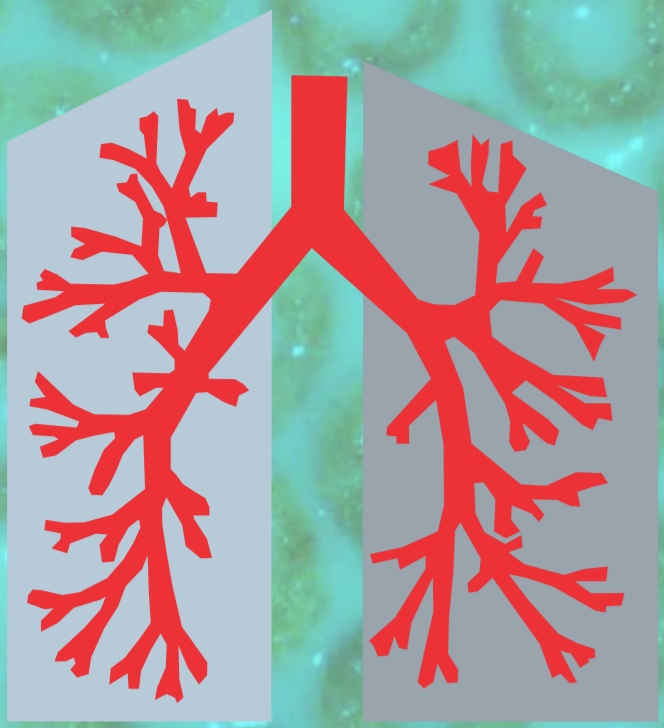


CISTO MEDIASTINAL NECRÓTICO COMPLETAMENTE INTRATORÁCICO DE CAUSA DESCONHECIDA

LEONARDO C. S. OLIVEIRA, FRANCISCO MATHEUS T. F. VIEIRA, RYAN N. LIMA, NATHALIA S. S. ZACARIAS, DAVI S. CYPRIANO, ANA CLAUDIA S. M. DE OLIVEIRA, FÁBIO R. F. TÁVORA

Contato: Leonardo Oliveira - leonardo@toracica.med.br



CIRURGIA TORÁCICA
HOSPITAL DE MESSEJANA
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Fortaleza - Ceará

RELATO DE CASO

Homem, 60 anos, com história de grande opacidade diagnosticada em raio x de rotina. Realizou tomografia que mostrava lesão cística com capsula espessada e conteúdo não captante com áreas de calcificações. Ressonância nuclear magnética mostrava lesão com focos de realce periférico medindo 9,9x9,4x8,1cm no extremo ápice do hemitórax esquerdo. A formação tumoral respeitava as estruturas vizinhas sem invadir, apenas com desvio (FIGURA 1). O paciente era completamente assintomático. Devido à grande dimensão da lesão foi realizada uma toracotomia póstero-lateral esquerda sob anestesia geral com tubo de duplo lúmen. A lesão tinha aderências frouxas ao pulmão, mas apresentava firme aderências ao ápice da cavidade torácica. A dissecação foi realizada e durante a lise das aderências houve avulsão de ramo da artéria subclávia esquerda com sangramento arterial. Foi feito controle proximal e distal da artéria subclávia no mediastino e antes da sua saída da cavidade torácica seguida de correção da laceração com fio de polipropileno 5-0. Avaliação transoperatória da cirurgia vascular excluiu necessidade de exploração vascular do membro superior esquerdo com embolectomia. A evolução no pós-operatório ocorreu sem outras intercorrências. Paciente segue em acompanhamento sem evidências de recidivas. O anatomopatológico mostrou lesão cística totalmente necrótica com capsula fibrótica sem células viáveis com dimensão de 10x9,5x7cm (FIGURAS 2, 3 E 4). O diagnóstico final foi de cisto necrótico sem causa conhecida e com ausência de celularidade viável.

