Hemangioma cavernoso mediastinal

Mediastinal cavernous hemangiomas

Patrícia Mafra Lazzari[1], Andressa Giordani Marcolan[1], Simone Marcia dos Santos[2], Airton Schneider[3]

RESUMO

Hemangiomas mediastinais são raras lesões intratorácicas, correspondendo a aproximadamente 0,5% de todos os tumores mediastinais. Geralmente, apresentam-se nas primeiras quatro décadas de vida. O tumor descrito neste relato de caso foi diagnosticado em uma mulher de 30 anos assintomática, de forma incidental em um RX de tórax. É um tumor extremamente raro, que se enquadra no diagnóstico diferencial de tumores primários do mediastino, cujo tratamento é cirúrgico. Discutem-se a abordagem diagnóstica e a estratégia terapêutica.

UNITERMOS: Hemangioma Cavernoso, Mediastino, Tumor.

ABSTRACT

Mediastinal hemangiomas are rare intrathoracic lesions, representing approximately 0.5% of all mediastinal tumors. Generally, they present in the first four decades of life. The tumor described in this case report was diagnosed in an asymptomatic 30-year-old woman, incidentally on a chest x-ray. It is an extremely rare tumor, which falls in the differential diagnosis of primary mediastinal tumors, whose treatment is surgical. Diagnostic approach and therapeutic strategy are discussed.

KEYWORDS: *Cavernous Haemangioma, Mediastinum, Tumor.*

INTRODUÇÃO

Tumores vasculares benignos são raramente encontrados no mediastino (2,3,5,10), sendo que o tipo mais comum desses tumores é o hemangioma mediastinal, que corresponde a aproximadamente 0,5% de todos os tumores mediastinais (2,3,6,8,9,10). O compartimento anterior do mediastino é mais acometido (2). O hemangioma mediastinal geralmente é diagnosticado nas primeiras quatro décadas de vida, com o pico de incidência na primeira década (2). O hemangioma cavernoso costuma ser diagnosticado em pessoas acima de 35 anos de idade (10), tendo sua incidência igual nos homens e nas mulheres (2). Discutem-se formas de diagnóstico e tratamento, assim como critérios de diagnóstico diferencial.

RELATO DO CASO

JMF, feminina, 30 anos, assintomática, encaminhada ao ambulatório de cirurgia torácica por alteração em raio X de tórax solicitado para fins burocráticos. O raio X de tórax apontou tumor em mediastino anterior. Ao exame físico, não havia nada digno de nota. Negava outras patologias e não usava nenhuma medicação. Solicitada, a Tomografia Computadorizada (TC) de tórax apresentou lesão expansiva mediastinal na região para-aórtica, com densidade de partes moles e pequena calcificação, medindo aproximadamente 9,2 x 4,2 cm nos maiores eixos. Suspeitou-se de lesão neoplásica de natureza germinativa, mas os marcadores eram normais. Linfoma foi praticamente afastado devido à ausência de sintomas. Baseado nos achados clínicos e de

[1] Acadêmica do curso de Medicina na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).
[2] Médica Patologista do Hospital Universitário.
[3] Doutor. Chefe do Serviço de Cirurgia Torácica da ULBRA.

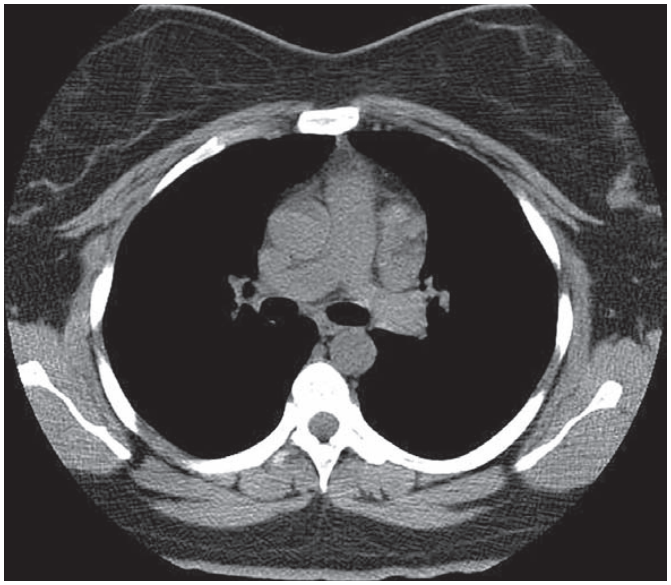


Figura 1 – TC de tórax com lesão expansiva mediastinal, em região para-aórtica esquerda.



Figura 2 – Aspecto macroscópico da lesão ressecada cirurgicamente.

imagem, foi proposta uma biópsia excisional. A paciente foi submetida à toracotomia anterior com acesso pelo quinto espaço intercostal esquerdo, onde se identificou tumor de mediastino anterior, gerando invasão de pericárdio e nervo frênico. Realizou-se ressecção em bloco, que incluiu o tumor, parte do pulmão, pericárdio e nervo frênico e foi associada com fundoplicatura de diafragma. A paciente evoluiu bem, tendo o RX de tórax pós-operatório demonstrado ocupação da cavidade pelo pulmão e pequena elevação da hemicúpula esquerda do diafragma. A paciente teve alta no 4 DPO com medicação analgésica. O anatomopatológico identificou um tumor de aspecto irregular de tecido pardo-acinzentado e elástico, parcialmente recoberto por tecido adiposo, pesando 91,7g, volume total de 214,5 cm^3, que, ao corte, apresentava áreas cavernosas preenchidas por conteúdo hemático. A hematoxilina-eosina revelou tumor de origem vascular benigno. À imuno-histoquímica, os anticorpos CD34, CD31 e Fli-1 apresentaram-se positivos, apontando malformação vascular do tipo arteriovenosa. Baseado nos achados, o tumor foi diagnosticado como hemangioma cavernoso com fístula arteriovenosa.

