

Leiomiossarcoma de mediastino em paciente com bócio adenomatóide: relato de um caso com necropsia

Leiomyosarcoma of mediastinum in patient with goiter: case report with necropsy

Janaina De Rossi¹
Ricardo Dutra Sugahara²
Júlio Cesar Ronconi³
Maria Aparecida Barone Teixeira⁴
Carlos Osvaldo Teixeira⁵
Silvio Santos Carvalhal⁶

RESUMO

Trata-se de relato de caso com verificação necroscópica em paciente com bócio adenomatóide, no qual foi encontrado massa tumoral peritrapeal e adjacente à tireóide, sendo diagnosticado por microscopia óptica sarcoma de partes moles com morfologia de musculatura lisa, caracterizando leiomiossarcoma. Existem raros casos deste tumor localizado no mediastino, descritos na literatura, e em nenhum destes há associação com bócio adenomatóide.

Unitermos: leiomiossarcoma, mediastino, bócio adenomatóide.

ABSTRACT

This case report relates the necropsy of a patient with goiter, in which it was detected a peritracheal tumor adjacent to thyroid gland. Pathologic features revealed soft-tissue sarcoma originating from smooth muscle (Leiomyosarcoma). There are very few cases reported in the literature, and none of them is associated with goiter.

Keywords: leiomyosarcoma, mediastinum, goiter.

INTRODUÇÃO

Sarcomas de partes moles são raros, constituindo menos que 0,1% de todos os tumores malignos⁷.

Leiomiiosarcoma (LMS) na maioria dos casos ocorre no retroperitônio ou abdome (útero ou trato gastrointestinal), havendo ainda casos descritos na musculatura lisa da

⁽¹⁾ Acadêmica do 5º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

⁽²⁾ Acadêmico do 6º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

⁽³⁾ Residente do 2º ano de Medicina Interna do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas.

⁽⁴⁾ Professora Titular do Departamento de Clínica Médica, disciplina de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

⁽⁵⁾ Professor Assistente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

⁽⁶⁾ Professor Titular dos Departamentos de Clínica Médica e de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

parede dos vasos e raramente nos membros e parede abdominal^{5,9}.

A localização deste tumor no mediastino é ainda mais incomum¹. A origem exata destes sarcomas em cada caso reportado não ficou esclarecida, tendo os autores tentado pesquisar esôfago, traquéia e musculatura lisa de parede de vasos. O esôfago é considerado o local de origem mais comum do LMS de mediastino, seguido da traquéia e musculatura lisa da parede dos vasos^{1,6}.

LMS primário da tireóide é muito raro. Em quatro casos descritos na literatura, as evidências clínicas e anatomopatológicas apontam os vasos sanguíneos da tireóide como possível sítio de origem desses tumores^{2,5}.

Considera-se, portanto, LMS primário de mediastino quando sua origem não é conhecida e esse tumor pode aparecer como neoplasia primária de partes moles tanto do mediastino anterior quanto do posterior^{3,6}.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 67 anos, branca, lavradora aposentada, com bócio adenomatóide mergulhante há 3 anos. Nos últimos dois meses, queixava-se de dispnéia, crescimento do bócio e piora do estado geral. Uma semana antes do falecimento, a dificuldade respiratória agravou-se, evoluindo para insuficiência respiratória, justificando traqueostomia de urgência. Durante a internação, desenvolveu broncopneumonia e a causa da morte foi choque tóxico-infeccioso.

Necropsia

Os principais achados anatomopatológicos foram:

- Bócio mergulhante (adenomatóide)
- Leiomiossarcoma de mediastino
- Broncopneumonia

Os aspectos macroscópicos das relações da massa tumoral com os órgãos locais estão definidos nas Figuras 1 e 2. Não havia comprometimento do esôfago e de grandes vasos do mediastino. Havia crescimento da massa neoplásica no lúmen da traquéia e invasão da parede deste órgão, conforme o aspecto microscópico demonstrado na Figuras 3, 4 e 5.



Figura 1. Relação da massa tumoral: a: cartilagem laringea; b: lobos tiroideanos com bócio adenomatóide multinodular; c: neoplasia paratraqueal.

