

**SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ
HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA TORÁCICA**

**RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO
ASSOCIADO A ATELECTASIA PULMONAR.**

**Jorge Lúcio Costa de Medeiros Dantas
Fortaleza
2014**

**SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ
HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES
RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA TORÁCICA**

**RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO
ASSOCIADO A ATELECTASIA PULMONAR.**

Monografia para conclusão da
Residência Médica em Cirurgia
Torácica do Hospital de Messejana Dr.
Carlos Alberto Studart Gomes
Orientadores: Dr. Antero Gomes Neto
Dr. Israel Lopes de Medeiros

**Jorge Lúcio Costa de Medeiros Dantas
Fortaleza
2014**

AGRADECIMENTO

Com a conclusão da residência médica, gostaria de agradecer a todos que colaboraram de alguma forma com o meu aprendizado e crescimento profissional.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Entre os tumores de pulmão benignos, o hamartoma é o mais comum. Mesmo assim apresenta uma baixa incidência, variando entre 0,025% a 0,32% das autópsias. Sua variante endobrônquica é ainda mais rara, respondendo por 1,4% das lesões nas maiores séries. Sua apresentação clínica é bastante variável. **APRESENTAÇÃO:** Mulher, 43 anos, não-fumante, com quadro de tosse cheia e expectoração amarelada. Radiografia de tórax evidencia atelectasia a esquerda. Broncoscopia mostra lesão em brônquio fonte esquerdo com biópsia indicando hamartoma. Realizada broncoscopia rígida com ressecção completa da lesão. Seguimento de 1 ano sem recidiva da lesão ou sintomatologia infecciosa. **DISCUSSÃO:** Apesar de ser uma lesão benigna, o hamartoma pode trazer sintomatologia importante ao paciente e, nessa situação, está indicado o tratamento cirúrgico. Este deve ser adequado à localização da lesão e ao status performance do paciente, bem como, sua idade. A ressecção endobrônquica apresenta a grande vantagem de evitar a ressecção de parênquima pulmonar normal. **CONCLUSÃO:** As neoplasias benignas exclusivas da via aérea podem ser ressecadas de forma segura por broncoscopia rígida, evitando riscos de uma cirurgia de ressecção pulmonar. A falta de número significativo de doentes com esse tipo de lesão impede o surgimento de um protocolo de seguimento pós-operatório.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Among the benign lung tumors, hamartoma is the most common. Hamartoma has a low incidence, ranging from 0.025% to 0.32% of autopsies. Its endobronchial variant is even rarer, accounting for 1.4% of the lesions in larger series . Its clinical presentation is quite variable. **REPORT:** Woman, 43, non-smoker, with cough and infectious sputum. Chest radiograph shows atelectasis. Bronchoscopy shows lesion in left main bronchus with biopsy indicating hamartoma. Rigid bronchoscopy was performed with complete resection of the lesion. 1 year follow up without recurrence of the injury or infectious symptoms . **DISCUSSION :** Despite being a benign lesion, the hamartoma can bring important symptoms to the patient and, in this situation, surgical treatment is indicated. This should be appropriate to the location of the lesion and the performance status of the patient, as well as your age. Endobronchial resection has the great advantage of avoiding resection of lung parenchyma. **CONCLUSION :** The benign neoplasms of the airway can be safely resected by rigid bronchoscopy, avoiding risks of lung resection. The lack of a significant number of patients with this type of injury prevents the emergence of a protocol of postoperative follow-up.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------|---|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO | 4 |
| DISCUSSÃO | 6 |
| CONCLUSÃO | 6 |
| REFERÊNCIAS | 7 |

INTRODUÇÃO

A oncologia torácica é um amplo campo da Cirurgia Torácica com uma enorme quantidade de tipos histológicos diferentes entre neoplasias malignas e benignas, que acometem todos os órgãos da cavidade torácica⁶. Entre os tumores de pulmão benignos, o hamartoma é o mais comum, porém a incidência do mesmo varia somente entre 0,025% e 0,32% no estudo de autópsias⁷. Entre os hamartomas pulmonares, a localização endobrônquica responde por 8% numa série histórica¹. A apresentação clínica é variável, os sintomas podem ser tosse, hemoptise, dispnéia e febre, além de sintomas obstrutivos como estridor, sibilância e pneumonias de repetição, podendo, algumas vezes, ser confundido com sintomas asmáticos^{1,3,5,6,7}. Os hamartomas são neoplasias mesenquimais compostas de gordura e cartilagem e suas células apresentam alterações cromossômicas no braço curto do cromossomo 6 (6p21) e no braço longo do cromossomo 14 (14q24)^{3,4}. Na apresentação radiológica, pode ser vista atelectasia e pneumonia, como sinais de lesão obstrutiva da via aérea³. O diagnóstico é realizado com broncoscopia com confirmação através de biópsia brônquica⁴. A maioria dos hamartomas são neoplasias de crescimento lento ou não-expansivas². Assim, o tratamento é indicado para pacientes jovens ou sintomáticos^{1,5,6,7}.

