

# Massa Pulmonar - Relato de Caso

Ronaldo Nascentes, Paulo Marcos N. Valiante, Adriana Caroli

Médico HUCFF/UFRJ - Serviço de Pneumologia  
 médico HUCFF/UFRJ - Serviço de Anatomia Patológica  
 Residente HUCFF/UFRJ - Serviço de Anatomia Patológica

Pulmão RJ - II; 27-28, 1992

## Relato de Caso

W.S., 22 anos, masculino, negro, natural de Sergipe, solteiro, eletricitista. Em junho de 1989 apresentou tosse com hemoptóico e lipotímia.

Procurou Serviço Médico onde realizou radiografia de tórax que diagnosticou massa pulmonar à direita, classificada por punção aspirativa como linfoma. Recebeu poliquimioterapia. Por não apresentar melhora suspendeu, à revelia, o tratamento proposto.

Evoluiu com dor contínua em HTD e apresentou 1 episódio de hemoptise de aproximadamente 200 ml/24h.

H.P.P.: Drenagem de derrame pleural à direita em 1979.

Bulectomia à diarreia em 1985.

Histórico Familiar: Irmã asmática e irmão epilético.

Exame Físico: Corado, acianótico. FC = 64 bpm PA = 120X70mmHg Temp. axilar = 36,8°C

Exame A. P. Respiratório: Expansibilidade sem alterações

Diminuição do FTV em 1/3 médio do HTD, com macicez e diminuição do MV.

Abdome e membros inferiores sem alterações dignas de nota.

Foi encaminhado para o Hospital de Oncologia - RJ, onde recebeu o diagnóstico pro biópsia a céu aberto. Transferido para o HUCFF, foi indicada a toracotomia, com o óbito durante o procedimento. Foi realizada necrópsia.

## Exames Laboratoriais:

Hem = 4.680.000 Hb = 12,3 g/dl Hto = 39%  
 Plaquetas = 190.000  
 Leuco = 11.900 0 - 5 - 0 - 0 - 3 - 60 - 28 - 4  
 PFR (11/03/91) Altura = 1,82m  
 Peso = 61,100Kg  
 CV 2,40 (52%) PaO<sub>2</sub> - 86 U TORR  
 CVF = 2,57 (46%) PaCO<sub>2</sub> = 43,6 U TORR

VEF1 = 1,88 (41%) pH = 7,45

IT = 73+ BE = +5,0

CMV (IND) = 70 l (41%) Sat = 96,8%

Radioscopia: curso costal normal e curso diafragmático de 14 cm à esquerda; Velamento do HTD Figura 1.

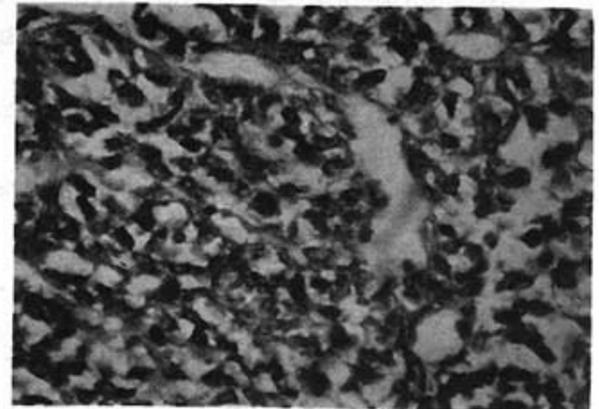


Figura 1: teleradiografia de tórax em PA e perfil com volumosa imagem de hipotransparência em superfície de contornos bem definidos e bocados, ocupando grande área do lobo superior e todo o segmento apical do lobo inferior do pulmão direito. Presença de 02 lesões nodulares com 1/3 superior e inferior do HTE.

## Relato da Necrópsia

Encontramos volumosa massa tumoral localizado nos lobos superior e inferior do pulmão direito, com aspecto infiltrativo, através do parênquima pulmonar medindo 15 x 10 x 8 cm. O tumor infiltrava os vasos do hilo, projetando-se através da parede da

veia pulmonar e ocluindo totalmetne sua luz. No pulmão esquerdo observamos a presença de quatro massas tumorais medindo entre 6 e 8 cm de diâmetro, sugerindo metástases. No coração encontramos a valva mitral totalmente ocluída por êmbolo tumoral. (Figura 2 e 3)



Uma vez que o paciente já tinha sido encaminhado com o diagnóstico de tumor de pulmão classificado como HEMANGIOPERICITOMA, a autópsia objetivou principalmente apontar a "causa mortis", confirmar o pulmão como sítio primário e buscar a existência de possíveis metástases. A microscopia observamos ainda êmbolos tumorais no fígado, rins e cérebro, além de congestão polivisceral e evidências de isquemia cerebral.

Consideramos, então, como diagnóstico principal "HEMANGIOPERICITOMA PRI-

MÁRIO DO PULMÃO DIREITO" e como "causa mortis" a "OCCLUSÃO EMBÓLICA DA VALVA MITRAL".

#### Correlação Anátomo-clínica

O Hemangiopericitoma é neoplasia mesenquimal que raramente acomete órgãos viscerais. A incidência real do acometimento pulmonar é desconhecida, tendo sido descritos menos de vinte casos onde o sítio primário foi o pulmão.

Ocorre predominantemente em adultos, embora tenham sido descritos casos em adolescentes. Localizam-se preferencialmente nos membros inferiores e superiores e não existe preferência por sexo.

Acredita-se que sejam tumores oriundos do pericito vascular, com comportamento biológico incerto, sendo que a maioria segue curso benigno.

Microscopicamente são compostos por células com núcleos arredondados, dispostas em maciços que envolvem fendas vasculares anastomosadas (Fig 4).



A aparência radiográfica usual é de nódulo ou massa bem delimitados que raramente calcificam.

mente calcificam.

Cerca de metade dos pacientes são assintomáticos por ocasião do diagnóstico.

Podem apresentar tosse, hemoptise ou dor torácica.

O prognóstico é imprevisível.

#### Referências Bibliográficas

1 - Enzinger, F. M., SMITH, BH., Hemangiopericytoma. An Analysis of 106 cases. Hum. Pathol 7:61, 1976.

2 - Pituk, HC., Conn, J. Jr., Hemangiopericytoma. Literature review and clinical presentations. Am J Surg 137:413, 1979.

3 - Tavassoli, FA., Weiss, S., Hemangiopericytoma of the Breast. Am J Surg Pathol 5:745, 1981.

4 - Enzinger, FM., Soft Tissue Tumors. The C.V. Mosby Company, 1983.

## ERRATA

### TRABALHO: TERAPIA TROMBOLÍTICA E EMBOLIA PULMONAR

Revista Pulmão-RJ — Página 133 — Volume I — Nº 4.

Foi Impresso somente o nome de um autor; corrigindo os autores são:

CARLOS ALBERTO DE BARROS FRANCO

Professor adjunto do Dptº de Clínica Médica da F. M. da UFRJ Diretor da Clínica Barros Franco de doenças respiratórias

DAVID HENRIQUE NIGRI

Médico do CTI do ITP/UFRJ, médico da Clínica Barros Franco de doenças respiratórias

DENISE DE ARAGÃO MENDONÇA

Médica do CTI do ITP/UFRJ, Médica da Clínica Barros Franco de doenças respiratórias e Médica da Emergência do Hospital Estadual Getúlio Vargas