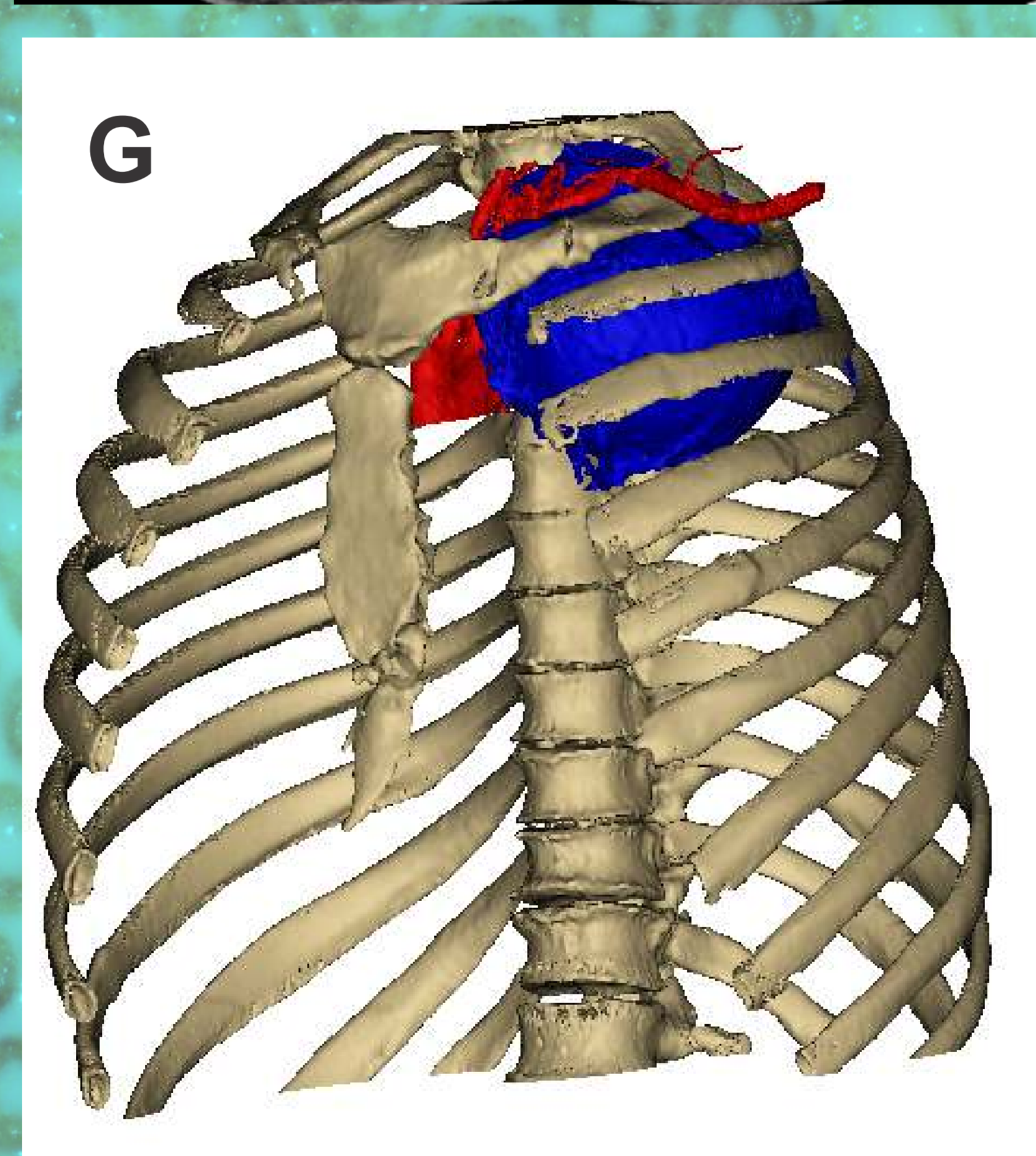
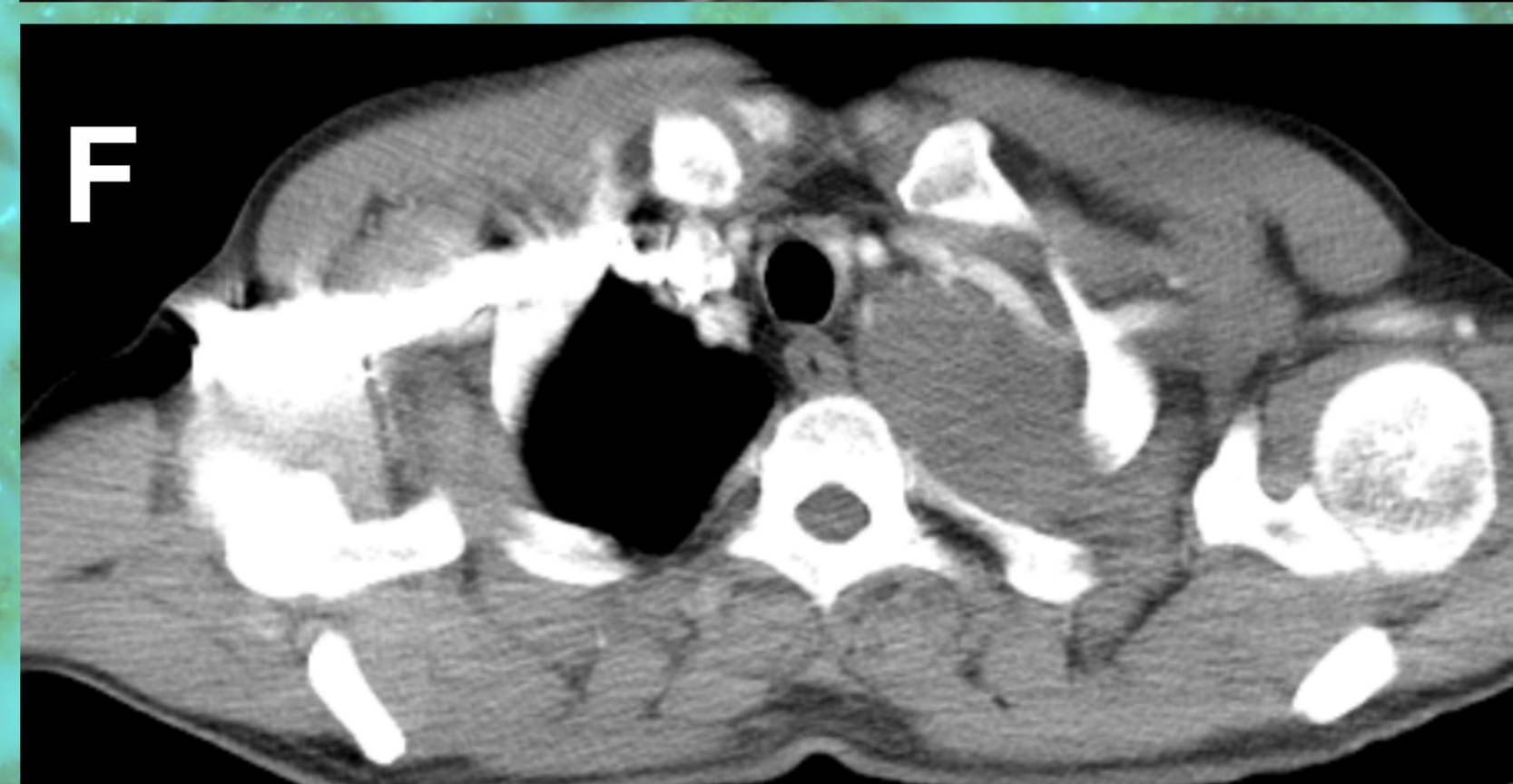
