



## Manejo de cisto pericárdico no mediastino: uma abordagem com acesso único

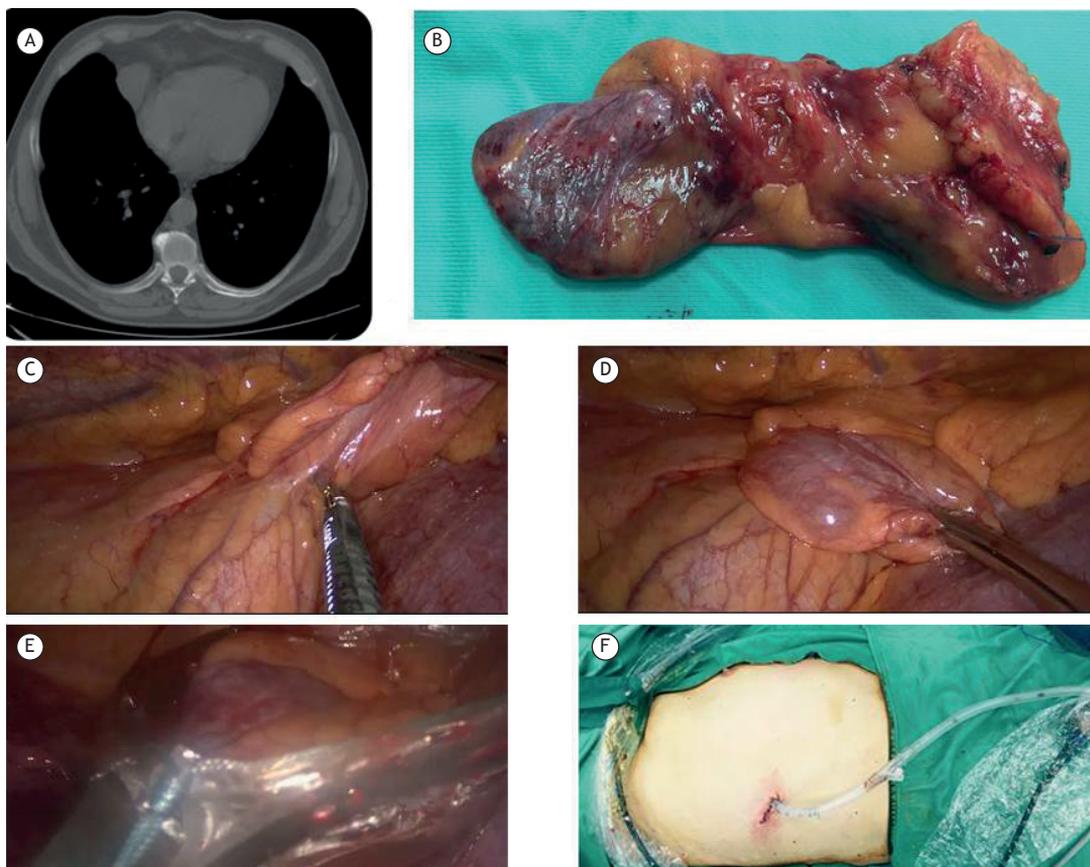
Dario Amore<sup>1</sup>, Antonio Mazzella<sup>1</sup>, Alessandro Izzo<sup>2</sup>, Antonio Cennamo<sup>2</sup>, Fabio Perrotta<sup>2</sup>

### AO EDITOR:

Cistos pleuropericárdicos são lesões relativamente incomuns, benignas na maioria dos casos, que correspondem a 7% de todos os tumores do mediastino.<sup>(1)</sup> O diagnóstico é incidental na radiografia de tórax em mais de 50% dos casos, já que há poucos sintomas clínicos.<sup>(2)</sup>

Os cistos pericárdicos são geralmente identificados na quarta ou quinta década de vida, e os locais mais comumente afetados são o ângulo costofrênico direito (em 70% dos casos); o ângulo costofrênico esquerdo (em 10-40%); os hilos vasculares, o mediastino superior ou a borda cardíaca esquerda (em 5-10%).<sup>(3)</sup> O tratamento padrão ouro para esses cistos consiste em resseção cirúrgica e videotoracoscopia, sendo esta última a melhor opção para esses pacientes.

Relatamos o caso de um homem de 55 anos internado em nosso hospital com diagnóstico radiológico incidental de massa no mediastino anteroinferior, a qual media 45 mm e localizava-se à direita. Além de apresentar história clínica completamente negativa, o paciente não referiu nenhum sintoma clínico relacionado com o cisto. Para diagnosticar a massa e evitar o risco de complicações, o paciente foi submetido à resseção cirúrgica completa do cisto por meio de videotoracoscopia com um único portal de acesso (Figura 1). Sob anestesia geral e ventilação monopulmonar, o paciente foi colocado em posição semissupina, com um longo rolo de gel embaixo do ombro direito. Para que se alcançasse a analgesia ideal, foram usados bloqueios dos nervos intercostais



**Figura 1.** Em A, TC mostrando coleção mediastinal anterior. Em B, fotografia do espécime. Em C, fotografia mostrando a dissecação do cisto com o dispositivo eletrônico. Em D, fotografia mostrando a suspensão do cisto com uma pinça em forma de anel. Em E, fotografia mostrando a retirada do cisto com a *endobag*. Em F, fotografia mostrando a incisão cutânea de 4 cm com o dreno torácico inserido.

