

TUMOR BENIGNO DE PLEURA: CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS DE UMA SÉRIE DE CASOS.

Ana Claudia Vetri Martinho¹; Sabrina Sayuri Suzuki²; Olavo Ribeiro Rodrigues³

Estudante do curso de Medicina; e-mail: anavetri@hotmail.com¹

Estudante do curso de Medicina; e-mail: sabrina_suzuki@yahoo.com.br²

Professor da Universidade de Mogi das Cruzes; olavorr@uol.com.br³

Área do conhecimento: Cirurgia do Tórax.

Palavras-chave: Fibroso, Pleura, Solitário, Tumor.

INTRODUÇÃO

O Tumor fibroso solitário (TFS) da pleura é uma neoplasia rara com menos de 5 % dos tumores pleurais (OZEKI, 2014). A maioria dos casos relatados na literatura foram diagnosticados em adultos de meia-idade entre 40 e 70 anos (MÍGUEZ,2011), sem predominância de sexo(SAKURAI,2008). Os TFS são neoplasias, que geralmente surgem a partir da pleura, principalmente da pleura visceral ligando-se a ela através de um pedículo (SAKURAI,2008). Entretanto, o tumor pode ocorrer em sítios extra-pleurais tais como pulmão, fígado, rim, tireóide, cavidade nasal, seios paranasais, cavidade oral, meninges, medula espinhal, glândula parótida, órbita, glândula mamária, pele, bexiga, peritônio e pericárdio (MÍGUEZ,2011) (DE PERROT,1999)(SUSTER,1995).Caracteriza-se como maligno os TFS que apresentam: hiper celularidade, atipia e pleomorfismo nuclear, sobreposição de núcleos, mitoses aumentadas, hemorragias e necrose tumoral, derrame pleural, localizações atípicas e invasão de estruturas adjacentes (DE PERROT,2002). A presença dessas características histopatológicas aumentaria a possibilidade de recidiva (DE PERROT,2002). O comportamento clínico do TFS é imprevisível (BARRETTARA,2013), a maioria deles se comporta como massas indolores de crescimento lento (ZHU,2013). Usualmente são assintomáticos e são descobertos incidentalmete em exames de rotina (DE PERROT,1999), através de radiografia de tórax a qual apresenta uma morfologia benigna na maioria dos casos(ENGLAND,1989)(ENGAND,1989)(MEZZETTI,2003). O método específico usado para obter um diagnóstico definitivo é a biopsia transtorácica percutânea do tumor, entretanto, não influencia a conduta (ZHU,2013). A imuno-histoquímica é essencial para o diagnóstico diferencial com o mesotelioma e sarcoma, dentre outros tumores e é caracterizada pela expressão de CD34, CD99 e bcl2 sendo negativo para citoqueratina, actina, desmina e proteína S-100 (MÍGUEZ,2011). Na análise imunohistoquímica, todos os TFS apresentam vimentina, reatividade CD34 e negatividade invariável de queratina (BARRETTARA,2013). No que se refere ao prognóstico a sobrevida para o TFS benigno é de 90% em cinco anos e de 45 % no mesmo período para o maligno. A recorrência pós-cirúrgica em SFTs intrapulmonares são extremamente raras (BARRETTARA,2013). As peculiaridades desse tipo de tumor são pouco conhecidas, principalmente com relação ao comportamento maligno. Assim sendo, nos propusemos a avaliar os resultados de uma coorte retrospectiva de adultos operados de TFS em duas instituições universitárias com a finalidade de estabelecer um score de recorrência tumoral.

OBJETIVOS

Os Objetivos Gerais deste trabalho são a avaliação do resultado do tratamento cirúrgico do TFS de pleura e seu impacto no prognóstico dos pacientes operados. Tem-se como Objetivo Específico a avaliação da taxa de recorrência tumoral, com base no tratamento, na localização e nos achados histológicos do tumor.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva com inclusão de pacientes submetidos à cirurgia para tratamento de TFSP nos Serviços de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas “Luzia de Pinho Melo” (HCLPM) da Secretaria Estadual de Saúde-SP, do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, e do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual Paulista- Campus Botucatu, operados entre 1994-2014. Os critérios de inclusão objetivou pacientes que possuíam a confirmação do diagnóstico histológico do tumor, disponibilidade de dados nos prontuários e período de acompanhamento pós-operatório de pelo menos seis meses de seguimento. Excluiu-se os portadores de TFS em outros sítios anatômicos a fim excluir metástases pulmonares, casos cujo bloco de parafina não se encontre adequado à realização de exame histológico ou imunohistoquímico e pacientes que tenham menos de seis meses de seguimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dezesseis pacientes foram incluídos na amostra, 64% eram mulheres e 36% eram homens, com idade entre 35-90 anos (idade média de 59,4 anos). Desses, 50% eram brancos, 12,5% amarelos, 6,25% pardos, e 6,25% indeterminados. O hemitórax mais acometido foi o esquerdo (58,3%), em relação ao direito (41,6%). Quanto à localização, o estudo mostrou prevalência do tumor na pleura, correspondendo a 68,75%, comparado ao intraparenquimatoso (18,75%), e localizações atípicas (12,5%). Verificou-se entre os casos analisados dois casos de recorrência do tumor (12,5%). O tempo entre a cirurgia e o diagnóstico da recidiva ocorreu numa média de oito anos. Na avaliação histológica observou-se a presença de hiperplasia em 56,25%, necrose em 18,75%, hemorragia em 18,75%, e mitose > 4/10 campos em 12,5%. Cerca de 27% não apresentaram nenhuma dessas características. Na análise imunohistoquímica foram testados os seguintes marcadores: KI 67>10, CD-34, CD-99, bcl2, citoqueratina, actina, desmina, vimentina, proteína S-100. Constatou-se a positividade de CD-34 em 50% da amostra, bcl2 (25%), CD-99 (18,75%), vimentina (18,75%), desmina (12,5%), KI 67>10 (6,25%). A citoqueratina, actina, e proteína S-100 foram negativos.

