



CASO CLÍNICO

Árgon-plasma no tratamento de leiomioma benigno metastizante pulmonar: um caso clínico

A. Bugalho^{a,c,*}, A. Oliveira^a, J. Semedo^a, I. Lourenço^b e L. Carreiro^a

^aUnidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas do Departamento de Pneumologia do Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal

^bDepartamento de Anatomia Patológica, Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal

^cFaculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Recebido em 4 de maio de 2010; aceite em 8 de junho de 2010

PALAVRAS-CHAVE

Leiomioma benigno metastizante;
Neoplasias pulmonares;
Diagnóstico;
Broncoscopia;
Tratamento;
Tratamento árgon-plasma

KEYWORDS

Benign metastasizing leiomyoma;
Lung neoplasms;
Diagnosis;
Bronchoscopy;
Management;
Argon-plasma treatment

Resumo

Os leiomiomas benignos metastizantes pulmonares são tumores raros de células musculares lisas. Uma doente de 48 anos foi avaliada devido a tosse persistente, dispneia progressiva e sintomas constitucionais. A tomografia computadorizada do tórax revelou uma massa endobrônquica à esquerda, múltiplos nódulos do parênquima pulmonar e derrame pleural. As características histológicas da biopsia brônquica foram consistentes com o diagnóstico de leiomioma benigno metastizante. A doente foi submetida a árgon-plasma e desobstrução mecânica com eficácia terapêutica. Verificou-se estabilidade clínica nos últimos quatro anos.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S.L. em nome da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Todos os direitos reservados.

Argon-plasma treatment in benign metastasizing leiomyoma of the lung: a case report

Abstract

Benign metastasizing leiomyomas of the lung are rare smooth muscle cells tumours. We report the case of a 48 year-old female who was evaluated due to persistent cough, progressive dyspnoea and constitutional symptoms. Chest computed tomography revealed a left endobronchial mass, multiple parenchyma nodules and a pleural effusion. Bronchial biopsy histological features were consistent with benign metastasizing leiomyoma. The patient was successfully treated with argon-plasma and mechanical debulking. There was no disease relapse in the last four years.

© 2010 Published by Elsevier España, S.L. on behalf of Sociedade Portuguesa de Pneumologia. All rights reserved.

*Autor para correspondência.

Correio electrónico: antonio.bugalho @ gmail.com (A. Bugalho).

Introdução

Existem escassas referências sobre os leiomiomas pulmonares e estima-se que representem menos de 2% de todos os tumores benignos do pulmão¹⁻⁷. Apesar de benignos, em termos histológicos, comportam-se como tumores malignos dado o seu potencial de metastização, envolvendo mais frequentemente o parênquima pulmonar, os brônquios, a traqueia distal e, mais raramente, o peritoneu, as estruturas retroperitoneais, o sistema linfático e o sistema nervoso central.

Apresentação do caso

Uma mulher de 48 anos, não fumadora, foi avaliada por queixas de cansaço, dispnéia progressiva para esforços, tosse não produtiva, toracalgia não pleurítica, bem como anorexia e emagrecimento de 8 kg que principiou nos 12 meses anteriores ao aparecimento dos sintomas iniciais. Negava outras queixas. A sua história médica incluía uma histerectomia sem ooforectomia por tumor fibróide aos 45 anos de idade.

A avaliação analítica não documentou alterações. A TC do tórax revelou uma atelectasia total à esquerda, consequência de uma massa no brônquio principal esquerdo, derrame pleural homolateral e múltiplos nódulos pulmonares no parênquima contralateral.

A broncoscopia flexível expôs uma massa endoluminal, a 2cm da carina principal, condicionando oclusão do brônquio principal esquerdo (fig. 1). Não se visualizaram outras alterações na árvore traqueobrônquica. As biopsias brônquicas confirmaram a presença de uma neoplasia fusocelular, sem actividade mitótica ou polimorfismos, com vimentina e actina positivas, bem como com positividade para o estrogénio e progesterona, compatíveis com um leiomioma benigno metastizante.

Foi proposto tratamento endoscópico, sendo realizada broncoscopia rígida sob anestesia geral. O recurso a árgon-plasma e desobstrução mecânica possibilitaram a restauração total do lúmen da via aérea.

Ocorreu melhoria clínica e a broncoscopia flexível, realizada 7 dias após o procedimento, confirmou a



Figura 1 A broncoscopia flexível revela uma massa endoluminal no brônquio principal esquerdo.

manutenção da patência do brônquio principal esquerdo. A TC do tórax de controlo permitiu a documentação de estabilidade dos nódulos pulmonares e diminuição do derrame pleural (fig. 2). A doente ficou assintomática, recusando outros tratamentos. Nos últimos quatro anos verificou-se estabilidade clínica e radiológica das lesões pulmonares.

Discussão

Os leiomiomas são tumores benignos de células musculares lisas, sendo o seu aparecimento mais comum no tracto genital feminino².