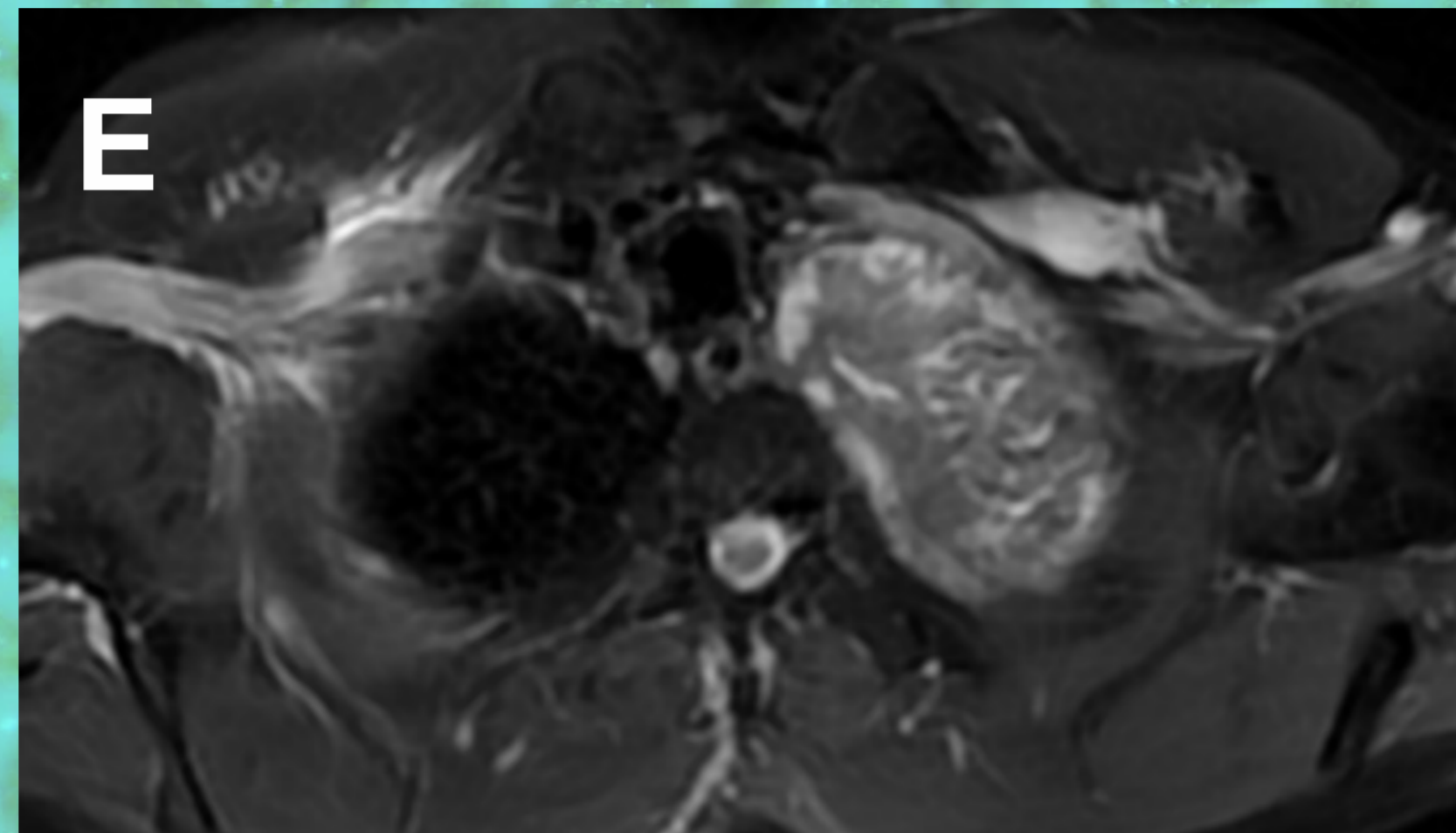
