



Ressecção por cervicotomia de bócio mergulhante em paciente candidata a abordagem subesternal

Ana Cristina Alves Candido¹; Deyves Jose Freitas²; Larissa Prado Ferreira³; André de Oliveira Alves⁴

Como Citar:

CANDIDO, Ana Cristina Alves; FREITAS, Deyves José; FERREIRA, Larissa Prado et al. Ressecção por cervicotomia de bócio mergulhante em paciente candidata a abordagem subesternal. Revista Sociedade Científica, vol.8, n. 1, p.541-547, 2025. <https://doi.org/10.61411/rsc2025101018>

DOI: [10.61411/rsc2025101018](https://doi.org/10.61411/rsc2025101018)

Área do conhecimento: Ciências da Saúde.

Palavras-chaves: Tireoide; Bócio subesternal; Abordagem cirúrgica; Cervicotomia.

Publicado: 14 de fevereiro de 2025.

Abstract

O bócio subesternal refere-se à presença de tecido tireoidiano na cavidade torácica, decorrente do aumento da glândula ultrapassando a entrada torácica. Na maioria dos casos de bócio subesternal a condição é benigna, todavia, existe a chance de a condição evoluir para malignidade. Este estudo tem o objetivo de relatar o caso de paciente submetido a cervicotomia de bócio subesternal, mesmo após indicação de abordagem via esternal. Trata-se de relato de caso de paciente do sexo feminino, 57 anos, branca, que buscou atendimento ambulatorial devido a aumento do volume de região cervical, associado a desconforto local e dispneia. A paciente foi submetida a tireoidectomia total via cervicotomia, sem abordagem via esterno, tendo o procedimento sido conduzido sem intercorrências. O bócio subesternal pode ser uma condição desafiadora, exigindo que o cirurgião tenha conhecimentos aprofundados e uma preparação criteriosa para a abordagem cirúrgica. Embora o processo da doença seja benigno, a extensão mediastinal coloca o bócio em um posicionamento próximo de estruturas vitais, assim a cirurgia deve ser pensada para evitar resultados desastrosos. Neste estudo, pela proporção do bócio subesternal, a indicação era para abordagem via esternal, todavia, após planejamento cuidadoso optou-se pela realização de procedimento cervical com resultados satisfatórios e sem eventos adversos.

Abstract

Substernal goiter refers to the presence of thyroid tissue in the thoracic cavity, resulting from the enlargement of the gland beyond the thoracic inlet. In most cases of substernal goiter, the condition is benign; however, there is a chance that the condition may evolve into malignancy. This study aims to report the case of a patient who underwent

¹Santa Casa de Misericórdia de Alfenas, Brasil. ✉

²Santa Casa de Misericórdia de Alfenas, Brasil. ✉

³Santa Casa de Misericórdia de Alfenas, Brasil. ✉

⁴Santa Casa de Misericórdia de Alfenas, Brasil. ✉



carvotomy for substernal goiter, even after an intrathoracic approach was indicated. This is a case report of a 57-year-old white female patient who sought outpatient care due to an increase in the volume of the cervical region, associated with local discomfort and dyspnea. The patient underwent total thyroidectomy via cervicotomy, without a thoracic approach, and the procedure was performed uneventfully. Substernal goiter can be a challenging condition, requiring the surgeon to have in-depth knowledge and careful preparation for the surgical approach. Although the disease process is benign, the mediastinal extension places the goiter in a position close to vital structures, so surgery should be planned to avoid disastrous results. In this study, due to the size of the substernal goiter, the indication was for an intrathoracic approach; however, after careful planning, it was decided to perform a cervical procedure, with satisfactory results and no adverse events.

1. **Introdução**

O bócio mergulhante refere-se à presença de tecido tireoidiano na cavidade torácica, termo apresentado por Albrecht von Haller, em 1749, ao descrever a extensão da glândula tireoide abaixo da abertura superior do tórax [1][2].

O crescimento na direção inferior, invadindo a cavidade torácica, não é a apresentação mais comum, pode acometer a tireoide de forma unilateral ou bilateral e tem potencial de levar à compressão e/ou desvio da traqueia. Em casos menos comuns, essa compressão pode atingir esôfago e estruturas venosas [3].

Entre 85% e 95% dos casos de bócio subesternal são benignos, todavia, os pacientes precisam ser submetidos a exames de imagem detalhados e acompanhamento criterioso, já que existe a chance de a condição evoluir para uma malignidade [4].

Os pacientes que apresentam sintomas, em geral, relatam ocorrências relacionadas à compressão causada pelo crescimento da tireoide na cavidade torácica, podem estar presentes sintomas como dispneia, tosse, disfagia, dificuldades relacionadas ao sono e/ou rouquidão. Há uma elevada parcela de pacientes, porém,



assintomáticos e cujo diagnóstico ocorre de forma incidental, em exames de imagem realizados para outra finalidade [1][5][6].