Os leiomiomas metastizantes ocorrem predominantemente no sexo feminino, com maior incidência na quarta década de vida, embora um terço dos casos possa verificar-se antes dos vinte anos de idade^{1,6}. A existência de uma cirurgia uterina prévia é comum^{1,3,4,6} e a nossa doente confirma-o, dado possuir uma história de leiomioma uterino quatro anos antes da apresentação pulmonar.

Os leiomiomas do tracto respiratório inferior são geralmente assintomáticos e podem ser encontrados acidentalmente na radiografia ou TC do tórax realizadas por outros motivos^{3,6}.

A apresentação clínica depende do tamanho e localização do tumor^{3,6}, tal como na presente situação, na qual os sintomas estavam relacionados com a natureza do envolvimento – parênquimatoso, brônquico e pleural. As características radiológicas mais habituais incluem o aparecimento de nódulo(s) pulmonar(es) bem circunscritos, que variam de poucos milímetros a vários centímetros de diâmetro, distribuídos ao longo do interstício pulmonar normal. Classicamente, estes nódulos não são calcificados ou cavitados, não captam contraste endovenoso e mantêm-se estáveis ao longo do tempo ou podem, inclusivamente, regredir espontaneamente.

Estes tumores apresentam actividade mitótica baixa e contêm receptores de estrógeno e progesterona^{2,6}. O crescimento lento, juntamente com o progressivo desenvolvimento de metástases é característico e gera consequente morbidade. A histologia benigna e o comportamento maligno são enigmáticos e não foram ainda totalmente esclarecidos. O leiomioma benigno metastizante tem sido descrito como uma neoplasia do



Figura 2 Após tratamento endobrônquico a TC do tórax evidencia um brônquio principal esquerdo patente, estabilidade dos nódulos do parênquima e derrame pleural mínimo.

músculo liso de potencial maligno incerto. Por razões histológicas não podem ser classificados como tumores malignos e a sua distinção deve ser feita com um grupo heterogêneo de tumores do músculo liso⁸. O diagnóstico diferencial das lesões leiomiomatosas do pulmão inclui o leiomioma pulmonar primário, o leiomioma benigno metastizante, o leiomiossarcoma, o tumor leiomiomatoso metastático de local extra-uterino, o hamartoma pulmonar e a linfangioleiomiomatose⁶.

A presença de receptores de estrógeno e progesterona nas lesões pulmonares permite um tratamento médico ou cirúrgico. Pode haver uma estabilização, crescimento lento ou mesmo regressão das lesões após a menopausa, ooforectomia ou administração da terapia hormonal (análogos da gonadotrofina, progesterona, tamoxifeno, moduladores dos receptores de estrógeno e inibidores da aromatase) factores que confirmam um crescimento de dependência hormonal^{4,5}.

As lesões endoluminais devem ser removidas, sendo opções válidas o tratamento por broncoscopia de intervenção ou abordagem cirúrgica^{6,7}. A nossa escolha recaiu sobre a utilização de árgon-plasma e desobstrução mecânica, que provou ser eficaz na manutenção do lúmen da via aérea dado que não ocorreu recidiva nos últimos quatro anos.

Conclusão

Embora incomum, o diagnóstico de um leiomioma benigno metastizante pulmonar deve ser suspeitado quando existem achados radiológicos compatíveis, miomas uterinos e ausência de doença maligna primária. O diagnóstico final

é sempre histológico e o seguimento a longo prazo é imprescindível, tendo em conta que pode existir recidiva.

Bibliografia

1. Kayser K, Zink S, Schneider T, Dienemann H, André S, Kaltner H, Schüring MP, Zick Y, Gabius HJ. Benign metastasizing leiomyoma of the uterus: documentation of clinical, immunohistochemical and lectin-histochemical data of ten cases. *Virchows Arch.* 2000; 437:284-92.
2. Steward EA. Epidemiology, pathogenesis, diagnosis and natural history of uterine leiomyomas. *Uptodate* 17.3; www.uptodate.com (acedido em dezembro-2009).
3. Abramson S, Gilkeson RC, Goldstein JD, Woodard PK, Eisenberg R, Abramson N. Benign metastasizing leiomyoma: clinical, imaging and pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;176:1409-13.
4. Goyle KK, Moore DF, Garrett C, Goyle V. Benign metastasizing leiomyomatosis: case report and review. *Am J Clin Oncol.* 2003; 26:473-6.
5. Rivera JA, Christopoulos S, Small D, Trifiro M. Hormonal manipulation of benign metastasizing leiomyomas: report of two cases and review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:3183-8.
6. Fell CD, Tremblay A, Michaud GC, Urbanski SJ. Electrocauterization of an endobronchial leiomyoma. *J Bronchol.* 2005;12:181-3.
7. Hoetzenecker K, Ankersmit HJ, Aigner C, Lichtenauer M, Kreuzer S, Hacker S, Hoetzenecker W, Lang G, Klepetko W. Consequences of a wait-and-see strategy for benign metastasizing leiomyomatosis of the lung. *Ann Thorac Surg.* 2009;87:613-4.
8. Nuovo GJ, Schmittgen TD. Benign metastasizing leiomyoma of the lung: clinicopathologic, immunohistochemical and micro-RNA analyses. *Diagn Mol Pathol.* 2008;17:145-50.