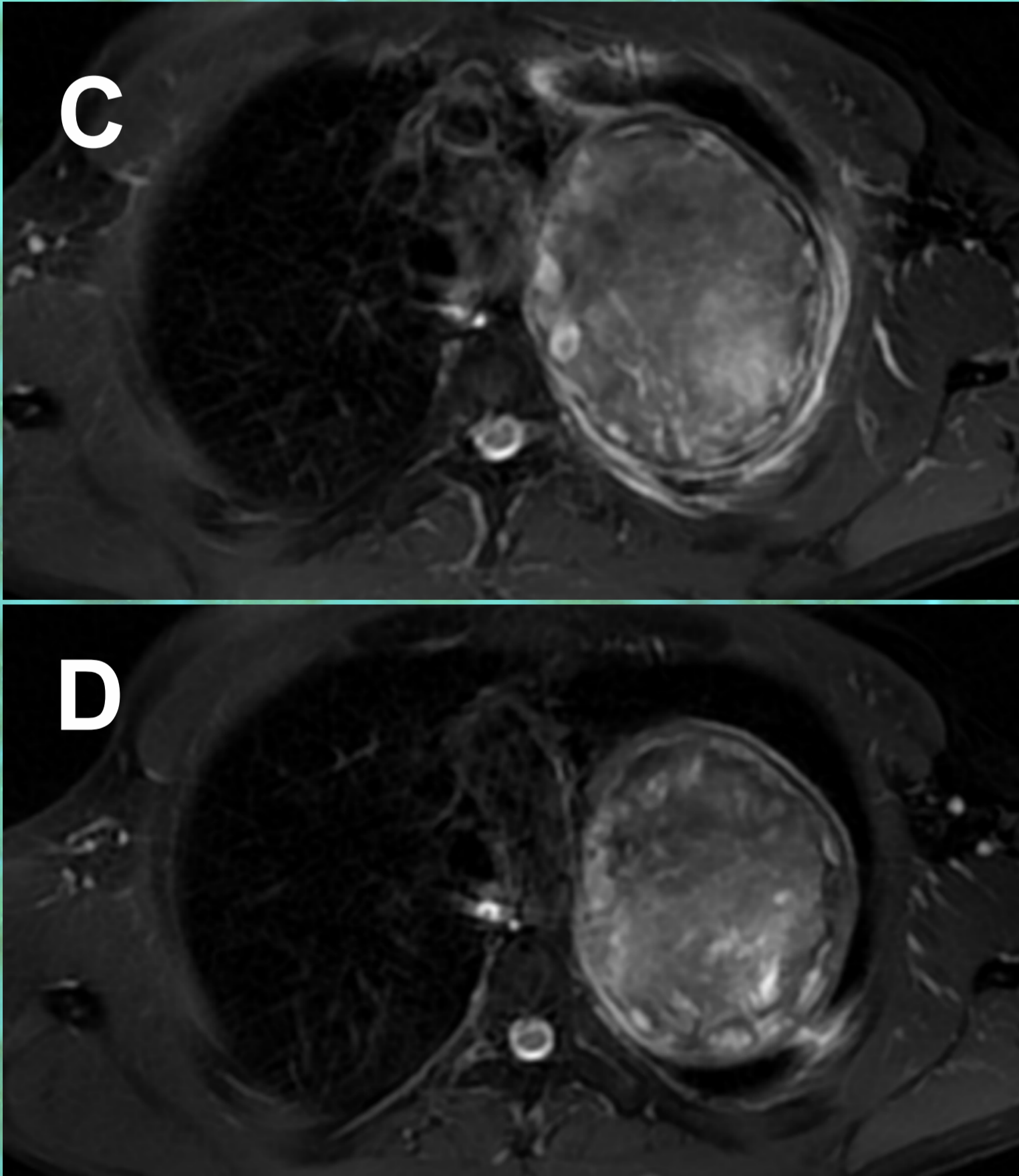
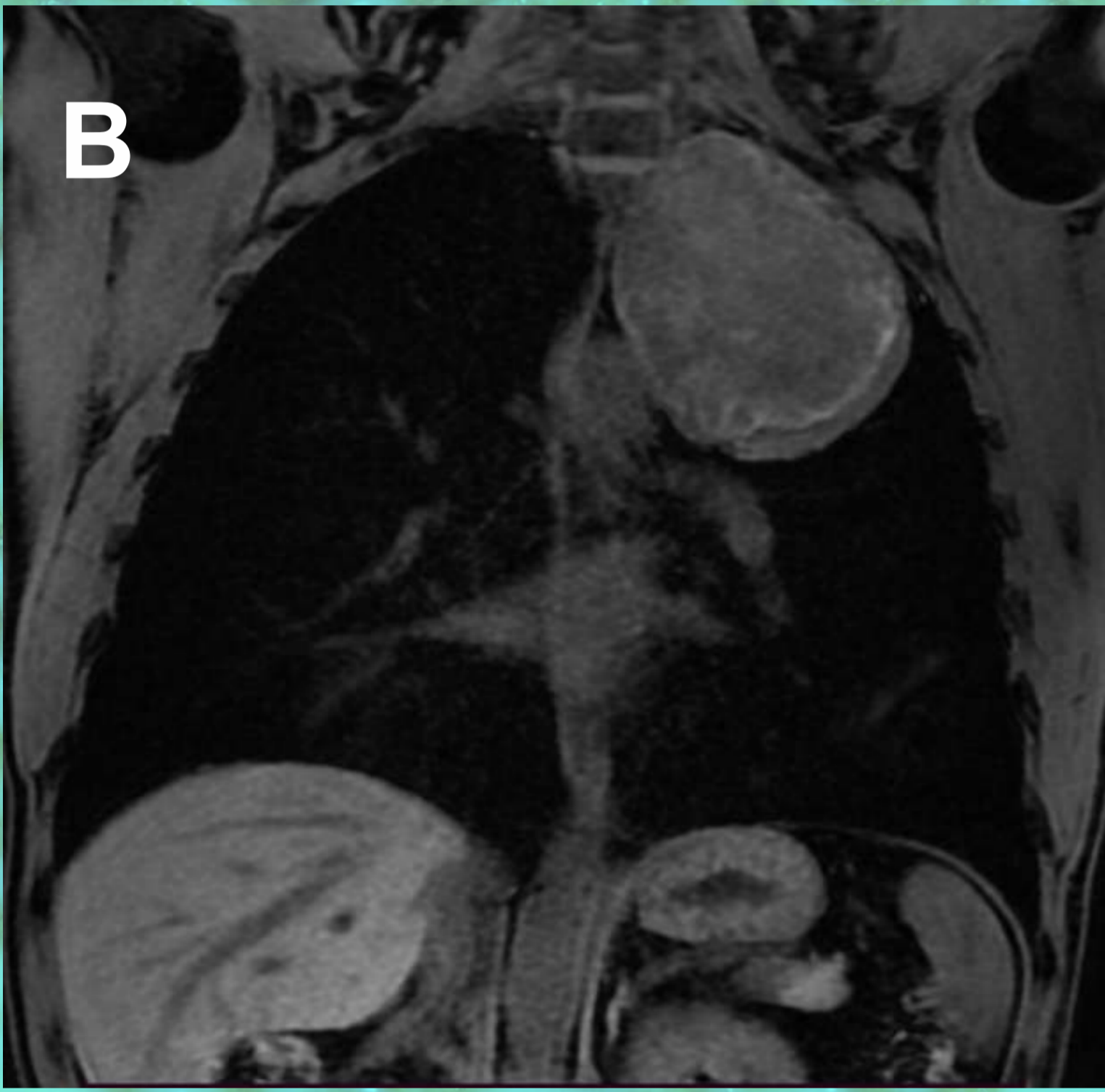