1. Divisone di Chirurgia Toracica, A.O. dei Colli 'Ospedale Monaldi', Napoli, Italia.

2. Dipartimento di Scienze Cardio-Toraciche e Respiratorie, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli, Italia.

e bomba elastomérica de infusão contínua carregada com morfina. Uma incisão de 4 cm no sexto espaço intercostal, na linha axilar média, foi realizada no lado direito. Um toracoscópio de 30° e 10 mm foi introduzido na cavidade pleural. A ressecção completa do cisto e da gordura mediastinal circundante foi realizada graças aos instrumentos endoscópicos e ao dispositivo cirúrgico eletrônico. O espécime foi completamente recuperado por meio de uma *endobag* e um dreno torácico de 20 Fr colocado na altura da ferida da incisão (Figura 1); a cirurgia durou 35 minutos. O dreno torácico foi retirado no segundo dia após a cirurgia, e o paciente recebeu alta no dia seguinte.

Macroscopicamente, o exame anatomopatológico revelou um cisto pericárdico que media 45 × 35 mm.

Cistos pericárdicos são causados pela coalescência incompleta das lacunas fetais durante a formação do pericárdio; podem também ser adquiridos após cirurgia cardiotorácica.<sup>(4)</sup> São geralmente solitários e adjacentes ao pericárdio, com o qual se comunicam em 20% dos casos. A ressecção cirúrgica é o melhor tratamento, e deve-se considerar a videotoroscopia um importante método de tratamento.

A videotoroscopia com um único portal de acesso vem ganhando cada vez mais importância na prática cirúrgica torácica. Na literatura, já se descreveu o uso dessa abordagem para o tratamento de pneumotórax primário, bem como para a realização de ressecções em cunha, lobectomias ou procedimentos mais invasivos, tais como lobectomias do tipo “*sleeve*”.<sup>(5)</sup> Um estudo recente demonstrou, em uma coorte de 29 pacientes, a segurança dessa técnica para tratamento de massas mediastinais anteriores.<sup>(6)</sup>

No caso aqui relatado, o uso de um único portal de acesso permitiu o controle perfeito das estruturas mediastinais e do pulmão direito, após o qual foi realizada a excisão do cisto. Uma pinça em forma de anel permitiu a suspensão do cisto para sua dissecação e retirada completa, evitando danos à cápsula, que podem subsequentemente causar derramamento de fluido para dentro do tórax. A invasão mínima da técnica e a dissecação endoscópica precisa evitaram coleção pleural pós-operatória e permitiram a retirada imediata do dreno torácico e a alta rápida do paciente.

Em comparação com outros tipos de abordagem, os benefícios da videotoroscopia uniportal são vários: há envolvimento de apenas um espaço intercostal; não há afastamento das costelas; há menos dor pós-operatória; há melhores resultados estéticos.<sup>(5,7,8)</sup> A incisão cutânea de 4 cm permitiu-nos introduzir e mobilizar todos os instrumentos (o toracoscópio de 30°, a pinça em forma de anel e o dispositivo eletrônico de dissecação) facilmente. A ausência de complicações intra e pós-operatórias e de perda sanguínea intraoperatória, além de menos dor no pós-operatório inicial, menor prejuízo da função pulmonar e melhor resultado estético demonstram a segurança e a superioridade da abordagem uniportal para o tratamento de tais doenças. No entanto, a escolha correta da abordagem (toracotomia, toroscopia com três portais ou toroscopia com um único portal) depende da experiência do cirurgião e da familiaridade do cirurgião com a técnica. Em suma, é possível que a videotoroscopia com um único portal de acesso seja a melhor opção terapêutica para cistos pericárdicos no mediastino.

## REFERÊNCIAS

1. Patel J, Park C, Michaels J, Rosen S, Kort S. Pericardial cyst: case reports and a literature review. *Echocardiography*. 2004;21(3):269-72. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0742-2822.2004.03097.x>
2. Nina VJ, Manzano NC, Mendes VG, Salgado Filho N. Giant pericardial cyst: case report. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2007;22(3):349-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382007000300013>
3. Yuncu G, Cakan A, Ors Kaya S, Sevinc S, Ucvet A, Ermete S. Atypically located pericardial cysts. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2001;42(2):275-8.
4. Satur CM, Hsin MK, Dussek JE. Giant pericardial cysts. *Ann Thorac Surg*. 1996;61(1):208-10. [http://dx.doi.org/10.1016/0003-4975\(95\)00720-2](http://dx.doi.org/10.1016/0003-4975(95)00720-2)
5. Gonzalez-Rivas D, Fieira E, Delgado M, de la Torre M, Mendez L, Fernandez R. Uniportal video-assisted thoracoscopic sleeve lobectomy and other complex resections. *J Thorac Dis*. 2014;6(Suppl 6):S674-81.
6. Wu CF, Gonzalez-Rivas D, Wen CT, Liu YH, Wu YC, Chao YK, et al. Single-port video-assisted thoracoscopic mediastinal tumour resection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2015;21(5):644-9. <http://dx.doi.org/10.1093/icvts/ivv224>
7. Mazzella A, Izzo A, Amore D, Cerqua FS, Perrotta F. A new perspective on the treatment of complicated giant emphysematous bulla. A case report. *Ann Ital Chir*. 2016;87(ePub). pii: S2239253X16024816.
8. Mazzella A, Izzo A, Amore D, Cennamo A, Cerqua FS, Perrotta F. Single port VATS resection of a sessile solitary fibrous tumour of the visceral pleura. A case report. *Ann Ital Chir*. 2015;86(ePub). pii: S2239253X15024457.