A cirurgia é a alternativa de tratamento mais efetiva para a maioria dos casos, entretanto, essa abordagem envolve complicações e riscos que precisam ser detalhadamente conhecidos e criteriosamente avaliados para que a segurança do paciente seja priorizada em todos os casos, especialmente dificuldades técnicas relacionadas à abordagem via esternal quando comparada com a abordagem cervical [7].

Cada caso exige a atenção de uma equipe multidisciplinar que possa avaliar por completo o paciente, levantar fatores de risco para complicações e definir prioritariamente qual será o procedimento adotado [8]. Diante dos dados apresentados, este estudo tem o objetivo de relatar o caso de uma paciente submetida a cervicotomia devido bócio subesternal, mesmo após indicação de abordagem via esternal.

2. Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 57 anos, comparece em atendimento ambulatorial devido a aumento do volume de região cervical, associado a desconforto local e dispneia. História de tireoidectomia total prévia há aproximadamente vinte anos. Hipertensa, sem outras comorbidades, em uso de anti-hipertensivos e broncodilatadores.

Ao exame físico, paciente apresentava tireoide palpável, de volume acentuado. Tomografia computadorizada com lobo tireoidiano esquerdo de dimensões aumentadas, estendendo-se desde o nível do osso hioide, passando pelo hiato torácico até o nível da carina, medindo cerca de 14 x 8 x 5 cm (CC x LL X AP), com efeito compressivo sobre as estruturas adjacentes e redução luminal da traqueia com suboclusão da mesma.

A paciente foi submetida à tireoidectomia total via cervicotomia, tendo o procedimento sido conduzido sem intercorrências. A vascularização tireoidiana, totalmente proveniente da região cervical, assim como a possibilidade de tracionar a glândula em direção à incisão durante a dissecação, contribuíram para o sucesso da

cirurgia. Em anatomopatológico da peça foi identificado carcinoma papilífero da tireoide em lobo direito, lobo esquerdo sem particularidades, com bócio multinodular volumoso. Estadiamento patológico T1a. A paciente em questão apresentou pós-operatório fisiológico, sem intercorrências e mantém seguimento ambulatorial.

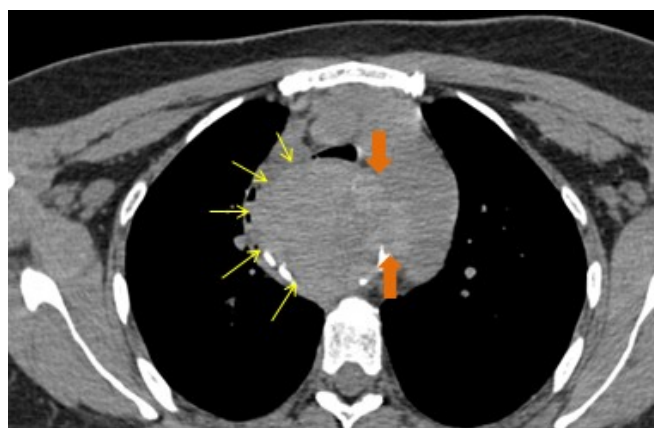


Figura 1 – Lesão expansiva de origem tireoidiana (setas amarelas) se estendendo para o interior do mediastino superior, em íntimo contato com o arco aórtico (setas laranjas), comprimindo e rechaçando a traqueia .

3. **Discussão**

Em casos de bócio subesternal, a abordagem cirúrgica pode ser cervical ou via esternal. A escolha dependerá, dentre outros fatores, de exame de imagem indicando o percentual do crescimento abaixo da entrada torácica. Em geral, quando o crescimento intratorácico excede 50% do tamanho do bócio, a abordagem via esterno pode ser recomendada. Todavia, um estudo com 115 pacientes com bócio subesternal adotou a abordagem cervical em 112 casos, mesmo em casos nos quais boa parte do bócio encontrava-se abaixo da entrada torácica [9].

Um estudo de 2021 relata o caso de uma paciente relatando dispneia e disfagia ao longo dos últimos meses, tendo sido identificado bócio subesternal com extensão até veia braquiocefálica esquerda, optado por tireoidectomia total com abordagem cervical [10].



Outro estudo de 2021 destaca um caso de sucesso na remoção de um bócio subesternal de grandes proporções exclusivamente pela abordagem cervical. A tomografia computadorizada (TC) no caso revelou uma massa tireoidiana de 11 cm que alcançava o nível do arco aórtico [11].

Os dados do estudo, bem como os dados do presente caso, apontam que a abordagem cervical pode ser efetiva e segura, desde que seja realizado um pré-operatório criterioso. É importante ressaltar que pode ser imprudência o início do procedimento via cervical sem o preparo para possível conversão para via esternal caso seja necessário.