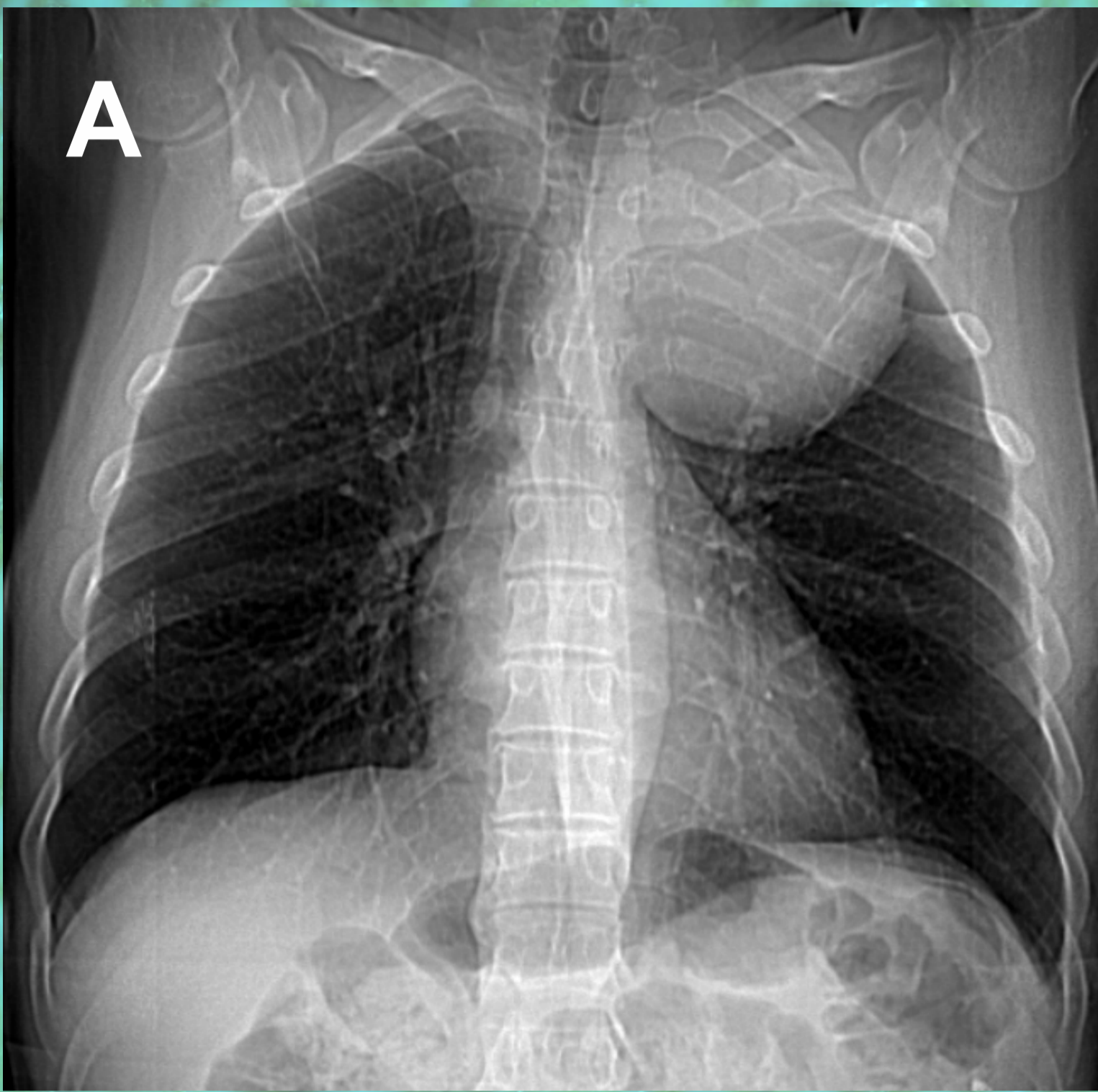


