Pseudotumor inflamatório de pulmão

Pulmonary inflammatory pseudotumor

NELSON PERELMAN ROSENBERG – Chefe do Serviço e da Residência em Cirurgia Torácica. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.
IVO LEUCK JR – Cirurgião do Serviço de Cirurgia Torácica.
MARIO DE LUCA JR – Residente de Cirurgia Torácica.
MIGUELANGELO MARTINS CASTRO JR – Residente de Cirurgia Torácica.

Trabalho do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

✉ Endereço para correspondência:
Miguel Angelo Martins de Castro Junior
Rua Gomes Freire, 741-B
96200-000 Rio Grande – RS – Brasil
Fone (53) 231-6215 – (53) 911-25914
(53) 232-1914
miguelacjr@hotmail.com

SINOPSE

O pseudotumor inflamatório (PTI) de pulmão é uma doença rara, que ocorre principalmente em jovens e com manifestações clínicas variadas. Apresentamos o caso em um jovem de 15 anos e as particularidades que se apresentam no seu manejo.

UNITERMOS: Pulmão, Câncer, Pseudotumor Inflamatório.

ABSTRACT

The inflammatory pseudotumor of the lung is a rare disease, which happens mainly in youngsters and with varied clinical manifestations. We present the case in a 15 year-old man and the particularities that come in its handling.

KEY WORDS: *Lung, Cancer, Inflammatory Pseudotumor.*

INTRODUÇÃO

O PTI é considerado como patologia benigna, de etiologia controversa e incidência variável, em virtude das dificuldades diagnósticas e nomenclatura não uniforme. Na maioria das vezes o diagnóstico não é possível no pré-operatório, devido ao processo inflamatório circundante à lesão inicial e à infecção pulmonar sobreposta à obstrução brônquica tumoral, tornando-se assim um verdadeiro desafio para o cirurgião.

RELATO DO CASO

Paciente de 15 anos de idade, branco, não tabagista, previamente hígido, se apresentou com história de dor torácica ventilatório-dependente, em hemitórax direito, associada a tosse produtiva, com expectoração purulenta, febre e calafrios. Apresentou período de melhora espontânea, com posterior agravamento do quadro nos últimos dez dias, quando se acompanhou de dispnéia aos médios esforços e sudorese noturna.

Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, febril, com murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito e pectorilóquia, sem outras particularidades.

O RX de tórax mostrou opacidade à direita, com *stop* brônquico, atelectasia e desvio ipsilateral do mediastino. Realizada a fibrobroncoscopia, foi detectada lesão vegetante obstruindo quase totalmente o brônquio principal direito (BPD) com necrose tecidual. O lavado broncoalveolar foi negativo para células malignas e o anátomo patológico mostrou tecido necrótico com estroma mucóide (provável neoplasia).

Realizou tomografia computadorizada de tórax, a qual evidenciou atelectasia total do pulmão direito com retração ipsilateral do mediastino, lesão obstrutiva do BPD e adenomegalias mediastinais (Figura 1). A espirometria tinha VEF1 de 2,3l (85%). A cintilografia óssea e a ecografia abdominal eram normais. Foi, então, submetido à broncoscopia rígida para melhor coleta de material, sendo levantada hipótese de pseudotumor.

Em virtude da incerteza diagnóstica, foi levado à toracotomia exploradora, através de abordagem póstero-lateral direita, visualizando-se massa que ocupava todos os lobos pulmonares, com invasão da veia pulmonar inferior direita, que foi ligada intrapericardicamente. Procedeu-se a pneumectomia direita. A peça cirúrgica apresentava lesão vegetante de 7,0x3,0x2,0 cm, de aspecto mixóide, ocupando a luz dos brônquios segmentares superior e médio, sugestiva de PTI, confirmada posteriormente pelo estudo imuno-histoquímico (Figuras 2 e 3).

Apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no décimo dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

O PTI, ou granuloma de células plasmáticas (entre tantas outras denominações), foi primeiramente descrito por Brunn (1) em 1939, como um tumor benigno de histopatologia contraditória. É uma entidade rara, que representa em torno de 0,7% de todos os tumores pulmonares (2). Afeta igualmente ambos os sexos. Mais da metade dos pacientes tem menos de quarenta anos, e 15% tem menos de dez anos (3,4). Em um estudo de Agrons (5), 42% dos pacientes tinham menos de dezoito anos.