4. Considerações finais

O bócio subesternal pode ser uma condição desafiadora, exigindo que o cirurgião tenha conhecimentos aprofundados e uma preparação criteriosa para conduzir a abordagem cirúrgica. Embora o processo da doença seja benigno, a extensão mediastinal coloca o bócio em um posicionamento próximo de estruturas vitais, de modo que a cirurgia deve ser pensada para evitar resultados desastrosos.

Neste estudo, pela proporção e posicionamento do bócio subesternal da paciente, a indicação era para abordagem intratorácica, todavia, após planejamento cuidadoso optou-se pela realização de procedimento cervical com resultados extremamente satisfatórios e sem eventos adversos.

5. Declaração de direitos

O(s)/A(s) autor(s)/autora(s) declara(m) ser detentores dos direitos autorais da presente obra, que o artigo não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado por outra(o) Revista/Journal. Declara(m) que as imagens e textos publicados são de responsabilidade do(s) autor(s), e não possuem direitos autorais reservados a terceiros. Textos e/ou imagens de terceiros são devidamente citados ou devidamente autorizados com concessão de direitos para publicação quando necessário. Declara(m) respeitar os direitos de terceiros e de Instituições públicas e privadas. Declara(m) não cometer plágio ou auto plágio e não ter considerado/gerado conteúdos falsos e que a obra é original e de responsabilidade dos autores.



6. Referências

1. Tsilivigkos C, Bishop MA. Substernal Thyroidectomy. [Updated 2023 Jan 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
2. Doulaptsi M, Karatzanis A, Prokopakis E, Velegrakis S, Loutsidi A, Trachalaki A, Velegrakis G. Substernal goiter: Treatment and challenges. Twenty-two years of experience in diagnosis and management of substernal goiters. *Auris Nasus Larynx*. 2019 Apr;46(2):246-251. doi: 10.1016/j.anl.2018.07.006. Epub 2018 Jul 25. PMID: 30055961.
3. Unlu MT, Aygun N, Kostek M, Isgor A, Uludag M. Substernal Goiter: From Definitions to Treatment. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2022 Jun 28;56(2):167-176. doi: 10.14744/SEMB.2022.30806. PMID: 35990303; PMCID: PMC9350059.
4. Macedo SS, Teixeira M, Correia A, Cabral C. Substernal Goiter: a case to remember. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2020 May 15;66(2):109-111. doi: 10.1590/1806-9282.66.2.109. PMID: 32428142.
5. Li W, Li H, Zhang S, Tao Y, Wang X, Cheng J. To explore the risk factors and preventive measures affecting the treatment of retrosternal goiter: An observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Oct 30;99(44):e23003. doi: 10.1097/MD.00000000000023003. PMID: 33126382; PMCID: PMC7598840.
6. Daggett RLB, Farishta D, Cuellar H, Nathan CO. Substernal goitre presenting with upper and lower extremity oedema. *BMJ Case Rep*. 2021 Nov 1;14(11):e245036. doi: 10.1136/bcr-2021-245036. PMID: 34725062; PMCID: PMC8562497.
7. Uludag M, Kostek M, Unlu MT, Aygun N, Isgor A. Surgical Treatment of Substernal Goiter Part 1: Surgical Indications, Pre-Operative, and Peroperative Preparation. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2022 Sep 22;56(3):303-310. doi: 10.14744/SEMB.2022.52280. PMID: 36304223; PMCID: PMC9580969.



8. Uludag M, Unlu MT, Aygun N, Isgor A. Surgical Treatment of Substernal Goiter Part 2: Cervical and Extracervical Approaches, Complications. Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2022 Dec 19;56(4):439-452. doi: 10.14744/SEMB.2022.41103. PMID: 36660384; PMCID: PMC9833341.
9. Wang X, Zhou Y, Li C, Cai Y, He T, Sun R, Tian W, Tang Z, Sheng J, Liu D, Gui C, Zeng D, Shui C, Jang J, Zhu G, Ning Y, Wang W. Surgery for retrosternal goiter: cervical approach. Gland Surg. 2020 Apr;9(2):392-400. doi: 10.21037/gs.2020.03.43. PMID: 32420264; PMCID: PMC7225497.
10. Aydin I, Sengul I, Sengul D. Sutureless Total Thyroidectomy for Substernal Goiter: Amending Versus Unnecessary. Cureus. 2021 Jan 15;13(1):e12720. doi: 10.7759/cureus.12720. PMID: 33489637; PMCID: PMC7810176.
11. Yano T, Okada T, Sato H, Tomioka R, Tsukahara K. Preoperative Evaluation of Substernal Goiter by Computed Tomography in the Extended Neck Position. Case Rep Oncol. 2021 Sep 20;14(3):1353-1358. doi: 10.1159/000518532. PMID: 34720941; PMCID