FIGURA 1: (A) escanograma da tomografia com opacidade no ápice; (B), (C), (D) e (E) Imagens da ressonância; (F) Imagem da tomografia; (G) Reconstrução da relação da massa com a artéria subclávia esquerda

DISCUSSÃO

Massas pulmonares e mediastinais podem atingir grandes dimensões antes de causar sintomas, sendo que a ressecção, quando possível, ainda é a melhor opção de tratamento para a maioria das patologias seja a histologia benigna ou maligna.

Regressão espontânea de lesões primárias malignas intratorácicas já foram registradas para carcinoma

broncogênico, escamoso, mesotelioma pleural e carcinoma adenoide cístico. Regressão de metástases intratorácicas são mais comuns sendo as de carcinoma renal as mais comuns. O mecanismo envolvido nessas regressões é especulativo, como a resposta imune após a remoção do tumor primário (nos carcinomas renais e coriocarcinomas) e o crescimento rápido causando necrose central e reação imune ao restante da lesão (1). O relato controverso, e até anedótico, de que a febre por indução de infecção, conhecida como toxina de Coley (muito usada no fim do século 19 e início do 20, que consistia em uma mistura de toxinas filtradas de bactérias como *Streptococcus pyogenes* e *Serratia marcescens* e persistiu sendo fabricada na Alemanha até 1990, embora a fórmula nunca foi padronizada), mas também envolve uma grande reação imunológica resultando na fibrose de lesões. Nos dias atuais apenas o uso do bacilo de *Calmette-Guerin* (BCG) persiste em uso para redução das recorrências do câncer de bexiga (2). Outras regressões são citadas após trauma, sangramento e transfusão sanguínea. Teorias populares sobre mudanças na dieta, suplementos nutricionais, medicações naturais, hormônios ou esteróides e ainda meditação ou fé também existem. Muitos desses relatos verdadeiramente não ofereciam diagnóstico histológico e sim apenas radiológico, como nosso caso. Lesões como a relatada aqui podiam ter diagnóstico prévio inflamatório como pneumonia criptogênica organizante ou infarto pulmonar. Finalmente diagnósticos errados prévios de malignidade podem ser difíceis de serem refutados por falta de material histológico prévio ou mau preparo e conservação desses (3).

Uma das teorias mais aceitas é que um crescimento rápido com formação de capsula fibrótica poderia levar a trombose arterial do tumor que provavelmente foi o que ocorreu neste caso. Esse mecanismo é o mais aceito nas regressões espontâneas do carcinoma hepatocelular, carcinoma renal, timoma e até tumor de células germinativas do mediastino (4, 5, 6, 7, 8). Entretanto, associado a teoria acima, a participação do sistema imune deve estar envolvida ainda mais nesses raros eventos, embora mais estudos são necessários (9, 10).

CONCLUSÃO

A necrose por trombose arterial tumoral e compressão, infecção local com ativação do sistema imune por vários fatores parece ser o mecanismo determinante nos casos de necrose tumoral completa, embora esse mecanismo nunca tenha sido confirmado completamente.

