

Tumor fibroso solitário da pleura, numa grávida

A case of solitary fibrous tumour of the pleura in a pregnant woman

*Cristina Carvalho**, *Heloísa Castro***, *Zélia Lopes***, *Graça Ferraz****, *Pedro Magalhães****, *J. A. Freire Soares^f*

Resumo

Os A.A. apresentam um caso clínico de tumor fibroso solitário da pleura numa doente com gravidez de 13 semanas, que se manifestou por febre, tosse com expectoração mucopurulenta e dispneia de esforço, simulando infecção pulmonar.

São efectuadas algumas considerações teóricas, focando diagnósticos diferenciais, tratamento e dificuldade na escolha de exames auxiliares de diagnóstico, dado o facto de a doente estar grávida.

Palavras chave: tumor fibroso solitário da pleura

Abstract

The A.A. present a case of solitary fibrous tumour of the pleura in a patient with a 13-week pregnancy, who presented with breathlessness, cough with mucopurulent sputum and fever.

Some considerations are made about differential diagnosis, treatment and the difficulties faced when choosing adequate complementary means of diagnosis in a pregnant patient.

Key words: solitary fibrous tumor of the pleura

Introdução

Os tumores fibrosos solitários da pleura, previamente designados por mesoteliomas benignos, são raros^π, e têm

origem celular diferente. Enquanto os tumores fibrosos solitários da pleura têm origem no tecido fibroso submesotelial, os mesoteliomas derivam das células mesoteliais.

A idade de maior incidência é entre os 40 e os 70 anos, podendo surgir em qualquer idade, incluindo na infância, não havendo associação significativa entre os tumores fibrosos benignos da pleura e exposições ambientais a asbestos ou outros poluentes.¹

Geralmente são assintomáticos, constituem achados em estudos radiográficos de tórax efectuados por rotina, podendo apresentar-se por dispneia, dor torácica não pleurítica e tosse.² Cerca de 17 a 19% dos casos acompanham-se de derrame pleural ipsi-lateral.

Em cerca de 40% dos casos, podem surgir na sua evolução clínica episódios de hipoglicemia sintomática, relacionados com a produção pelo tumor de *insulin-like growth factor*.¹ Podem também surgir com frequência artralguas difusas, bem como dedos em baqueta de tambor.¹

Habitualmente, são diagnosticados como grandes massas torácicas, bem delimitadas, podendo parecer intraparenquimatosas.¹ O método imagiológico mais importante para o diagnóstico é a

radiografia do tórax.³ A TAC e a ressonância magnética nuclear são importantes para avaliar a relação do tumor com estruturas vizinhas e a sua ressecabilidade.⁴ A citologia aspirativa é frequentemente inconclusiva, visto o tumor ser constituído por áreas acelulares e outras hipercelulares.

O diagnóstico definitivo é obtido por exame anatomopatológico da peça operatória.

Caso clínico

R.M.R.S., sexo feminino, raça caucasiana, 33 anos de idade, doméstica, casada, natural e residente em Paredes.

Doente com gestação de 13 semanas, que, a 27/3/02, recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Padre Américo-Vale do Sousa por dispneia para médios esforços com um mês de evolução, acompanhada na semana que antecedeu o internamento por tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e febre seis dias antes do internamento, fora instituída terapêutica com amoxicilina/ácido clavulânico (1g de 12 em 12h), sem melhoria clínica.

Antecedentes pessoais: hábitos tabágicos de 19 U.M.A., consumo de cocaína inalada desde os 14 anos; nega hábitos alcoólicos, bem como hábitos sexuais promíscuos; nega antecedentes patológicos.