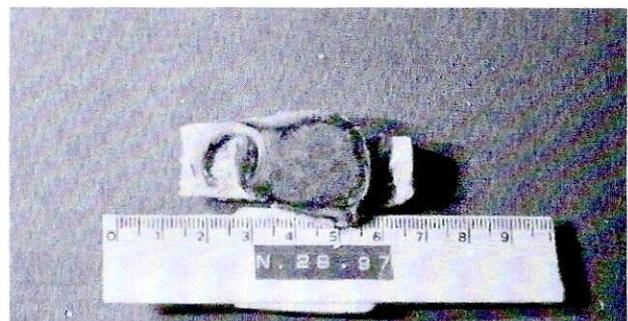


Figura 2. Corte transversal da traquéia e da massa neoplásica à esquerda (A). Lúmen da traquéia onde se vê invasão da parede e crescimento intraluminar (B).

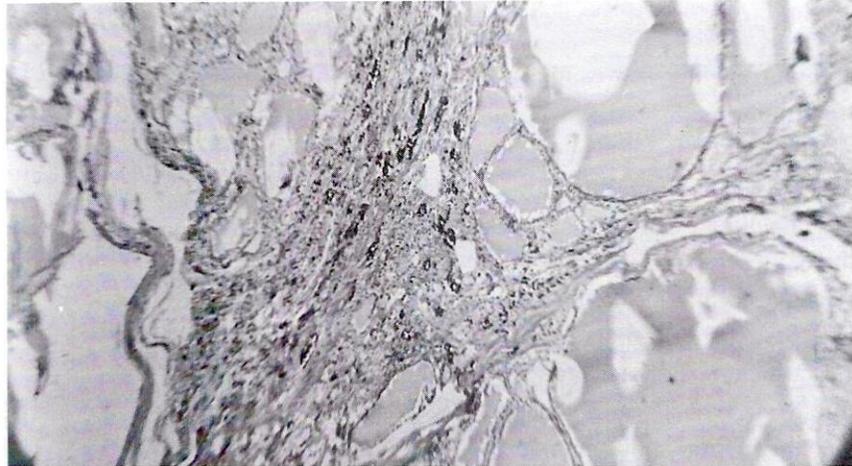


Figura 3. Aspecto típico do bócio adenomatóide. Não há neoplasia na glândula. (10x15 - HE).

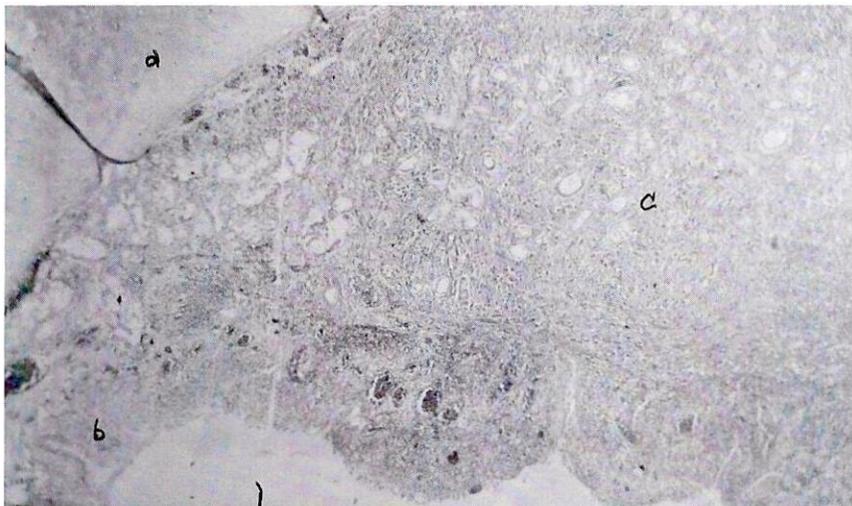


Figura 4. Corte histológico transversal da traquéia, a: cartilagem da traquéia; b: mucosa não tumoral; c: tumor; L: Lúmen. (4x15 - HE).

