cervical à esquerda, sendo então solicitada USG de tireoide: Dimensões aumentadas em lobo esquerdo, alteração textural difusa hipocóica com alguns focos de macrocalcificação, não configurando nódulos, mas parecendo processo infiltrativo. No terço superior do lobo esquerdo há nódulo nódulo, hiperecótico, medindo 1,6 cm (ACR-TIRADS 3).

Solicitado também, TAC de tórax: Formação expansiva em região cervical esquerda, medindo 9.7 x 6.9 x 6.9 cm, deslocando a traqueia para a direita, com sinais de envolvimento da veia jugular esquerda, lobo tireoidiano esquerdo, esôfago, traqueia, adentrando mediastino anterior envolvendo o tronco braquiocéfálico e o aspecto superior do arco da aorta em menos de 180 graus, de etiologia indeterminada, devendo corresponder a lesão de natureza neoplásica. Foi realizada biópsia de lesão no dia 13/06/23 que posteriormente foi inconclusiva. Chegou à unidade de origem com taquidispneia e dessaturação necessitando de uso O<sub>2</sub> 2L/min. E optado por iniciar Ceftriaxona + Azitromicina por hipótese de quadro infeccioso. Evoluiu com melhoras do padrão respiratório, saturando 97% em AA. Sem dispneia. Diante de leucocitose com EAS infeccioso e internamento recente, optado por

iniciar Tazocin em 21/06/23. Paciente evoluiu com desconforto respiratório em enfermaria de clínica médica com relato de estridor, sem reversão com medidas clínicas. Solicitada avaliação da CG de urgência visto provável causa do quadro de obstrução tumoral, sendo procedida IOT sem intercorrências por broncoscopia em bloco e, em seguida, realizada traqueostomia com necessidade de percurso transtumoral, por achado de massa cervical infiltrante com oclusão >90% do lúmen de via aérea. Encaminhada para pós-operatório em leito de UTI no dia 26/06/23 após procedimento. Em leito de UTI evoluiu com estabilidade clínica e hemodinâmica e foi readmitida na enfermaria no dia 28/06/23 para continuidade dos cuidados.

Dado seguimento à investigação de massa cérvico-torácica, tentado vínculo com serviço de oncologia para seguimento do tratamento e diagnóstico para avaliação de proposta para a paciente visto gravidade do quadro. Em enfermaria, paciente apresentava-se sempre com difícil controle de secreção, com melhora após trabalho de reabilitação com fonoaudiologia e fisioterapia. No dia 12/08/23, apresentava-se taquidispneica, com retração intercostal e sibilos à ausculta, porém sem dessaturação. Foi solicitado transferência para sala vermelha, prescritos medidas para broncoespasmo com broncodilatador, hidrocortisona e sulfato de magnésio e realizada aspiração de traqueóstomo, sem presença de rolha ou aspecto de secreção. Após as medidas instituídas, a paciente seguiu taquidispneica evoluindo com dessaturação, feito adrenalina (0,5 ml) IM e acionado CG do plantão para troca de TQT metálico para o TQT de Shiley. Feito sedação com Fentanil e Quetamina, realizado troca do TQT com Bougie para guiar trajeto para um Shiley Nº 7,5. Saturação mínima de 47% e depois oxímetro não conseguiu aferição. Após ventilação com dispositivo bolsa-válvula-máscara paciente aumenta saturação progressivamente. Posteriormente, conectada a VM bem adaptada. Nesse contexto, foi solicitada TC de tórax e região cervical para avaliar progressão de doença e resgatada urocultura 07/08 + *Klebsiella pneumoniae* sensível a Piperacilina + Tazobactam e Amicacina. Paciente seguiu internada para reabilitação e tratamento de ITU nosocomial sem novas intercorrências e aguardando consulta com oncologista para seguimento do quadro de provável etiologia oncológica. Em 23/08/23, após consulta no Hospital do Câncer de Pernambuco - HCP, onde foi avaliada por cirurgião de cabeça e pescoço, evoluiu com episódio de taquidispneia e dessaturação importante refratário a medidas clínicas por hipótese de broncoespasmo. Optado por equipe de plantão por realizar troca por traqueóstomo convencional para conexão a AVM. Após sedoanalgesia, paciente evoluiu com PCR em assistolia durante o procedimento, com retorno após 1 ciclo de RCP, sendo admitida novamente em UTI já consciente, em AVM bem adaptada e em uso de Nora ML/H. Em UTI evoluiu clinicamente bem, sem necessidade de suporte ventilatório, estável clínica e hemodinamicamente, sendo readmitida em enfermaria de clínica médica para continuidade de cuidados. Apresentava difícil controle de secreção e dessaturações importantes. Durante internamento resgatada cultura de secreção traqueal com presença de *Pseudomonas aeruginosa* e optado por iniciar tratamento para auxílio de controle de secreção com Meropenem por 7 dias. Após tratamento, paciente evoluiu sem

novas intercorrências e tolerando desmame de uso de broncodilatadores.