Macroscopicamente, o PTI se apresenta como uma massa branco-amarelada, bem circunscrita, firme, não en-

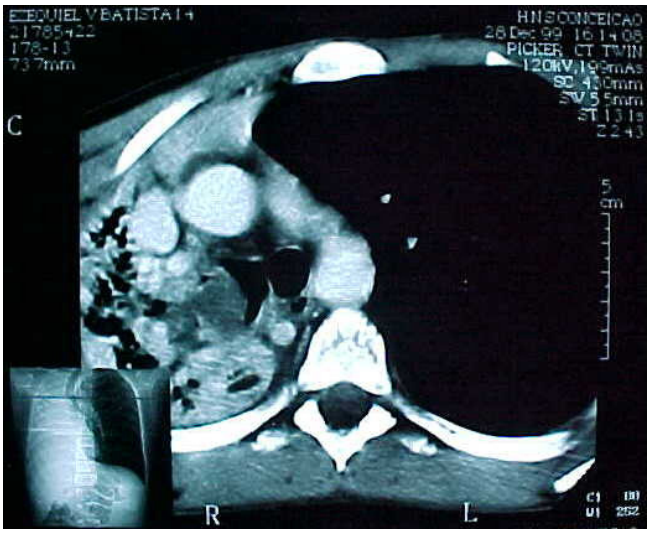


Figura 1 – Tomografia helicoidal de tórax demonstrando lesão endobrônquica direita, causando atelectasia pulmonar direita total.

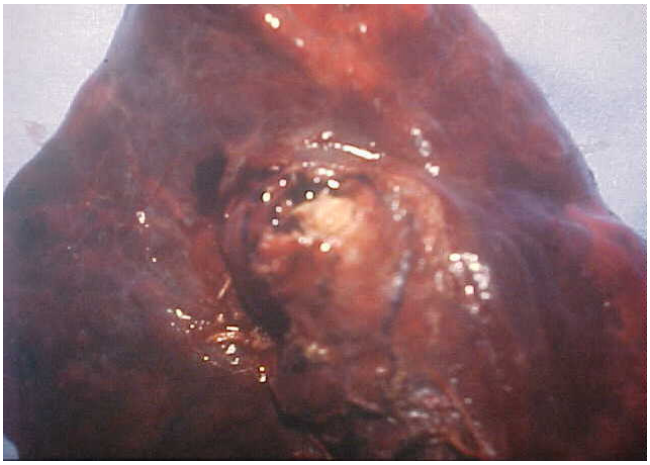


Figura 2 – Peça cirúrgica composta de todo pulmão direito, com lesão endobrônquica de cor amarelada característica do pseudotumor.

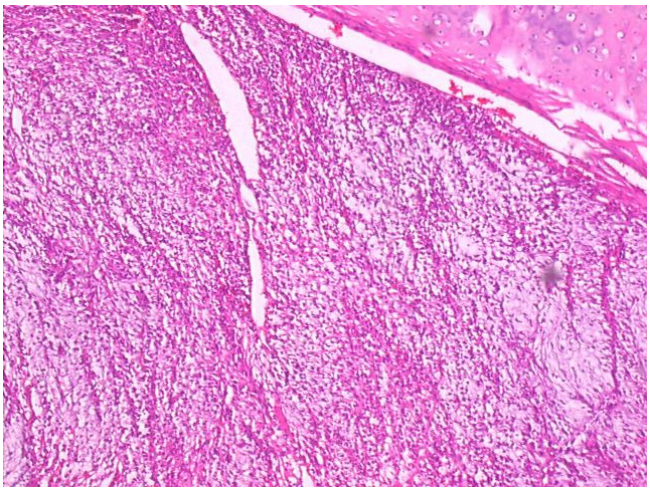


Figura 3 – Microscopia da peça cirúrgica demonstrando achados que confirmaram diagnóstico de pseudotumor inflamatório.

capsulada. Sua etiologia permanece incerta, embora infecção pulmonar prévia tenha sido relatada em um terço dos pacientes (6).

Apesar de os pseudotumores serem considerados essencialmente inflamatórios ou reacionais, algumas propriedades os fazem se portar como verdadeiras neoplasias, tais como angioinvasão, recorrência local, metástases à distância e alterações clonais citogenéticas (7-9). A sua transformação maligna, embora infreqüente, também já foi descrita (2).

A maioria dos pacientes são assintomáticos (10), e entre os que se apresentam com sintomas, febre, tosse, dispnéia, infecção pulmonar, e bronquite (11) estão entre os mais freqüentes. Hemoptise (12), trombocitose e anemia microcítica hipocrômica também são notados, principalmente em crianças (13).

O diagnóstico pré-operatório é difícil, e quando tentado por biópsia trans-brônquica ou trans-torácica pode levar à confusão, principalmente com doença de Hodgkin, câncer pulmonar primário e fibrose mediastinal. Frente a um quadro suspeito, é indicada ressecção completa, tanto para confirmação diagnóstica como para tratamento (14).

O PTI é mais comum no pulmão, mas também se encontra em inúmeras outras localizações, como fígado, intestino e estômago (15). Duas lesões concomitantes podem ocorrer, como comprometimento simultâneo de pulmão e cérebro (14).

