



Implicações de um brônquio traqueal em um paciente com timoma

Luis Gorospe¹, Ana Paz Valdebenito-Montecino², Ana Patricia Ovejero-Díaz²

Uma mulher de 68 anos de idade com miastenia gravis foi submetida a TC de tórax, a qual revelou massa sólida com 4 cm no mediastino anterior, compatível com timoma (Figura 1). Um brônquio traqueal tipo II, originando-se 3 cm acima da carina, foi detectado como um achado

incidental na TC (Figura 2). Foi programada cirurgia eletiva (toracoscopia). Um bloqueador endobrônquico foi colocado no brônquio fonte esquerdo através de um broncoscópio rígido para ventilar o pulmão direito. Um tubo orotraqueal (9 mm) com *cuff* foi colocado acima da ramificação do brônquio traqueal para ventilar adequadamente todas as áreas do pulmão direito. Os cirurgiões torácicos ressecaram com sucesso o timoma do mediastino anterior por abordagem toracoscópica esquerda.

A presença de anomalia congênita assintomática da árvore traqueobrônquica em pacientes de cirurgia torácica pode ser um desafio não só para os cirurgiões torácicos, mas também para os anestesistas. A anomalia mais comum (relatada em até 3% da população) é o brônquio traqueal que supre o lobo superior direito. Quando se considera a ventilação pulmonar unilateral nesses pacientes, os anestesistas devem evitar o bloqueio do brônquio traqueal colocando um bloqueador brônquico à esquerda e um tubo traqueal proximalmente ao nível do brônquio traqueal, de forma que todas as áreas do pulmão direito possam ser ventiladas. Nosso caso destaca os desafios cirúrgicos e também as implicações do manejo das vias aéreas do paciente que apresenta brônquio traqueal e massa do mediastino anterior.

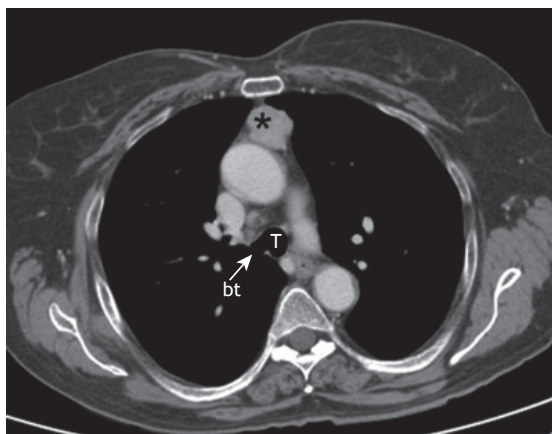


Figura 1. TC axial de tórax mostrando massa sólida no mediastino anterior (asterisco), compatível com timoma. Observa-se brônquio traqueal (bt) originando-se da traqueia (T).

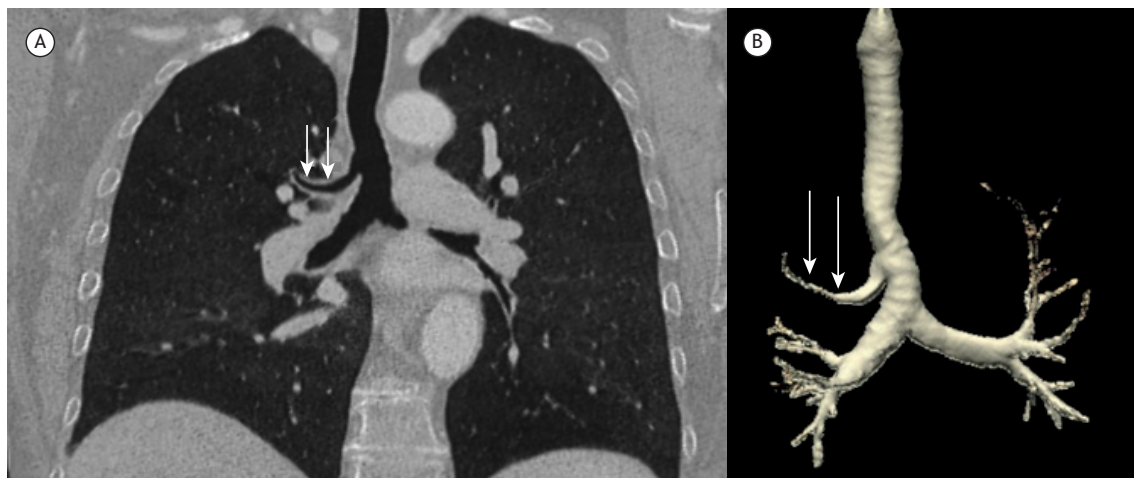


Figura 2. (A) TC coronal e (B) TC com reconstrução volumétrica proporcionando uma melhor representação do brônquio traqueal (setas).

LEITURA RECOMENDADA

1. Wooten C, Patel S, Cassidy L, Watanabe K, Matusz P, Tubbs RS, et al. Variations of the tracheobronchial tree: anatomical and clinical significance. Clin Anat. 2014;27(8):1223-33. <http://dx.doi.org/10.1002/ca.22351>

1. Departamento de Radiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.
2. Departamento de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.