

Whady A. Hueb
Charles Mady
Valéria B. Carvalho
Maria Augusta R. Pereira
Radi Macruz
E. J. Zerbin

LIPOMA DO MEDIASTINO.
APRESENTAÇÃO DE UM CASO.

Relato de um caso de lipoma do mediastino em paciente jovem operado com sucesso. Discute-se a raridade dessa afecção, o diagnóstico diferencial e a variedade de suas manifestações clínicas. São analisados os tipos morfológicos e as categorias histológicas. Conclui-se que, pelos métodos complementares não invasivos de exploração, o diagnóstico é apenas presuntivo.

São discutidas a indicação cirúrgica, as diferentes abordagens técnicas e as complicações do ato operatório.

O lipoma de mediastino é um achado pouco freqüente na prática médica. Já foram relatados cerca de 200 casos¹⁻⁴.

Entre os tumores do mediastino, os lipomas representam 0,6 a 2,4%^{5,6}. Em vista da pequena freqüência e dos aspectos polimorfos de sua exteriorização clínica, achamos oportuno apresentar este relato.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Pardo, 24 anos, natural de Santos (SP), em plena atividade, procurou médico com queixa inicial de palpitações episódicas.

O exame clínico revelou arritmia cardíaca e sopro sistólico de regurgitação na área mitral. Não havia sinais de insuficiência cardíaca.

A radiografia mostrou silhueta cardíaca normal e uma sombra junto do contorno direito do coração. Foi encaminhado a este serviço para elucidação diagnóstica.

Acrescentou a informação de "fisgada" no peito durante os movimentos da cintura escapular e dor à compressão costal anterior.

Estava em bom estado geral, eupnéico, corado, acianótico e tinha 1,80 cm de altura, 86 kg de peso e pressão arterial de 130 x 80 mm Hg nos 4 membros. O tórax não apresentava anormalidades. O "ictus cordis" estava no 5.º EIE, com raio de 1 cm, muscular e móvel. O ritmo sugeriu fibrilação atrial. Bulhas normais. Havia sopro sistólico de regurgitação ++ a +++ na área mitral, mais audível em

decúbito supino, irradiado para E axila esquerda, desaparecendo em outras posições do paciente.

Com esses dados, foram feitas as seguintes hipóteses: insuficiência mitral conseqüente de tumor intracavitário, aneurisma do átrio esquerdo e "cor triatriatum".

O eletrocardiograma revelou fibrilação atrial com freqüência cardíaca média de 81 bpm, AQRS a 0° e discutível sobrecarga de ventrículo esquerdo (fig. 1). A terradiografia do tórax e a planigrafia mostraram imagem paracardíaca em meia-lua de maior densidade que o parênquima pulmonar e menor que a cardíaca confundindo-se com o hilo pulmonar com o centro mais rarefeito (fig. 2). No perfil esquerdo, essa formação se encontrava em posição retrocardíaca. O ecocardiograma não mostrou alterações das valvas nem dos movimentos do septo ou paredes. Não havia evidências de tumor intracavitário. As pressões intracavitárias, e oximetria eram normais (quadro I). Pela arteriografia, o tronco e as artérias pulmonares eram normais. O retorno venoso mostrou-se normal e o átrio esquerdo, pequeno. As injeções em ramos tanto da artéria pulmonar direita como da esquerda não demonstraram drenagens anômalas. Observou-se deslocamento das veias pulmonares direitas por formação extracardíaca

O paciente foi submetido à intervenção cirúrgica. Feita a toracotomia póstero-lateral direita e exploração do mediastino, evidenciou-se, em contato com o pericárdio, aderido, ao

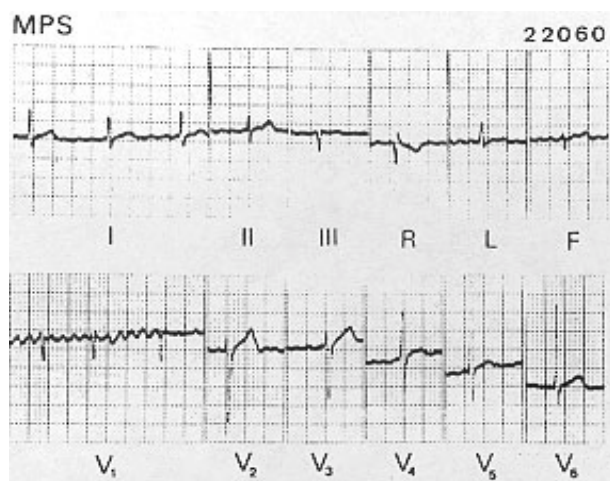


Fig. 1 - O ECG demonstra ritmo de fibrilação atrial com discutível sobrecarga de ventrículo esquerdo.