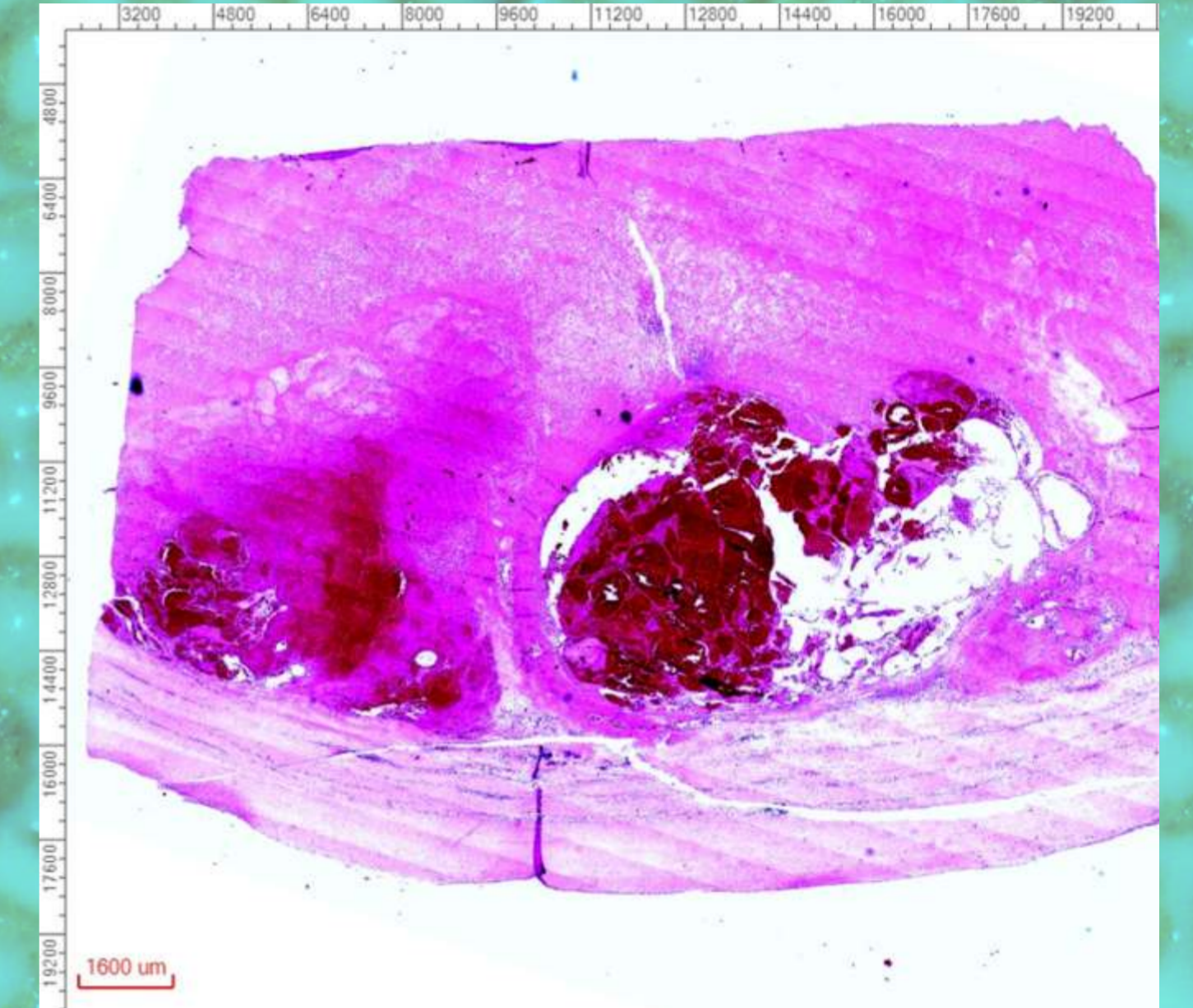


FIGURA 2: Imagem de pequeno aumento de cisto necrótico, com cápsula fibrosa (abaixo) e centro necrótico com hemorragia em organização. Não há células viáveis. HE, 20x (barra = 1600 micrômetros)

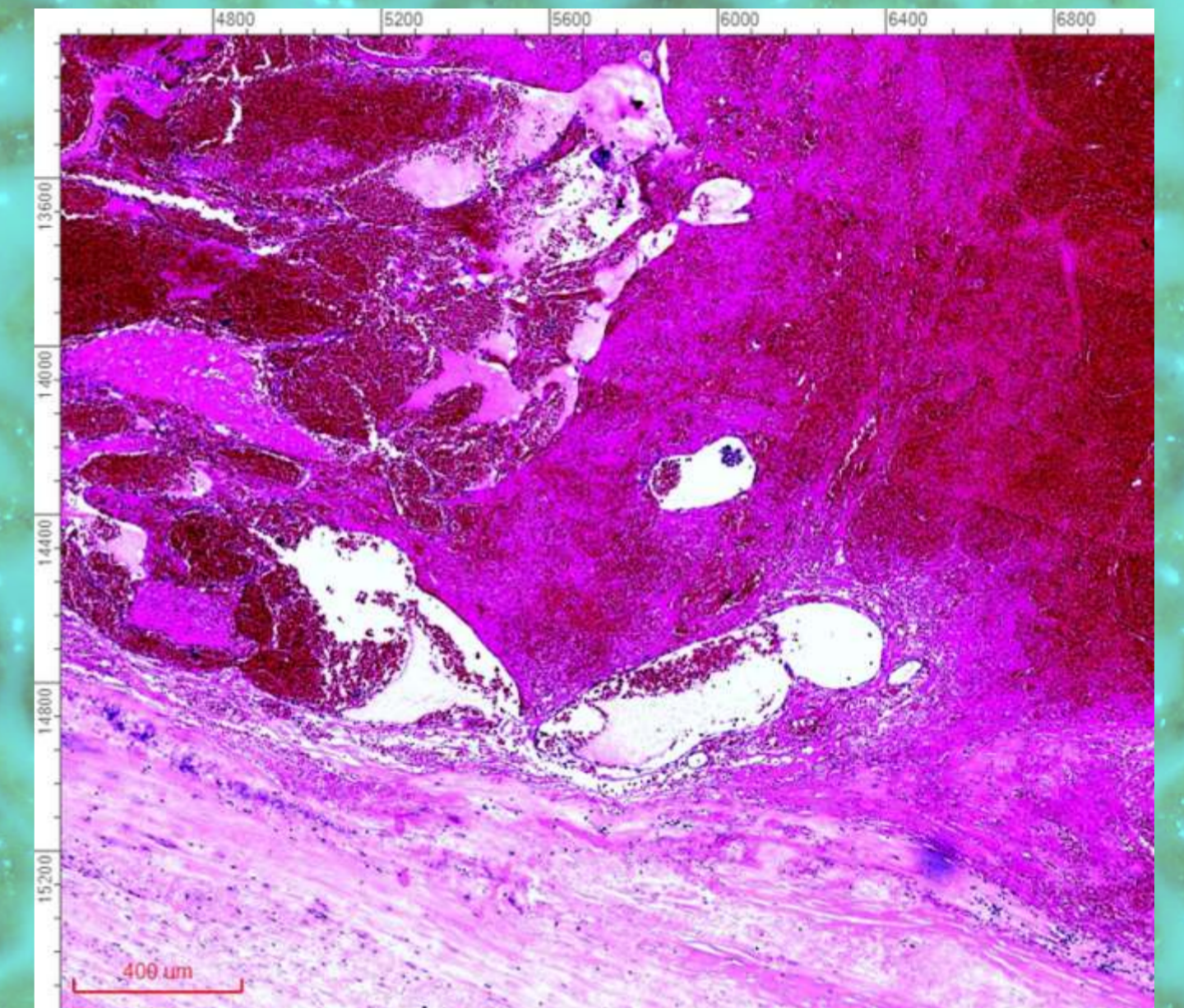


FIGURA 3: Maior aumento da Figura 1. Observa-se transição entre a cápsula fibrosa e zona hemorrágica, com fibrina, hemácias e trombo organizado. Há focos de macrófagos contendo hemossiderina. (barra = 400 micrômetros)