O caso relatado tem importância devido a raridade deste tipo de lesão e também ao uso da broncoscopia rígida para ressecção da lesão.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

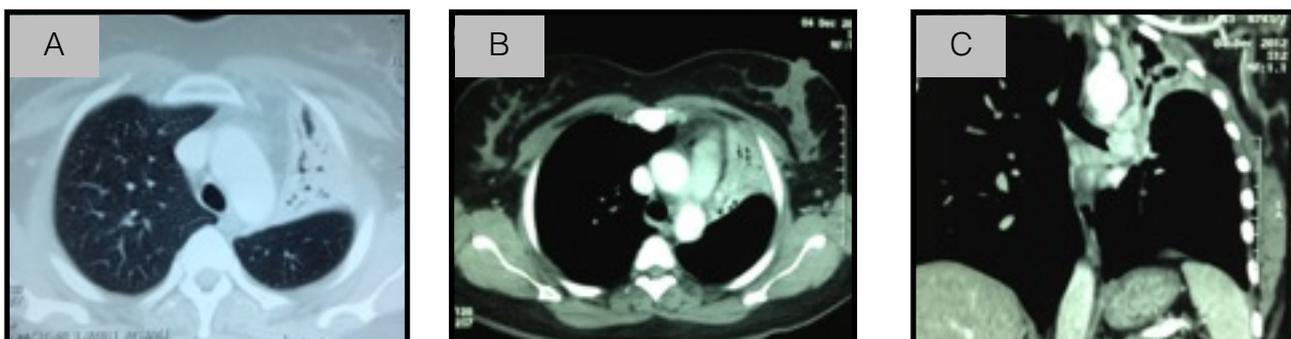
Paciente do sexo feminino com 43 anos, casada e não-fumante, procura o pronto-atendimento do hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza/CE em dezembro de 2013 com queixa de tosse cheia com expectoração amarelada há 3 dias. No exame físico, apresentava alteração da ausculta pulmonar a esquerda. Então realizou radiografia de tórax (Figura 1) que mostrou atelectasia de todo o pulmão do lado esquerdo. Assim, foi internada com prescrição de antimicrobianos e solicitada broncoscopia flexível. Nessa primeira broncoscopia foi evidenciada lesão vegetante, pediculada, hipervascularizada, friável ao toque do aparelho, ocluindo totalmente a luz do brônquio fonte esquerdo há aproximadamente 5,0 cm da carina traqueal, não permitindo a passagem do aparelho. realizada também biópsia da lesão, porém resultado foi inconclusivo. Houve melhora clínica com o curso de antibióticos e a paciente recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial com a equipe da cirurgia torácica.

Figura 1. Radiografia de tórax de admissão no pronto-socorro.



Fonte: Acervo próprio.

Figura 2. Tomografia de tórax



Tomografia de tórax mostrando atelectasia de lobo superior esquerdo, sem linfonodomegalias.
A. Janela de pulmão B. Janela de mediastino C. Reconstrução coronal

Então foi realizada tomografia de tórax (figura 2) com atelectasia lobar superior esquerda sem envolvimento de linfonodos mediastinais. Segunda broncoscopia (figura 3) foi realizada para programação cirúrgica e biópsia para confirmação histológica. Resultado da patologia com achados compatíveis com hamartoma pulmonar. Instituiu-se a realização da ressecção endobrônquica da lesão por broncoscopia rígida pelo aspecto pediculada e sem envolvimento mediastinal de linfonodos.