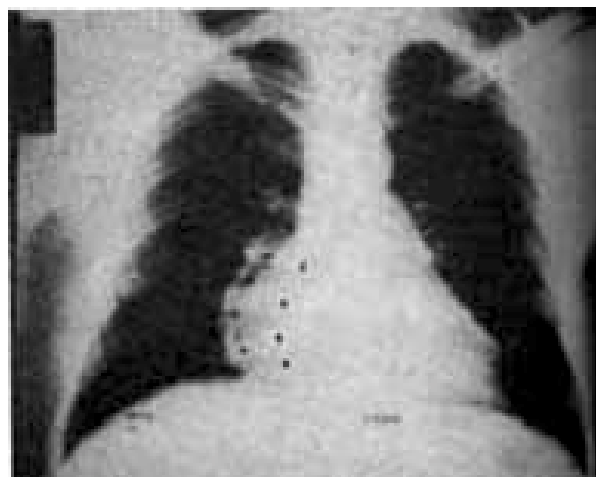


Fig. 2 - A telerradiografia de tórax evidencia imagem paracardíaca direita (setas) de menor densidade radiológica que a do coração.

Quadro I - Resultados do cateterismo cardíaco.

| | Sistólica | Pressão em mmHg | | | Oximetria (% de O ₂ Hb) |
|---------------------|-----------|--------------------|------------------|-------|------------------------------------|
| | | Diastólica inicial | Diastólica final | Média | |
| Átrio direito | ... | ... | ... | 11 | 76 |
| Ventrículo direito | 31 | 5 | 12 | ... | 78 |
| Tronco pulmonar | 34 | 18 | ... | ... | 77 |
| Capilar pulmonar | ... | ... | ... | 19 | ... |
| Ventrículo esquerdo | 142 | 5 | 23 | ... | 98 |
| Átrio esquerdo | ... | ... | ... | 20 | ... |
| Aorta | 142 | 108 | ... | 117 | 97 |
| Veia cava superior | ... | ... | ... | ... | 75 |
| Veia cava inferior | ... | ... | ... | ... | 75 |

Espessura torácica = 24cm

átrio esquerdo, envolvendo a aurícula e sulco atrioventricular, massa amarelada, irregular medindo 12,6 x 9,8 x 4,5 cm de superfície externa parcialmente rugosa ao corte, de aspecto granuloso (figs. 3 e 4).

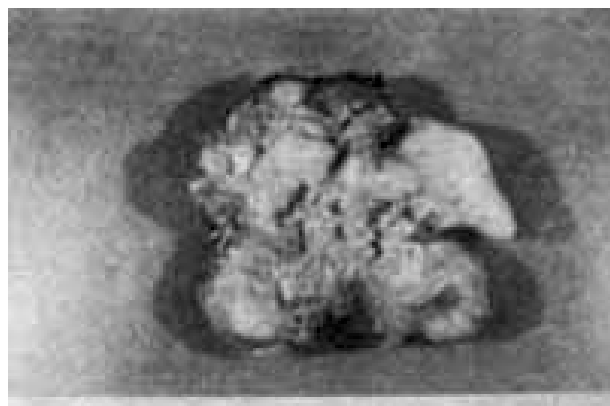


Fig. 3 - Tumor gorduroso com superfície externa apresentando áreas lisas e áreas com irregularidades grosseiras.

O exame histopatológico revelou tecido gorduroso com delgada cápsula de tecido conjuntivo. As células gordurosas eram grandes, poligonais, ocupadas por grande vacúolo claro. Os núcleos excêntricos e ovalados, não mostraram atipias. A rede capilar intersticial era dilatada, observando-se pequenos focos hemorrágicos. Não havia sinais de malignidade.

