

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE PLEURA: RELATO DE CASO

MARX, Charles Alencar¹
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata²
BARBIERI, Fernando³

RESUMO

Introdução: O tumor fibroso solitário de pleura é uma neoplasia benigna rara originária do tecido fibroso submesotelial. É, geralmente, assintomático. Não há associação aparente com fatores ambientais e é mais frequente no sexo feminino. A radiografia de tórax é o método de diagnóstico inicial, sendo a tomografia computadorizada o método mais importante. Seu tratamento é cirúrgico. **Objetivo:** Relatar um caso de tumor fibroso solitário. **Materiais e Métodos:** Utilizou-se o prontuário do paciente em tratamento no centro de oncologia de Cascavel (CEONC). **Conclusão:** Apesar da escassez de informações devido à raridade do tumor, podemos encontrá-lo na prática clínica, sendo fundamental o manejo propedeútico e terapêutico individualizado do paciente. A ressecção cirúrgica tumoral incluindo margem de segurança é o principal método curativo.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia. Tumor Fibroso Solitário. Cirurgia Oncológica.

SOLITARY FIBROUS TUMOR OF PLEURAL: CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: The solitary fibrous tumor of pleural it is a rare benign neoplasm originating in the fibrous tissue submesotelial. It is usually asymptomatic. There is no apparent association with environmental factors and it is more frequent in females. The chest radiograph is the method of the initial diagnosis, and the CT scan is the most important method. The treatment is surgical. **Objective:** To show a case report of solitary fibrous tumor. **Materials and methods:** It was used medical records of the patient in the treatment in the oncology center of Cascavel (CEONC). **Conclusion:** Despite the scarcity of information due to the rarity of the tumor, we can find it in the clinical practice, it is vital the propaedeutic management and the individualized therapeutic patient. The tumor surgical resection including safety margin is the main curative method.

KEYWORDS: Neoplasm. Solitary Fibrous Tumor. Oncologic Surgery.

1. INTRODUÇÃO

Os mesoteliomas são neoplasias que se originam em superfícies serosas que possuem um revestimento mesotelial. Em, aproximadamente, 80% dos casos, o mesotelioma se origina na superfície pleural, porém, nos outros 20%, pode se originar no pericárdio, no peritônio, na túnica vaginal (SILVA, 2012).

Os tumores metastáticos são os tumores pleurais mais frequentes, oriundos, basicamente, do câncer de mama e do câncer de pulmão. Dentre os tumores pleurais, o mais frequente é o mesotelioma (TORANTINO, 2008), em que clínica e anatomo-patologicamente pode ser

¹ Acadêmico de Medicina Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: charlesamarx@gmail.com

² Orientador. Economista. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente no curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz; E-mail: eduardo@fag.edu.br

³ Docente de medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). Médico e cirurgião oncologista do Centro Oncológico de Cascavel (CEONC). E-mail: barbierfernando10@hotmail.com

apresentado sob três formas: 1) Mesotelioma localizado benigno (tumor fibroso solitário de pleura); 2) Mesotelioma localizado maligno; 3) Mesotelioma difuso maligno (SILVA, 2012).

O mesotelioma benigno primário, também conhecido como tumor fibroso solitário, mesotelioma fibroso, fibroma pleural (SOARES *et al*, 2011) ou mesotelioma localizado, é uma neoplasia benigna rara, com um número muito pequeno de casos descritos na literatura mundial, sendo relatados aproximadamente 800 casos até o ano de 2004 (TORANTINO, 2008). São originários de células mesenquimais pluripotentes, localizadas no tecido conjuntivo subseroso, apresentam crescimento lento e tamanhos variados, no entanto, é incomum a ocorrência de tumores benignos maiores do que 10 centímetros (CAMARGO, 2005). A incidência da neoplasia é muito baixa, representando em torno de 5% de todas as neoplasias que envolvem a pleura, sendo que 80% desses tumores têm apresentação benigna e apenas 20% apresentação maligna. A grande maioria deles é desenvolvido principalmente na superfície pleural e menos de 8% apresenta desenvolvimento intraparenquimal (PATANÉ *et al*, 2012). Muito raramente se apresentam bilateralmente (TORANTINO, 2008). Tem sua maior apresentação em pacientes do sexo feminino (2:1) (SILVA, 2012) e atinge uma ampla faixa etária, a qual varia desde a infância até a velhice, com predomínio mais notável entre a sétima e oitava década de vida (SOARES *et al*, 2011).