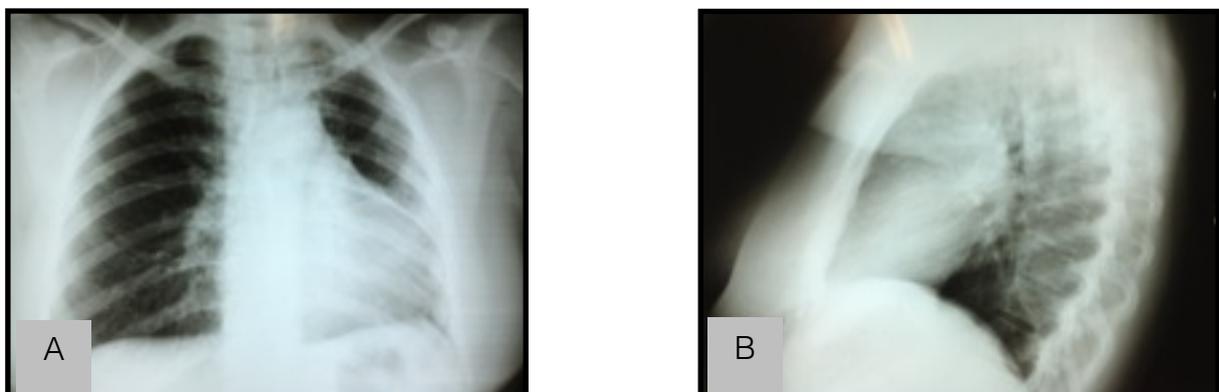
Figura 3. Broncoscopia flexível



Broncoscopia flexível com visualização da lesão endobrônquica. A. Visualização da lesão a partir do nível carinal. B. Lesão endobrônquica obstruindo a luz dos brônquios lombares superior e inferior. C. Aspecto da lesão pós-biópsia da lesão.

A paciente apresentou excelente recuperação, com alta hospitalar no 2º dia pós-operatório. Permaneceu assintomática no período da internação. Continua em seguimento ambulatorial, assintomática, sem recidiva dos sintomas infecciosos, sem sangramentos e sem alteração radiológica (figura 4) ou por broncoscopia.

Figura 4. Radiografia de controle no primeiro dia pós-operatório



A. Incidência ântero-posterior do tórax B. Incidência lateral do tórax
Fonte: Acervo próprio.

DISCUSSÃO

Apesar do hamartoma pulmonar ser a lesão neoplásica benigna mais comum, responde por pequena parcela de todas as lesões. Sua variante clássica apresenta-se como nódulo pulmonar periférico, já lesões endobrônquicas exclusivas são bastante raras^{4,5}. Devido ao seu potencial de benignidade, essas lesões podem ter seu tratamento cirúrgico realizado de forma mais poupadora, evitando-se uma ressecção de parênquima pulmonar^{1,4,5,7}. Os pacientes jovens e sintomáticos são bastante beneficiados da ressecção da lesão, para isso é importante ressecção completa da lesão⁷.

A evolução favorável da paciente tanto clinicamente como radiologicamente, mostra o benefício da ressecção poupadora. O seguimento ambulatorial e por broncoscopia se faz necessário devido a falta de protocolos que estabeleçam a evolução pós-operatória destes doentes¹.

CONCLUSÃO

Os hamartomas são neoplasias benignas, com crescimento lento e sua variante endobrônquica, pode obstruir brônquio lobar e causar atelectasia e pneumonia de repetição^{1,2,3,4,6,7}. Esses hamartomas endobrônquicos são lesões de baixíssima prevalência e com tratamentos variados^{1,2,4,6,7}. A escolha pela ressecção endoscópica parece segura e eficaz, evitando os riscos das complicações pós-operatórias de ressecção pulmonar. A falta de protocolos de seguimento destes pacientes, faz com que o segmento seja por tempo indeterminado com avaliação clínica, radiológica e endoscópica^{1,7}. A rápida recuperação e retorno as atividades em pacientes jovens impulsiona a escolha por este tipo de abordagem⁴.

REFERÊNCIAS

1. **Mesenchymoma of the lung (so called hamartoma): a review of 154 parenchymal and endobronchial cases.** JM M VAN DEN BOSCH, SJSWAGENAAR, BCORRIN, JRJELBERS, PJKNAEPEN, CJJWESTERMANN. Thorax 1987;42:790-793.
2. **Pulmonary hamartoma.** Hansen CP, Holtveg H, Francis D, Rasch L, Bertelsen S. J Thorac Cardiovasc Surg 1992; 104:674-678.
3. **Fat-containing Lesions of the Chest.** Scott C. Gaerte, Cristopher A. Meyer, Helen T. Winer-Muram, Robert D. Tarver, and Dewey J. Conces, Jr. RadioGraphics 2002 22:suppl_1, S61-S78
4. **Endobronchial Hamartoma.** Cosío BG, Villena V, Echave-Sustaeta J, et al. Chest. 2002;122(1):202-205.
5. **Central airway obstruction caused by a peripheral hamartoma.** Anna Goodman, Mary Falzon, Colin Gelder, Jeremy George. Lung cancer (Amsterdam, Netherlands) 1 September 2007 (volume 57 issue 3 Pages 395-398 DOI: 10.1016/j.lungcan.2007.03.008)
6. **Minimally invasive bronchoscopic resection of benign tumors of the bronchi.** Rodrigues AJ, Coelho D, Dias Júnior SA, Jacomelli M, Scordamaglio PR, Figueiredo VR. J Bras Pneumol. 2011 Nov-Dec;37(6):796-800.
7. **Location, Location, Location: An Uncommon Problem In A Common Place.** Hammar M, Silverman J, Liu Y, Mucha S, Lega M. Chest. 2014;145(3_MeetingAbstracts):471A.