Após a operação o paciente apresentou boa evolução. Desapareceu o sopro sistólico. O ritmo de fibrilação atrial manteve-se, não obstante o uso de medicamentos e da cardioversão elétrica. Obteve alta no 10.º dia de pós-operatório, em excelentes condições.

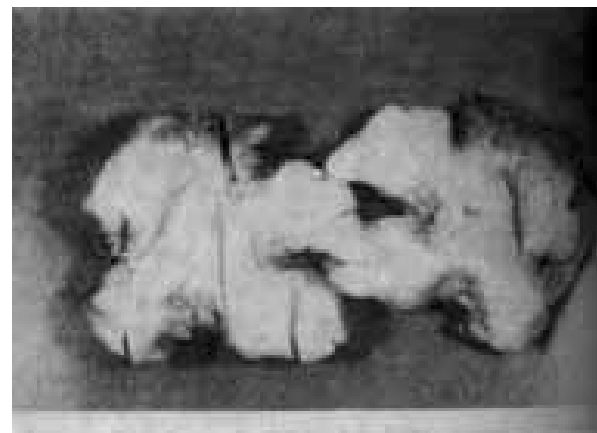


Fig. 4 - Massa tumoral em cortes, evidenciando-se a homogeneidade da gordura.

COMENTÁRIOS

Em 1781, Fothergill⁷ fez a primeira constatação, por necropsia, de um tumor de linhagem gordurosa no mediastino e, até 1940, foram relatados 120 casos⁸, 10 em crianças de 3 até 12 anos de idade. Revisões recentes^{1,3}

mostram que os casos de lipomas do mediastino alcançam 2 centenas, com grande predominância nos adultos⁴

Morere e col.³ classificou estes neoplasmas em dois grandes grupos de acordo com a sua localização: endotorácicos (grupo I) e mistos (grupo II). Os endotorácicos são os mais freqüentes. Os mistos não são restritos ao tórax, localizando-se em mais uma região vizinha (toracoabdominais ou cervicotorácicos).

Fulde⁹ e Hever¹⁰ denominaram as formas do grupo II de lipomas em “relógio de areia”. Esses tumores podem emergir da base do pescoço, fossa supraclavicular, fossa infraclavicular ou herniar através dos espaços intercostais assumindo o aspecto de ampulheta.

Le Brigard e col.¹¹ admitem que a essas deverão ser acrescidas as formas abdominotorácica e transdiafragmática. Essa ampliação é criticável porque não se trata de lipomas mediastinais e sim de formações pré-herniárias subcosternais.

Os lipomas mediastinais localizam-se no hemitórax direito (40%) ou no hemitórax esquerdo (40%) ou são centrais (20%). No presente caso o lipoma era central, em contacto com o átrio esquerdo, projetando-se discretamente para o hemitórax direito, comprimindo as veias pulmonares à direita e dirigindo-se para a região posterior.

Semelhantemente aos tumores tímicos e aos disembríomas heteroplásticos, os lipomas são essencialmente formações tumorosas do mediastino anterior³. McCarkle e col.⁷, em sua revisão de 33 casos, encontrou 30 no mediastino anterior e 3 no mediastino posterior. No caso apresentado, encontrava-se no mediastino posterior.

Na dependência da linhagem celular, os lipomas mediastinais podem ser dos seguintes tipos²: a) originados do tecido gorduroso do mediastino; b) originados do tecido gorduroso hipertrófico do ângulo cardiofrênico; c) originados do tecido gorduroso do timo e d) congênitos (tipo disembríoplastia mesenquimatosas).

Entretanto, ocorrem combinações: fibrolipoma, lipomixoma ou fibrolipomixoma e lipotimoma. Esses são benignos, enquanto os lipossarcomas ou fibrolipossarcoma são malignos e pouco freqüentes.

Ciciarelli e col.¹², com 26 casos originais de tumores do mediastino, acrescidos a outros 14 da Clínica Mayo, colocaram em evidência o grande predomínio dos tumores malignos no mediastino: 32 casos de lipossarcomas e 6 de lipomas. Os 2 casos restantes eram de linhagem tecidual indiferenciada. Mostraram, assim, que os lipomas exibem baixa freqüência nesse segmento corporal.