Exame objectivo: bom estado geral, pele e mucosas coradas e hidratadas, eupneica; T.ax: 36,5°C;

T.A.: 125/ 80 mmHg; pulso radial direito: 82 ppm, regular, rítmico e amplo. Tórax: expansibilidade torácica mantida e simétrica, transmissão das vibrações vocais mantida; maciez à percussão dos 2/3 inferiores do hemitórax direito; auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, sem ruídos adventícios. Auscultação cardíaca sem alterações; restante exame

*Médica do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar

**Médica do Internato Complementar de Medicina Interna

***Assistente Graduada de Medicina Interna

^f Chefe de Serviço de Medicina Interna

Serviço de Medicina do Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Recebido para publicação a 28/02/2003

físico sem alterações.

A telerradiografia do tórax (protecção fetal com avental de chumbo) mostra-nos hipotransparência homogénea, de limites bem definidos, dos 2/3 inferiores do hemitórax direito, com desvio do mediastino; na ecografia torácica observa-se condensação quase total do pulmão direito, de aspecto sólido e homogéneo, e pequeno derrame pleural.

Do estudo analítico efectuado salienta-se a existência de neutrofilia relativa (82,5% neutrófilos com 8600 leucócitos), hiponatremia ligeira (Na^+ : 131 mEq/l), sendo os resultados da função renal, função hepática e gasimetria normais.

Os estudos bacteriológicos de expectoração (nomeadamente pesquisa de BAAR) e de sangue são negativos, bem como os estudos serológicos para despiste de infecção por vírus de hepatite B e C, HIV-1 e HIV-2.

A doente foi admitida com o diagnóstico de condensação pulmonar em provável relação com pneumonia adquirida na comunidade, tendo iniciado terapêutica antibiótica empírica com ceftriaxone, que manteve durante uma semana, sem evidência de melhoria clínica nem radiológica (radiografia e ecografia).

Dada a contra-indicação para a realização de TAC torácico, decorrente de gravidez em curso, optou-se pela ressonância magnética torácica que mostrou volumosa lesão sólida localizada no hemitórax direito, atingindo os 2/3 inferiores do campo pulmonar direito desde o fundo de saco costal-diafragmático posterior direito, associada a pequeno derrame pleural, com empurramento contralateral do mediastino e pequena atelectasia do lobo superior direito.

A doente efectuou broncofibroscopia que mostrou vias aéreas superiores, cordas vocais, traqueia

e carina normais; árvore do brônquio esquerdo normal, árvore do brônquio direito-lobar superior

direito permeável, lobar médio com segmentos permeáveis; marcado empurramento para cima e sinais de compressão extrínseca dos segmentos basais do lobar inferior direito, que, contudo, estão permeáveis e com ligeira congestão da mucosa; secreções mucosas pouco abundantes, que não se refazem.

Microbiologia, pesquisa de bacilos ácido-álcool resistentes e pesquisa de células neoplásicas no lavado brônquico foram negativas.

Diagnosticada massa tumoral do hemitórax direito, foi contactado o Centro de Cirurgia Torácica do H.S.João, tendo sido decidida a exérese cirúrgica do tumor; a cirurgia torácica foi efectuada a

30/4/2002. Nela foi identificada “volumosa massa intratorácica extrapulmonar, muito vascularizada, cujo pedículo tinha aparentemente origem no hemidiafragma direito”.

No relatório do exame anatomopatológico da peça operatória consta: “formação nodular de 2276 g e de 19x16x14 cm. Superfície externa lisa, bosselada, de cor esbranquiçada e ou acastanhada e com área rugosa correspondente ao pedículo vascular. Ao corte, tem consistência firme e as-

pecto heterogéneo, com áreas amareladas e outras esbranquiçadas.

No exame histológico observa-se neoplasia constituída por células fusiformes dispostas em pequenos feixes sobre matriz colagenosa abundante, com numerosos vasos conferindo à neoplasia aspecto “hemangiopericitoma-like”. Observam-se áreas de necrose. O índice mitótico é muito baixo. A densidade celular é heterogénea, com áreas de elevada celularidade e outras em que o estroma colagenizado ou edemaciado é mais abundante. Focalmente há áreas de necrose de tipo isquémico. Na periferia identifica-se pleura.