Clinicamente, o tumor fibroso solitário é, geralmente, assintomático. Quando não, apresenta manifestações clínicas inespecíficas, sendo mais frequente a tosse, dispneia, dor torácica e/ou manifestações secundárias causadas pela compressão de estruturas adjacentes ao tumor (SOARES *et al*, 2011). Pode ocorrer apresentação de síndromes paraneoplásicas como osteoartropatia (é a mais frequente, principalmente em tumores gigantes), hipocratismo digital, secreção inadequada do hormônio anti-diurético (SILVA, 2012), hipoglicemia (devido ao consumo excessivo de glicose pela neoplasia), ginecomastia, galactorréia e febre (SOARES *et al*, 2011). Não há associação com fatores ambientais, riscos ocupacionais, fatores genéticos, exposição ao asbesto ou outros poluentes (CARVALHO *et al*, 2003).

A histologia do mesotelioma fibroso solitário é descrita macroscopicamente como apresentando bordas circunscritas de consistência firme e encapsulado com contornos lisos e lobulados, com dimensões variáveis (SOARES *et al*, 2011). Microscopicamente o tumor não apresenta um padrão típico, podendo ser encontrado fibroblastos, fibras reticulares e colágeno. Encontra-se também áreas acelulares conjunta com áreas de hipercelularidade (CAMARGO, 2015).

Por serem, em sua maioria, assintomáticos, os métodos de imagem são fundamentais para o diagnóstico da neoplasia, dentre eles, o mais importante é a radiografia do tórax (CARVALHO *et al*, 2003).

Um achado relevante na imagem radiológica é que na mudança de posição do paciente, a imagem permanece mobilizada no espaço pleural (SILVA, 2012). A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são essenciais para definição do plano cirúrgico na correlação da massa tumoral com as estruturas adjacentes (CARVALHO *et al*, 2003).

O prognóstico do tumor fibroso solitário depende da ressecabilidade do tumor, incluindo suas dimensões e uma margem de segurança adequada. O tratamento definitivo baseia-se na ressecção total do tumor por meio de cirurgia, sendo que, pode ocorrer, em uma pequena porcentagem de casos, recidiva tumoral (CARVALHO *et al*, 2003), girando em torno de 10% (SILVA, 2012), após décadas do tratamento, por isso é recomendado acompanhamento no pós-operatório. Os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos no pós-cirúrgico não apresentam na literatura dados suficientes para determinar a eficiência (SOARES *et al*, 2011).

2. MATERIAIS E METODOS

Estudo retrospectivo realizado por meio da análise do prontuário do paciente com diagnóstico de tumor fibroso solitário, atendido no Centro Oncológico de Cascavel (CEONC) em 2011. No prontuário pesquisado buscou-se as seguintes informações: sexo; idade; antecedentes profissionais, especialmente história de contato com asbesto; método diagnóstico; tipo histológico; estádio clínico e patológico; terapêutica instituída, seja cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou combinações. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Assis Gurgacz, em Cascavel/PR, sob o número CAAE 43299815.0.0000.5219.

O diagnóstico definitivo foi estabelecido por meio de estudos histológicos da pleura, e o estadiamento fundamentou-se na avaliação clínica e imanenológica. Inicialmente a radiografia de tórax, precedida dos exames anatomo-patológicos e a tomográfica computadorizada foram essenciais para o diagnóstico, assim como a reelaboração de uma nova hipótese diagnóstica pela evolução do quadro clínico do paciente. Uma abordagem individualizada foi utilizada para a continuidade do estadiamento e para o tratamento cirúrgico.

3. RELATO DE CASO

F.A, sexo feminino, 55 anos, parda, do lar, apresentou-se pela primeira vez no ambulatório do Centro Oncológico de Cascavel (CEONC) em novembro de 2011 com queixa de dispneia e dor

torácica a direita há pelo menos um ano. Sem mais queixas. Antecedentes pessoais: Hipertensão controlada. Nega diabetes, alergias medicamentosas e cirurgias prévias. Ex-tabagista (60 anos), não etilista. Relata história de câncer na família (mãe apresentou CA colo uterino). Ao exame físico paciente apresenta-se sem nódulos palpáveis ou dor à palpação. Murmúrio vesicular abolido em terço inferior do hemitórax direito. Demais sistemas sem alterações.

Nos exames laboratoriais iniciais, paciente apresentava hemograma sem anormalidades e gasometria arterial alterada: pCO₂: 27,90mmHg; pO₂: 78,40mmHg e saturação O₂: 96,4%. Como exame de imagem inicial, foi solicitado a radiografia torácica a qual evidenciou uma lesão radiopaca de aproximadamente 15 cm localizada na base do hemitórax direito como pode ser visto na Figura 1 abaixo.