O melhor tratamento é a ressecção completa e ampla da lesão, visto que a segmentectomia e a ressecção em cunha aumentam as chances de recorrência (16). Excisão local tem sido feita em raras ocasiões para lesões endobrônquicas pedunculadas (17).

Radioterapia é efetiva em alguns casos (18) e a quimioterapia, às vezes, é utilizada para formas multifocais e recorrentes (19). Entretanto, a resposta costuma não ser boa. Outras terapêuticas, como o uso de corticóides, também são citadas na literatura.

O prognóstico é excelente, embora recidivas possam ocorrer e não exista meio de prevê-las.

O PTI é uma patologia rara, mas que sempre deve ser lembrada frente a um caso de massa isolada no pulmão, principalmente em jovens. Pelo menos até que se tenha um melhor entendimento de sua fisiopatologia, a abordagem deve ser agressiva, a fim de se

minimizar a possibilidade de recidivas e proporcionar uma maior chance de cura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRUNN H. Two interesting benign tumors of contradictory histopathology. Remarks on the necessity for maintaining the Chest Tumor Registry. J Thorac Surg 1939;9:119-31.
2. ZENNARO H; LAURENT F; VERGIER B; RAUTURIER JF; AIRAUD JY; JOUGON J; DROULLARD J. Inflammatory myofibroblastic tumor of the lung (inflammatory pseudotumor): uncommon cause of solitary pulmonary nodule. Eur Radiol , 1999; 9(6): 1205-7.
3. BAHADORI H; LIEBOW AA. Plasma cell granuloma of the lung. Cancer 1973;31:191-208.
4. BERARDI RS; LEE SS; CHEN HP; STONES GJ. Inflammatory pseudotumors of the lung. Surg Gynecol Obstet 1983;156: 89-96.
5. AGRONS GA; CHRISTENSON MLR; KIREJCZYK WM; CONRAN UM; STOCKER T. Pulmonary inflammatory pseudotumor: Radiologic features. Radiology 1998;206: 511-518.
6. MATSUBARA O; TAN-LIU NS; KENNEY RM; MARK EJ. Inflammatory pseudotumors of the lung: progression from organizing pneumonia to fibrous histiocytoma or to plasma cell granuloma in 32 cases. Human Pathol 1988;19: 807-14.
7. WARTER A; SATGE D; ROESLIN N. Angioinvasive plasma cell granulomas of the lung. Cancer 1987;59: 435-43.
8. MAIER HC; SOMMERS SC. Recurrent and metastatic pulmonary fibrous histiocytoma / plasma cell granuloma in a child. Cancer 1987;60: 1073-6.
9. SNYDER CS; DELL'AQUILA M; HAGHIGHI P; BAERGEN RN; SUH YK; YI ES. Clonal changes in inflammatory pseudotumor of the lung. Cancer 1995;76: 1545-9.
10. DONNER LR; TROMPLER RA; WHITE RR. Progression of inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor) of soft tissue into sarcoma after several recurrences. Hum Pathol, 1996; 27(10): 1095-8.
11. COPIN MC; GOSSELIN BH; RIBET ME. Plasma cell granuloma of the lung: Difficulties in diagnosis and prognosis. Ann Thorac Surg 1996;61: 1477-82.
12. ALEXIOU C; OBUSZKO Z; BEGGS D; MORGAN WE. Inflammatory Pseudotumors of the lung. Ann Thorac Surg 1998;66: 948-50.
13. MONZON CM; GILCHRIST GS; BURGERT EO. Plasma cell granuloma of the lung in children. Pediatrics 1982;70: 268-74.
14. CERFOLIO RJ; ALLEN MS; NASCIMENTO AG; DESCHAMPS C; TRASTEK VF; MILLER DL; PAIROLERO PC. Inflammatory pseudotumors of the lung. Ann Thorac Surg 1999;67: 933-6.
15. SCOTT L; BLAIR G; TAYLOR G; DIMMICK J; FRASER G. Inflamatory pseudotumor in children. J Pediatre Surg 1988;23:755-8.
16. URSCHEL JD; HORAN TA; UNRUH HW. Plasma cell granuloma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1992;104: 870-5.
17. SCHILLING JA; CUNNINGHAM J; PHILLIPS LG. Fibrous histiocytoma of the bronchus. Treatment by segmental resection. J. Thorac Cardiovasc Surg 1988;96: 183-4.
18. KIRKPATRICK JAJR.; HARRIS BCG; KUSHNER DC. Thoracic complications of plasma cell granuloma of the lung. Ann Radiol 1984;27: 145-9.
19. BOMAN F; CHAMPIGNEULLE J; BOCCON-GIBOD L. Tumeur fibromyoblastique inflammatorie pulmonaire à forme endobronchique, infiltrante, multifocale et recidivante. Ann Pathol 1995;15: 207-10.