O lipoma é quase único, esbranquiçado ou róseo, arredondado ou periformes, liso ou multilobulado recoberto de fina capa transparente vascularizada de consistência elástica pesando cerca de 3.000 gramas.

O exame histológico revela células distendidas pela inclusão gordurosa e núcleo celular excêntrico.

São sempre benignos^{3,7,8}, não havendo relato de degeneração maligna ou metástase³.

Os sintomas resumem-se às queixas respiratórias. A dispnéia, de início discreta, torna-se progressiva à medida que a massa tumoral comprime as estruturas pulmonares. A compressão ocorre tardiamente, pois o tumor tem tendência a ocupar espaços, adaptando-se às estruturas vizinhas^{3,7,8}. Em nosso caso, a massa tumoral apresentou essas características, envolvendo o átrio esquerdo e sulco atrioventricular esquerdo. Podem ocorrer manifestações que mimetizam a asma brônquica. A mudança de posição geralmente altera a topografia do tumor^{2,3,13,14}, podendo modificar os sintomas, sendo relatado um caso de morte por asfixia provocada por manobras.

Queixas sugestivas de cardiopatia geralmente decorrem da compressão pelo tumor. No presente caso, a compressão era de tal monta que deformava o anel mitral e, conforme o decúbito, ouvia-se sopro de regurgitação na área mitral. Esse sopro desapareceu após a ressecção do tumor.

Pode ocorrer, por contiguidade, infiltração nos órgãos vizinhos de células gordurosas^{15,16}. Em nosso paciente, isso pode ter acontecido, pois ele apresentava o átrio esquerdo de tamanho normal e o ECG demonstrava ritmo de fibrilação atrial. Não adquiriu o ritmo sinusal após ressecção do tumor nem mesmo com cardioversão elétrica.

Dor do tipo angina de peito é rara. A tosse, quando presente não é produtiva. Hemoptise, asma e disfagia são manifestações raras^{2,3,13,14,17}.

O diagnóstico, geralmente, é feito por toracotomia exploradora^{1,11,12,18}. A tomografia computadorizada revela a massa tumoral e a biópsia por punção transtorácica pode indicar a linhagem tecidual do tumor. Em nossa observação, o diagnóstico pré-operatório de lipoma foi difícil face à sua localização pouco habitual.

A toracotomia e o estudo anátomo-patológico forneceram o diagnóstico de certeza. A broncografia e a broncoscopia têm indicação para afastar crescimento tumoral intraluminal, confirmar compressão extrínseca ou diagnosticar simples distensão brônquica.

Cisto pericárdico, teratoma, timo, tuberculose, tumor invasivo, hemangioma pericárdico, hérnia de fígado ou diafragmática podem ser considerados no diagnóstico diferencial de lipoma do mediastino^{3,17,3,17}. O simples aumento da área cardíaca deve igualmente ser considerado no diagnóstico¹⁴.

Foram relatados 2 casos em que o tumor mudava de forma e de posição durante as fases da respiração². Em um caso, o lipoma de cúpula diafragmática direita foi confundido com cisto pericárdico.

A radiotransparência da gordura, intermediária entre a do pulmão e a do coração, permite geralmente distinguir os tumores mediastinais das estruturas cardíacas e pulmonares.

Em nosso caso, esse recurso não foi totalmente aproveitado em virtude da posição retrocardíaca do tumor. A mudança na forma e posição da massa de acordo com a postura pode robustecer a suspeita.

Em geral, pode-se suspeitar de tumor de mediastino quando, além das peculiaridades descritas anteriormente, encontramos aumento do ventrículo esquerdo associado a derrame pericárdico, ou aumento da área cardíaca. A diminuição dos movimentos de um dos ângulos do coração durante a visão radioscópica é de grande valor diagnóstico^{14,17}.

Assim, malgrado o aperfeiçoamento dos métodos complementares não invasivos, o diagnóstico de lipoma mediastinal, com auxílio deles, é apenas presuntivo.