Figura 1 – Radiografia Torácica PA – Novembro/2011.



Fonte: Dados da Pesquisa

Solicitou-se então a realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por tomografia computadorizada (TC). Com a análise citopatológica, o laudo revelou material sugestivo para adenocarcinoma. A paciente foi encaminhada para sessões de quimioterapia prévia a fim de ser avaliada pela equipe de cirurgia do CEONC.

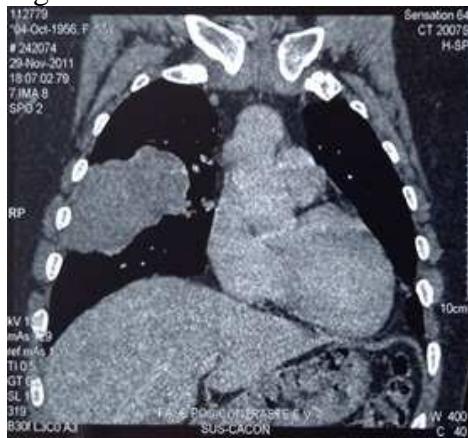
Após as sessões de quimioterapia, a paciente foi submetida à broncoscopia cujo resultado demonstrou padrão normal. Para complemento de exame, foi requisitado TC de tórax onde o laudo revelou uma lesão volumosa e expansiva, sólida, ocupando extensa área no lobo inferior do pulmão direito, estendendo-se em direção ao lobo superior, apresentando ampla área de contato com a superfície pleural medido 15,5 x 11 x 16 centímetros como pode ser observado pelas Figuras 2, 3 e 4.

Figura 2 – TC Tórax. Incidência 4 IMA 11 – Novembro/2011



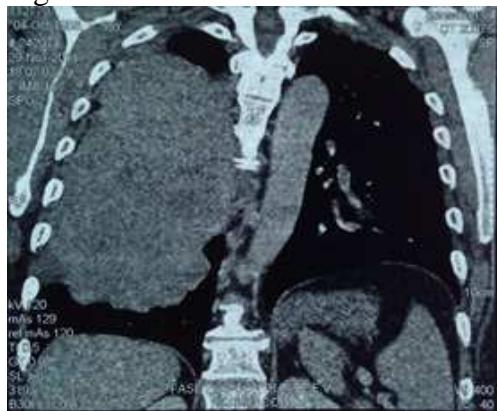
Fonte: Dados da Pesquisa

Figura 3 – TC Tórax. Incidência 7 IMA 8. – Novembro/2011



Fonte: Dados da Pesquisa

Figura 4 – TC Tórax. Incidência 7 IMA 16. – Novembro/2011



Fonte: Dados da Pesquisa

Diante disso, foi realizada nova biópsia (Tru-Cut Biopsy guiado por TC) para obtenção de amostra tecidual. Os exames anatomopatológico e imuno-histoquímico apresentaram como resultado a positividade para os marcadores difusos (CD99, Mic2, Proteína P30-32, CD43 e Bcl-2) e o painel imuno-histoquímico apresentou-se compatível com tumor fibroso solitário (neoplasia

fibrohistocitária com aspectos “borderline” para malignidade). Após nova discussão do caso e em virtude de uma nova hipótese diagnóstica (Tumor Fibroso Solitário), foi proposta e explicado à paciente, em junho de 2012, sobre o tratamento cirúrgico definitivo (ressecção tumoral) e os eventuais riscos. A paciente optou por não se submeter à cirurgia, assinando, assim, um termo de responsabilidade alegando estar ciente dos riscos e complicações.

Em junho de 2013 a paciente retorna ao ambulatório do CEONC com quadro anêmico e queixa de dispneia ao repouso, relatando a necessidade de uso de O₂ domiciliar. Solicitou-se nova radiografia de tórax a qual revelou aumento da lesão em aproximadamente 20%. Foi então explicado novamente para a paciente e para os familiares sobre os riscos e complicações, incluindo o óbito, da recusa cirúrgica por meio da paciente. Em agosto de 2013 a paciente se dispôs a submeter-se ao procedimento cirúrgico.

Solicitou-se TC de tórax, TC de abdome e avaliação do pneumologista. Na TC de tórax apontou volumosa lesão expansiva localizada na topografia dos lobos médio e inferior do pulmão direito, infiltrando o compartimento mediastinal posterior em contato com a margem medial do esôfago, comprimindo o brônquio principal direito.