Durante internamento, paciente manteve-se estável clínica e hemodinamicamente, sendo reiniciada Metformina 850 mg a cada 12/12h para manejo de DM 2, além de iniciado terapia anti-hipertensiva com Losartana 50 mg/dia, posteriormente otomizada para 100 mg/dia devido picos hipertensivos. Dieta pastosa VO com boa aceitação, encontrando-se assintomática e sem novos episódios dispnéicos e/ou disfágicos para seguimento ambulatorial. Em 15/09/23 foi realizada nova troca de dispositivo para traqueóstomo de dupla cânula, sem intercorrências durante e após procedimento, apresentando-se bem, negando desconforto respiratório, sem queixas.

## **OBJETIVO**

Fornecer insights valiosos para a prática e estudo clínicos através das citologias inconclusivas em processo investigativo de possível tumor primário de tireoide sob massa cérvico-torácica infiltrante em via aérea em paciente traqueostomizado.

## **METODOLOGIA**

Inicialmente, foi realizado um estudo de caso e posteriormente, feito uma busca em bases de dados científicos, como PubMed, Scopus, Web of Science, LILACS e BDNF utilizando termos de pesquisas relevantes e cruzamento dos descritores em saúde: “Assistência de Enfermagem”, “Atenção Primária à Saúde” e palavras-chaves acima descritas. Foram considerados artigos publicados em inglês nos últimos dez anos, com foco em relato de caso original, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes de exames laboratoriais. Como definição de critérios claros para inclusão de estudos com extração de dados relevantes, incluindo tipos de intervenção, resultados clínicos e artigos selecionados para confirmar a adequação e a qualidade dos dados. Foram excluídos estudos que não atendiam aos critérios de inclusão, como aqueles ao qual pertencem aos aspectos clínicos ou epidemiológicos de investigação da doença específica.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Lesão expansiva heterogênea irregular com realce ao meio de contraste é visualizada no esôfago cervical/ hipofaringe com extensão longitudinal de 4,0 cm e anteroposterior de 1,9 cm. A lesão tem um componente localmente invasivo, infiltrando o terço posterior do lobo inferior tireoidiano sem planos de clivagem, bem como a parede posterior da traqueia reduzindo seu lúmen de forma importante, posteriormente envolvendo quase que completamente o início do esôfago torácico. A lesão é suspeita de processo neoplásico primária passiva neste estudo histológico. Linfonodos proeminentes cervicais níveis III e IV que apesar de não megálicos são suspeitos pela proximidade com a patologia de

base. Linfonodos pré-traqueias superiores arredondados suspeitos para acometimento secundário. Linfonodos infraclaviculares medindo até 7,0 mm no menor eixo suspeitos. Não há nódulos pulmonares suspeitos. Não há lesões ósseas de características agressivas. Espessamento pleuro-apical. Sinais de broncopatia inflamatória em lobos inferiores. Ateromatose aórtica. Estrias fibroatelectásicas bibasais. Lesão expansiva heterogênea irregular com realce ao meio de contraste é visualizada no esôfago cervical com extensão longitudinal de 6,6 cm e diâmetros transversos de 4,1 x 4,1. Englobando e invadindo a traqueia e topografia subglótica ocasionando estenose, invade também o lobo esquerdo da tireoide, existindo componente que invade o introito torácico em cerca de 1,8 cm. Linfonodomegalias secundárias no nível 4/5 à esquerda com menor diâmetro de até 1,4 cm e também em topografia paratraqueal esquerda no mediastino anterossuperior medindo até 1,9 x 1,9 cm. A lesão tem um componente localmente invasivo, infiltrando o terço posterior do lobo inferior tireoidiano sem planos de clivagem, bem como a parede posterior da traqueia reduzindo seu lúmen de forma importante, posteriormente envolvendo quase que completamente o início do esôfago torácico. Linfonodos proeminentes cervicais níveis III e IV que apesar de não megálicos são suspeitos pela proximidade com a patologia de base. Faixas fibroatelectásicas sequelares no pulmão direito.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo foi baseado em um relato de caso em processo investigativo de possível tumor primário de tireoide através de massa cérvico-torácica infiltrante com oclusão >90% do lúmen de via aérea em paciente traqueostomizado, a fim de determinar natureza histopatológica de lesão expansiva heterogênea irregular. Consequentemente, uma compreensão adequada pode facilitar o diagnóstico preciso, o tratamento ideal e o prognóstico eficaz. O diagnóstico deve ser feito através de biópsia definitiva e uma correlação deve ser estabelecida com base nos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos para um diagnóstico preciso. As considerações finais apontam para a complexidade do campo e direcionam pesquisas futuras.

## **PRINCIPAIS REFERÊNCIAS**

Abe T, Madotto F, Pham T, Nagata I, Uchida M, Tamiya N, Kurahashi K, Bellani G, Laffey JG; LUNG-SAFE Investigators and the ESICM Trials Group. Epidemiology and patterns of tracheostomy practice in patients with acute respiratory distress syndrome in ICUs across 50 countries. *Crit Care*. 2018;22(1):195.

Lim SY, Kwack WG, Kim Y, Lee YJ, Park JS, Yoon HI, et al. Comparison of outcomes between vertical and transverse skin incisions in percutaneous tracheostomy for critically ill patients: a retrospective cohort study. *Crit Care*. 2018;22(1):246.

Saritaş A, Kurnaz MM. Comparison of bronchoscopy-guided and real-time ultrasound-

guided percutaneous dilatational tracheostomy: safety, complications, and effectiveness in critically ill patients. J Intensive Care Med. 2019;34(3):191-6.