O tratamento é sempre cirúrgico. A toracotomia ântero-lateral ou póstero-lateral e, mais raramente, mediana² é indicada e sempre do lado no qual o tumor faz proeminência. Apesar da benignidade do tumor o tratamento cirúrgico está indicado por causa dos seguintes riscos: aumento do volume e graves complicações; complicação pulmonar e degeneração tardia.

A radio ou quimioterapia podem ser empregadas nos lipomas em geral⁸ e os intratorácicos não são exceções^{13,18}.

As complicações pós-operatórias não são freqüentes^{8,3}. Quando não há infiltração de órgãos vizinhos, sua retirada é fácil e o único problema é a brusca descompressão torácica¹⁸, facilmente contornável. A evolução tardia é favorável.

SUMMARY

The authors report a case of mediastinal lipoma in a young male patient, who was submitted to a successful surgery.

The morphological and embryological aspects of this tumor in the various organs which could originate or promote tissular combination are discussed. The importance of complementary methods for clinical elucidation are likewise presented, stressing that the diagnosis is initially presumptive.

The surgical procedures and different technical approaches and complications are discussed.

REFERÊNCIAS

1. Defresne, C. H. - Les lipomes du médiastin. These, Paris, 1957.
2. Paris, F.; Blasco, E.; Canto, A.; Tarazona, V.; Bosh, R. - Lipoma de mediastino. Rev. Clín. Esp. 116: 383, 1970.
3. Morere, P.; Stain, J. P.; Hertzog, P.; Nouvet, G.; Denoix, C. - Les lipomes mediastinaux. Ann. Chir. Thorac. Cardiovasc. 11: 417, 1972.
4. Medeiros, J. H., S.º; Luiz, C.; Lopes, E. A.; Jatene, A. D. - Tumor radioluciente epipericárdico: Lipoma. Apresentação de 2 casos sob o ponto de vista radiológico. Arq. Bras. Cardiol. 30: 145, 1977.
5. Ringertz, N., Lindholm, S. O. - Mediastinal tumors and cysts. J. Thorac. Surg. 31: 458, 1956.
6. Hodge, J.; Aponte, G.; MecLaghlin, E. - Primary mediastinal tumors. J. Thorac. Surg. 37: 730, 1959.
7. McCorkle, R. G.; Koerth, C. J.; Donaldso, J. M. - Thoracic lipomas. J. Thorac. Surg. 9: 568, 1940.
8. Kleinhaus, S.; Ducharme, J. C. - Mediastinal lipoma in children. Pediatr. Surg. 66 (4): 790, 1969.
9. Fulde, E. - Uber das intrathoracale Lipom. DeutscheZtschr. Chir. 201: 207, 1939.
10. Hever, G. H. - The thoracic lipomes. Ann. Surg. 98: 801, 1933.
11. Le Brigaud, H.; Wapler, C.; Cordey, F.; Roussel, A.; Defresne, C. - Lipomes et tumeurs lipomateuses du mediastin. J. Frac. Med. Chir. Thor. 14: 417, 1960.
12. Ciciarelli, P. E.; Soule, E. M.; McGoon, D. C. - Lipoma and liposarcoma of the mediastinum. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 47: 411, 1964.
13. Crockett, J. E.; Decker, D.; Reed, W.; Dunn, M.; Leger, L. - Lipoma of the heart. Am. J. Cardiol. 14: 394, 1964.
14. Gottlieb, A. M.; Baer, L. J.; Jordan, P., Jr. - Mediastinal lipoma simulating cardiac enlargement. JAMA 152: 908, 1953.
15. Brock, D.; Finger, J. - Lipoma of the heart. Am. Heart J. 59: 59, 1960.
16. Esteves, J. M.; Thompson, D. S.; Levinson, J. P. - Lipoma of the heart. Arch. Path. 77: 638, 1964.
17. Osen, R. E.; Tangchai, P. - Large lipoma of the left ventricle. Arch. Path. 72: 58, 1961.
18. Victor, S.; Anaud, V.; Andapp, P.; Bhorathy, S.; Rao, S.; Reddy, K. C. - Malignant mediastinal chemodectoma. Chest, 68 (4): 583, 1975.