Houve aumento das dimensões da lesão em relação aos exames anteriores em 20%. A TC abdominal demostrou ausência de evidências de lesões, importante esteatose hepática sem sinais focais, ausência de linfonodomegalia abdominais e pélvicas. Baço, pâncreas, rins e adrenais sem evidências neoplásicas.

Trato gastro-intestinal e genito-urinário de aspecto habitual. O laudo da avaliação do pneumologista demonstrou que a paciente apresenta risco moderado, com CVF menor que 50%, VEF1/CVF pós-broncodilatador de 71%. Os exames laboratoriais apontaram: Hemácias: 5,57/mm³; Hemoglobina: 14,5g/dL; Hematócrito: 50,4%; RDW: 16,1%; Leucócitos: 6350/ml; Plaquetas: 235000/mm³. Na gasometria arterial notou-se: pH: 7,395; pCO₂: 41mmHg; pO₂: 50,50mmHg; HCO³: 25,10 mEq/L e saturação O₂: 85,5%.

Em agosto de 2013 a paciente foi encaminhada para o centro cirúrgico para toracotomia exploradora com ressecção de tumor intracavitário. Durante o procedimento cirúrgico foram retirados dois arcos costais para extração da massa tumoral. Os três lobos do pulmão direito foram preservados.

A peça cirúrgica foi encaminhada para análise anatomo-patológico, a qual apresentou como resultado “tumor fibroso solitário medindo 29 x 19 x 11 centímetros de superfície multinodular. Pesando 2829g. Aos cortes nota-se tecido homogêneo, de consistência firme e tonalidade esbranquiçada, com áreas de aspecto mucoide. Margens cirúrgicas de circunferências livres em pelo menos 2mm. Ausência de proliferação mesenquimal atípica associada” (Figuras 5, 6, 7 e 8).

Figura 5 - TC tórax. Incidência 4 IMA 11 - Junho/2013



Fonte: Dados da Pesquisa

Figura 6 - TC tórax. Incidência 7 IMA 8 - Junho 2013



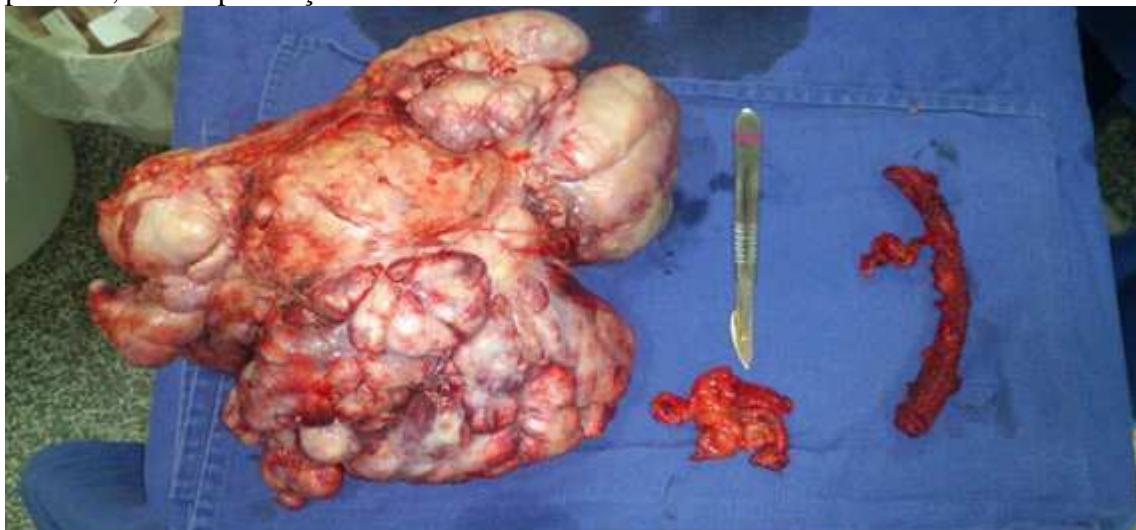
Fonte: Dados da Pesquisa

Figura 7 - TC tórax. Incidência 7 IMA 16 - Junho/2013



Fonte: Dados da Pesquisa

Figura 8 - Foto da peça anatômica referente ao Tumor Fibroso Solitário Benigno retirado do paciente, mais a presença de um dos arcos costais.



Fonte: Dados da Pesquisa

Após permanecer sob os cuidados da UTI, a paciente foi liberada e aconselhada a permanecer em acompanhamento ambulatorial para evitar eventual recidiva tumoral. Nas consultas e exames posteriores não foram evidenciados recidiva tumoral. Atualmente a paciente encontra-se em bom estado geral, sem queixas respiratórias ou dos demais sistemas. Continua em acompanhamento e sua última consulta, datada em maio de 2015, revela ausência de recidiva tumoral e Karnofski de 100%.