DISCUSSÃO

Hemangiomas mediastinais são raras lesões intratorácicas. Devido ao seu aspecto sólido, tamanho grande, e frequente crescimento infiltrativo, esses tumores são facilmente confundidos radiologicamente por neoplasias malignas (1). Na Tomografia Computadorizada, o hemangioma apresenta-se com margens nitidamente definidas e atenuação heterogênea; calcificação puntacta é observada em 21% destes pacientes (3). Biópsia por mediastinoscopia ou punção deve ser evitada por risco de hemorragia associada (4). Normalmente, o quadro clínico descreve um paciente de até 40 anos assintomático, que fez um RX sem relação com o tumor.

Duas teorias têm sido postuladas para a etiologia dos hemangiomas. A teoria mais amplamente suportada afirma que eles são de origem congênita, de fato, o predomínio de casos está documentado no início da vida. A outra teoria propõe que hemangiomas são de origem traumática. Trauma pode precipitar a expansão de uma condição pré-existente ou produzir pequenas áreas de tecido de granulação, que se amplia com tal perturbação continuada (7).

Quando presentes, os sintomas são geralmente causados pela compressão ou invasão das estruturas adjacentes mediastinais (4,8), sendo que os mais comuns são dispneia, tosse e dor torácica (3,4,9). Menos de 40% dos pacientes têm sintomas no momento do diagnóstico (10). Nas lesões sintomáticas e com comprometimento de estruturas vitais, a ressecção cirúrgica ainda é o tratamento de eleição e, na maioria dos casos, curativo (2,3,5,8,10). O cuidado recomendado é a preparação, pela equipe, para uma cirurgia delicada, a qual pode incluir estruturas mediastinais e pulmonares, além de sangramento importante. O prognóstico é muito bom, visto a natureza benigna desta neoplasia (10). O diagnóstico pré-operatório de hemangioma de mediastino é difícil com exames de imagem; no entanto, a possibilidade de hemangioma deve sempre ser considerada em paciente com tumores do mediastino, assintomáticos, de até 40 anos.

COMENTÁRIOS FINAIS

Hemangioma mediastinal de mediastino é um tumor vascular benigno extremamente raro. Entretanto, a possibi-

lidade de hemangioma deve ser considerada em pacientes de até 40 anos com tumores do mediastino assintomáticos. O diagnóstico pré-operatório por exames de imagem é difícil, sendo que, sempre que possível, a excisão cirúrgica é o tratamento de escolha, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Kuo PH, Chang YC, Liou JH, Lee JM. Mediastinal cavernous haemangioma in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome, Thorax 2003; 58:183-4.
2. Bagheri R, Rezaeetalab F, Kalantari M, Mashhadi MTR. Mediastinal Hemangioma: A Case Report. Tanaffos 2007; 6 (4); 53-7.
3. Rai SP, Bharadwaj R, Ganguly D, Panda BN. Mediastinal cavernous haemangioma, Indian J Chest Dis Allied Sci 2004; 46: 217-219.
4. Atasoy C, Akyar S, Arac M. Multiple calcifications in benign mediastinal hemangioma, JBR-BRT. 2003;86:134-5.
5. Ampollini L, Carbognani P, Cattelani L, Bilancia R, Rusca M. Cavernous Hemangioma of the Posterior Mediastinum, Ann Thorac Surg. 2010 Dec;90(6):e96.
6. Hirai V, Takeuchi S, Bessho R, Ohaki Y, Koizumi K, Shimizu K. Venous Hemangioma of the Anterior Mediastinum, J Nippon Med Sch 2010;77:115-8.
7. Hashimoto H, Oshika Y, Obara K, Takeshima S, Sato K, Tanaka Y. Intercostal venous hemangioma presenting as a chest wall tumor, Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2009 Apr;57(4):228-30.
8. Chan APH, Wong RHL, Wan RHL, Hsin MKY, Underwood MJ , Yim APC. Video-Assisted Thoracic Surgery Excision of Mediastinal Hemangioma. Asian Cardiovasc Thorac Ann 2009;17:522–4.
9. Nchimi A, Ghaye B, Szapiro D, Dondelinger RF. A complex anterior mediastinal mass: demonstration of pericardial haemangioma by dynamic MRI, Eur Radial 2004; 14: 160-3.
10. Zepeda CA, Riveros P, Lora P, Barrera R, Gatica F, Castillo J. Hemangioma cavernoso trombosado de mediastinoanterior. A propósito de un caso, Cir Cirurj 2004; 72:323-6.

✉ Endereço para correspondência
Airton Schneider
Rua Cel. Bordini, 896/401
90.440-003 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3346-8590
airton567@gmail.com

Recebido: 19/5/2013 – Aprovado: 5/11/2013