Foi efectuado estudo imunocitoquímico com os seguintes soros: vimentina, CD34, α -actina, desmina e proteína S100. Observou-se extensa positividade das células neoplásicas para vimentina e CD34. Foi negativo o estudo efectuado com os restantes soros. Conclusão: Tumor fibroso localizado (solitário) da pleura”.

O pós-operatório decorreu sem complicações, tendo a doente tido alta daquele centro ao sétimo dia, com medicação analgésica, ficando orientada para efectuar cinesioterapia respiratória.

A gravidez decorreu sem intercorrências, o parto foi eutócico às 38 semanas, não tendo sido detectadas malformações fetais.

Comentários

Neste caso vimo-nos confrontados com o problema de estabelecer o diagnóstico diferencial de uma condensação pulmonar numa doente grávida, o que nos limitou a escolha de meios auxiliares de diagnóstico; pensámos na etiologia infecciosa, nomeadamente, na pneumonia adquirida na comunidade, bem como na etiologia neoplásica (maligna ou benigna, pulmonar ou extra-pulmonar).

A caracterização imagiológica da massa foi dificultada pela gravidez em curso. Assim, optou-se pela realização de broncofibroscopia, que revelou compressão extrínseca do pulmão direito, e RMN, que identificou volumosa massa no hemitórax direito, com empurramento do mediastino para a esquerda (métodos de menor risco para o feto).

Foram ponderados e dados a conhecer à doente os riscos da toracotomia, nomeadamente o risco de abortamento.

O diagnóstico definitivo foi estabelecido pelo exame anatomopatológico da peça operatória.

O tumor fibroso solitário da pleura tem origem, geralmente, na pleura visceral, podendo ser pediculado ou sésil.¹

Macroscopicamente, são bem circunscritos, de consistência firme, encapsulados, com dimensões que podem atingir mais de 30 cm de maior diâmetro. Ao corte, podem encontrar-se áreas de hemorragia e ou necrose.¹

Microscopicamente, não têm padrão típico, sendo identificados fibroblastos, colagénico, fibras reticulares ou um padrão “hemangiopericitoma like”.¹ Encontram-se áreas acelulares, bem como áreas hipercelulares.⁵

O estudo imuno-histoquímico mostra que estes tumores são caracteristicamente negativos para queratina, proteína S-100, antígeno carcinoembrionário, factor VIII, e positivos para vimentina e CD-34.⁶

O prognóstico do tumor fibroso solitário da pleura depende, em primeiro lugar, da ressecabilidade do tumor e das suas dimensões e, em segundo lugar, da contagem mitótica, polimorfismo e áreas de necrose identificadas.¹

A ressecção cirúrgica é curativa na maioria dos casos.⁷ Numa pequena percentagem pode ocorrer recidiva tumoral, décadas após a ressecção, sendo que a recidiva local extensa pode causar a morte.¹

Bibliografia

1. Steven M. Albelda, Daniel H. Stermann, Leslie A. Litzky. Malignant and other primary pleural tumors. In: Fishman Alfred P., eds. Fishman's Pulmonary Disease and Disorders, vol 1. Mac Grow-Hill 1998: 1453-1464.
2. Sandvliet Rulon H, Heysteeg Mick, Paul Marinus A. A large toracic mass in a 57 year old patient. In: Chest 2000; 117 :897-900.
3. Churg Andrew. Localized malignant mesothelioma and other localized pleural tumors. In: USCAP Meeting, Washington, DC, March 1996.
4. Zeman Robert K, eds. Solitary fibrous tumors: a series of lesions, some in unusual sites. In: Kyung- Whan Min, MD, Oklahoma City
5. Parker Tony, eds. Joint Program in Nuclear Medicine, PET imaging of Pleural Mesothelioma. In: Care Group.harvard.edu, March 16, 1999.
6. Hierholzer Johannes, eds. MRI and CT in Differential Diagnosis of Pleural Disease. In: Chest 2000; 118:604-609.
7. Light Richard W. Clinics in chest medicine, WB. Saunders Company, London. 1985:130-131.