4. DISCUSSÃO

O mesotelioma benigno primário, também conhecido como tumor fibroso solitário de pleura, é uma neoplasia benigna rara desenvolvida na superfície pleural, originária das células mesenquimais pluripotentes. A escassez de informação sobre o tumor, hoje, em torno de aproximadamente 800 casos relatados, dificulta o diagnóstico dessa patologia, uma vez que este apresenta os mesmos aspectos clínicos de outras doenças mais frequentemente vistas na prática clínica, entre os quais podemos encontrar, como diagnóstico diferencial, os tumores neurogênicos, sarcoma sinovial, hemangiopericitoma e o fibrossarcoma. Mesmo sendo uma neoplasia rara, ela é possível de ser encontrada, diagnosticada e tratada corretamente.

A paciente do presente caso apresentou comportamento clínico característico aos já relatados por diversos autores, ressaltando o quadro de dispnéia e dor torácica associado a imagem radiológica. No entanto, a relutância do paciente ao tratamento cirúrgico proposto retirou o presente

estudo da base comum encontrada na maioria dos artigos. Camargo (2005) descreve que a velocidade de crescimento tumoral é lenta e que dificilmente encontra-se tumores benignos de tamanho superiores à 10 centímetros. No presente caso, ao exame imagergico, houve um aumento da massa tumoral em aproximadamente 80% em seu maior diâmetro, variando de 15,5 x 11 x 16 centímetros, para uma medida de 19 x 11 x 29 centímetros, quase dois anos após a primeira consulta.

O diagnóstico do paciente foi realizado por meio da anamnese, associado aos métodos de imagens e aos exames histopatológicos, seguindo assim o consenso proposto na literatura. No presente caso clínico, o diagnóstico foi dificultado devido a um equívoco no primeiro exame anatômopatológico realizado em 2011, o qual laudava o material coletado como sugestivo de adenocarcinoma. O diagnóstico definitivo de tumor fibroso solitário foi possível devido a um novo exame anatômopatológico associado ao exame imuno-histoquímico e a tomografia computadorizada de tórax.

A conduta estabelecida no paciente foi a de ressecção tumoral, incluindo uma margem de segurança. Esse é o único tratamento definitivo para o tumor fibroso solitário, sendo que pode haver recidiva tumoral por volta de uma década após a cirurgia, por isso é importante o acompanhamento ambulatorial. A neoplasia apresenta um bom prognóstico e uma expectativa de vida elevada no pós-cirúrgico. O paciente do caso clínico continua em acompanhamento clínico, segue sem queixas e não apresenta evidência de recidiva tumoral.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tumor fibroso solitário de pleura é uma neoplasia rara de baixa incidência mundial, sendo aproximadamente 800 casos relatados até hoje. É de fundamental importância o manejo propedêutico e terapêutico individualizado nestes casos, haja vista que sua apresentação clínica pode mimetizar doenças comuns como distúrbios respiratórios restritivos, doenças infecciosas e até doenças de outros sítios como a insuficiência coronária aguda.

Um conhecimento mais amplo sobre a etiologia evita um atraso no diagnóstico, impedindo que o paciente sofra agravos na sua saúde em decorrência do desenvolvimento neoplásico, da mesma forma como impede o tratamento inadequado e possibilita o tratamento cirúrgico mais precocemente, sendo esse, o principal método curativo.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, C.; CASTRO, H.; LOPES, Z.; FERRAZ, G.; MAGALHÃES, P.; SOARES, J.A.F. Tumor fibroso solitário da pleura, numa grávida. **Revista da sociedade portuguesa de medicina interna** v.10, n.3, p. 157-160, 2003.

CAMARGO, S. M. Tumores de Pleura. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA TORÁCICA. **Livro 1: Tópicos de Atualização em Cirurgia Torácica**. São Paulo: SBCT, 2014.

PATANÉ, A.K.; RAYÁ, M.; ROSALES, A.; RIVERO, H.; ROJAS, O. Tumor fibroso solitário pleural de lenta evolución. **Revista americana de medicina respiratória** v. 12, n.4, out/dez, 2012.

SILVA, L.C.C. **Pneumologia princípios e práticas**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed SA, 2012.

SOARES, T.H.; PENNA, J.T.M.; CARVALHO, B.V.; BRITO, C.C.A.; VIANNA, L.S.B. Tumor fibroso solitário da pleura: relato de caso. **Revista Med Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 69-71, 2011.

TORANTINO, A. B. **Doenças pulmonares**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.