O TFS é uma neoplasia considerada benigna, com índice baixo de recidiva, podendo apresentar reincidência 17 anos após a ressecção primária (SANTALOYA,2007). Nesse estudo, a recorrência foi encontrada em dois casos com recidiva após uma média de oito anos da ressecção cirúrgica. Poucos estudos demonstram características que associam comportamento maligno e recorrência. Os primeiros relatórios apontaram características histopatológicas como presença de necrose, hemorragia, mitose > 4/10 campos, hiperplasia, pleomorfismo como critérios de recorrência dos tumores (TAPIAS, 2013). TAPIAS, em 2015, validou um escore do índice de recorrência do TFS através de parâmetros como: origem pleuroparietal, morfologia séssil, tamanho do tumor com eixo maior acima de 10 cm, presença de hiperplasia, necrose/hemorragia, e número de mitoses acima de 4/10 no campo. Cada um dos seis parâmetros apresentados, recebem um ponto quando positivo amostra. Dessa maneira, pontuações maiores ou iguais a três revelam um alto risco de recorrência, assim como, pontuações menores que três demonstram baixo risco. Em nosso estudo aplicamos o escore de Tapias em todos os pacientes que ainda não apresentaram recidiva do tumor para verificar o risco de

recorrência nos próximos anos. Desses, três pacientes apresentaram pontuação maior ou igual a três, mas estes ainda possuem pós cirúrgico recente quando comparado ao tempo de recidiva que varia em média de 9 anos. Em relação à imunohistoquímica, os TFS são caracterizados pela expressão positiva de CD34, CD99, bcl2, e vimentina ; e negativa para citoqueratina, actina, desmina, e proteína S-100 (BARRETTARA,2013),(MÍGUEZ,2011), assim como demonstrado em nosso estudo, excetuando-se a desmina, a qual foi positiva em 12,5% das amostras. A análise imunohistoquímica do marcador p53 é relevante, porém não foi testado no presente estudo. Os doentes classificados através do escore de recorrência como baixo risco podem se beneficiar de uma estratégia menos agressiva de tratamento no pós-operatório e de seguimento. Já os classificados como alto risco necessitam de uma vigilância mais rigorosa e tratamento direcionado.

CONCLUSÃO

O escore de recorrência associado às características clínicas do TFS de pleura é útil para classificar os pacientes de acordo com o seu risco de recidiva. Além disso, contribui para avaliar a necessidade de um seguimento rigoroso no pós-operatório tardio, fornecendo um parâmetro de tratamento e prognóstico.

REFERÊNCIAS

BARRETTARA, Barbara et al. Fibrous lung tumor: a peculiar case. *Journal of thoracic disease*, v. 5, n. 4, p. E179, 2013.

DE PERROT, Marc et al. Clinical behavior of solitary fibrous tumors of the pleura. *The Annals of thoracic surgery*, v. 67, n. 5, p. 1456-1459, 1999.

ENGLAND, Douglas M.; HOCHHOLZER, Liselotte; MCCARTHY, Michael J.

Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura: a clinicopathologic review of 223 cases. *The American journal of surgical pathology*, v. 13, n. 8, p. 640-658, 1989.

MÍGUEZ, González J. et al. Intrapulmonary solitary fibrous tumor associated with hemoptysis: a case report]. *Radiologia*, v. 54, n. 2, p. 182-186, 2011.

OZEKI, Naoki et al. Primary pulmonary solitary fibrous tumour with brain metastases. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, v. 45, n. 2, p. 386-388, 2014

SAKURAI, Hiroyuki et al. Intrapulmonary localized fibrous tumor of the lung: a very unusual presentation. *The Annals of thoracic surgery*, v. 86, n. 4, p. 1360-1362, 2008.

SUSTER, Saul et al. Solitary fibrous tumors of soft tissue. *The American journal of surgical pathology*, v. 19, n. 11, p. 1257-1266, 1995.

TAPIAS, L. F. et al., Validation of a Scoring System to Predict Recurrence of Resected Solitary Fibrous Tumors of the Pleura. *CHEST Journal*, 147(1), 216-223 (2015).

ZHU, Youcai et al. Solitary fibrous tumors of pleura and lung: report of twelve cases. *Journal of thoracic disease*, v. 5, n. 3, p. 310, 2013.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr Olavo Ribeiro Rodrigues, que nos possibilitou participarmos deste projeto que tanto nos honra, por ser nossa inspiração diária de profissional, ser humano

e médico e pela paciência conosco dispensada ao longo deste trabalho, dispendo inúmeras vezes de suas horas de descanso para nos orientar. Agradecemos aos funcionários da UMC Sra Angela (COREME), Profa Cassia, pelo auxílio com a parte burocrática de execução. Aos nossos familiares e amigos pela paciência constante ao longo desses meses.