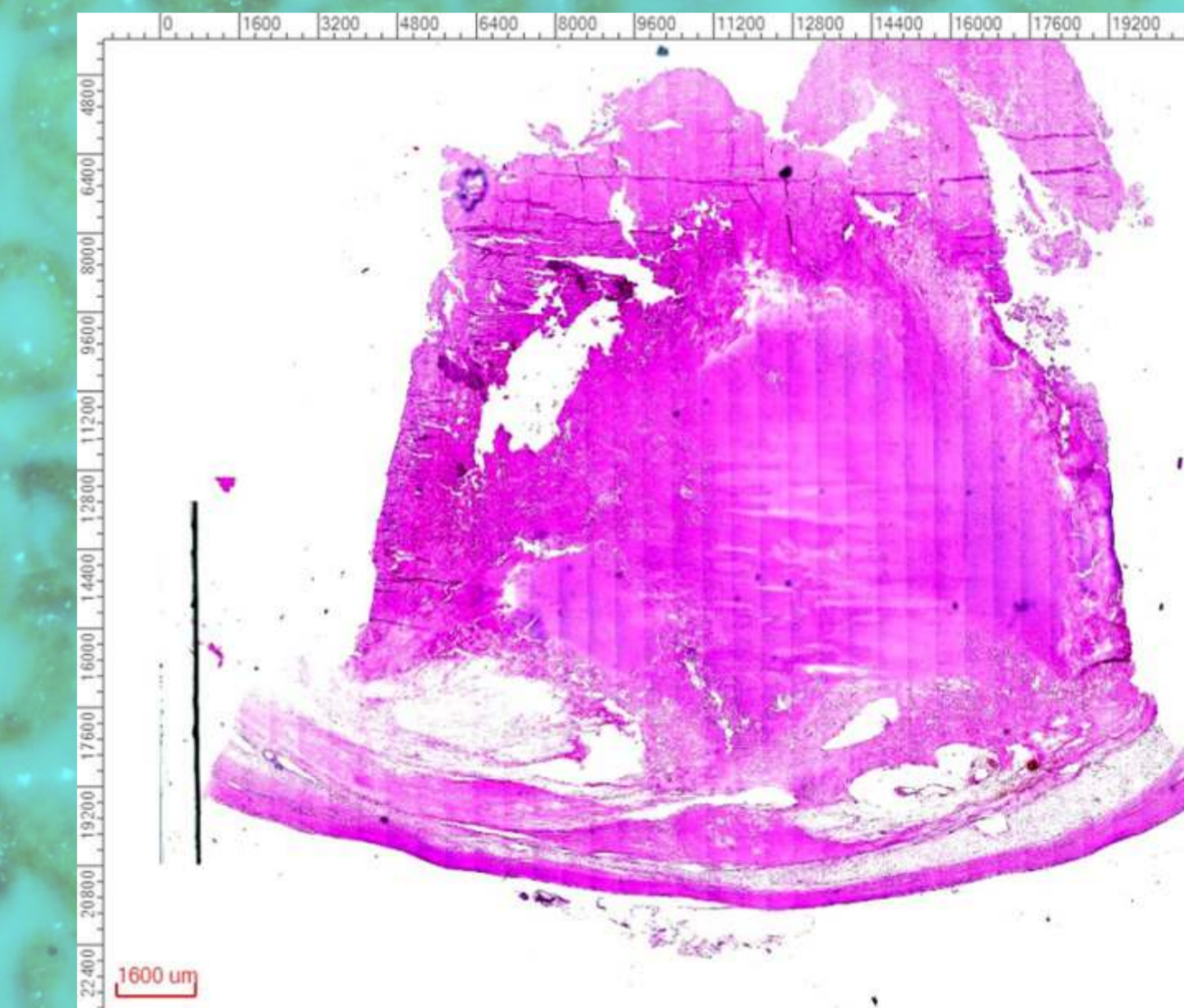


FIGURA 4: Imagem de pequeno aumento de cisto necrótico, com cápsula fibrosa (abaixo) e centro necrótico com hemorragia em organização. Não há células viáveis. HE, 20x (barra = 1600 micrômetros)

REFERÊNCIAS

1. Kumar T, Patel N, Talwar A. Spontaneous regression of thoracic malignancies. *Respir Med*. 2010;104(10):1543-50.
2. Cann SAH, Netten JP, Netten Cv. Dr William Coley and tumour regression: a place in history or in the future. *Postgrad Med J*. 2003;79(938):672-80.
3. Papac RJ. Spontaneous regression of cancer: possible mechanisms. *In Vivo*. 1998;12(6):571-8.
4. Takeda Y, Wakui N, Asai Y, Dan N, Yamauchi Y, Ueki N, et al. Spontaneous complete necrosis of hepatocellular carcinoma: A case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2015;9(4):1520-6.
5. Matsuzaki K, Imamura R, Iwanishi T, Nakagawa M, Tanigawa G, Tsubahara K, et al. A rare case of spontaneous necrosis of primary renal cell carcinoma. *Can Urol Assoc J*. 2015;9(1-2):E33-5.
6. Inslar JE, Seder CW, Pool M. A Case of Vanishing Thymoma. *Ann Thorac Surg*. 2020;110(2):e107-e9.
7. De Palma A, Pagliarulo V, Lorusso M, Verardo L, Di Gennaro F, Genuardo M, et al. A rare case of necrotic thymoma. *Il Giornale di chirurgia*. 2014;35(1-2):43-6.
8. Hachiya T, Koizumi T, Hayasaka M, JKubo K, Sekiguchi M, Hanyuuda M, et al. Spontaneous regression of primary mediastinal germ cell tumor. *Jpn J Clin Oncol*. 1998;28(4):281-3.
9. Ricci SB, Cerchiarì U. Spontaneous regression of malignant tumors: Importance of the immune system and other factors (Review). *Oncol Lett*. 2010;1(6):941-5.
10. Kleef R, Hager ED. Fever, Pyrogens and Cancer. *Madame Curie Bioscience Database [Internet]* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6084/>. 2000-2013.

VÍDEO ON-LINE



TOMOGRAFIA