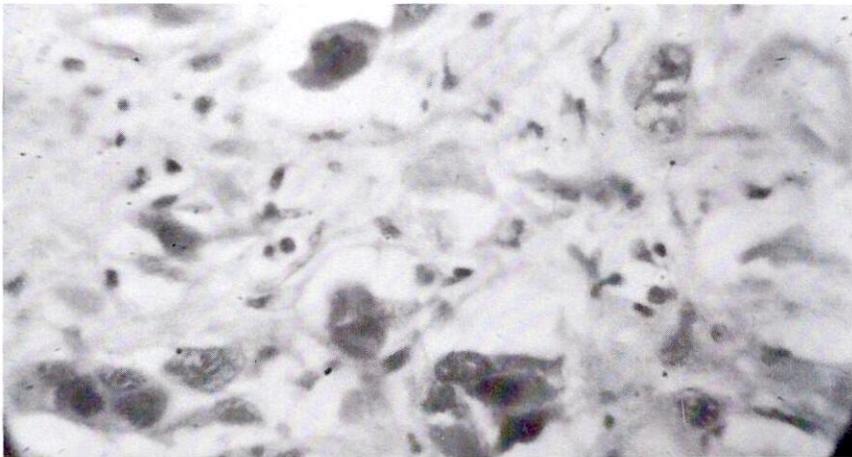


Figura 5. Corte histológico do tumor com intensa anaplasia das células. (40x15 - HE).

DISCUSSÃO

Neste estudo foram excluídos o esôfago e a parede dos vasos como sítios primários do LMS, ficando como possível origem a traquéia, tireóide ou tecidos moles do mediastino, já que seu crescimento foi adjacente à glândula e invadiu a traquéia. Quanto aos casos de LMS da tireóide, o tumor normalmente manifestou-se como massa no interior da glândula, a qual sofreu aumento de tamanho em poucos meses, sintoma também referido pela nossa paciente, porém sem substrato anatômico, pois o bócio não apresentava características de aumento súbito, como sangramento ou qualquer outra lesão expansiva no seu interior. A presença de lesões pré-existentes na tireóide normalmente não está relacionada com o desenvolvimento do LMS, porém já foi descrito um caso com doença tireoidiana multiinodular^{2,4,8}.

Este caso vem de encontro à literatura, quanto a dificuldade de definir-se o local da origem do LMS de mediastino, mesmo com a realização da necropsia¹.

Ressalta-se que a piora da dispnéia, atribuída ao aumento do volume do bócio, resultou na realidade do rápido crescimento da neoplasia, principalmente porque esta invadia a luz da traquéia. Este fato deve ser lembrado para o diagnóstico diferencial, pois o LMS de mediastino, se diagnosticado precocemente, e retirado cirurgicamente, tem bom prognóstico com sobrevida média de cinco anos após a cirurgia, na dependência do tipo histológico e da gravidade do quadro clínico do paciente^{3,6}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COTRAN, R.S., KUMAR, V., ROBINS, S.L. *Patologia estrutural e funcional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p.1139.
2. KAWAHARA, E. et al. Leiomyosarcoma of the thyroid gland: a case report with a comparative – study of 5 cases of anaplastic carcinoma. *Cancer*, Philadelphia, v.62, n.12, p.2558-2563, 1988.
3. MORAN, C.A. et al. Malignant smooth muscle tumors presenting as mediastinal soft tissue masses: a clinicopathologic study of 10 cases. *Cancer*, Philadelphia, v.74, n.8, p.2251-2260, 1994.
4. OZAKI, O. et al. Primary leiomyosarcoma of the thyroid gland. *Surg Today*, Tokyo, v.27, p.177-180, 1997.
5. PURDY, A., STOUT, M.D. *Atlas of tumor pathology*. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1953. v.5, p.88.
6. STEEN, B. C. et al. Leiomyosarcoma mediastínico. *Ann-Med Interne*, Paris, v.10, n.2, p.83-85, 1993.
7. SUNDERRAJAN, E.V. et al. Leiomyosarcoma in the mediastinum presenting as superior vena cava syndrome. *Cancer*, Philadelphia, v.53, n.11, p.2253-2256, 1984.
8. TROMPSON, L.R.D. et al. Primary smooth muscle tumors of the thyroid gland. *Cancer*, Philadelphia, v.79, p.579-585, 1997.
9. WEISS, K.S. et al. Radiation-induced leiomyosarcoma of the great vessels presenting as superior vena cava syndrome. *Cancer*, Philadelphia, v.60, p.1238-1242, 1987.

Recebido para publicação em 5 de maio e aceito em 23 de outubro de 1998.