

LEIOMIOMAS BENIGNOS METASTIZANTES

M. L. LOPES, LINA CARVALHO, A. COSTA

Serviço de Pneumologia. Centro Regional de Oncologia de Coimbra. Coimbra

RESUMO/SUMMARY

Os leiomiomas benignos metastizantes são tumores raros do pulmão. Surgem como achado radiológico através de uma telerradiografia torácica de rotina ou são encontrados por acaso no decurso de uma autópsia, em mulheres com passado de leiomioma uterino. Têm uma evolução lenta, no entanto, podem progredir para uma insuficiência respiratória por aumento do número e dimensão dos nódulos pulmonares.

O aspecto terapêutico é controverso. A histerectomia total constitui o tratamento de escolha para certos autores. Outros preconizam um tratamento médico hormonal (derivados progestagénicos) ou por agonistas LH RH. Os autores apresentam um caso clínico de leiomiomas benignos metastizantes do pulmão, fazendo uma revisão da literatura sobre o assunto.

Palavras-chave: Leiomiomas, tumores, pulmão

BENIGN METASTASIZING LEIOMYOMAS

Benign metastasizing leiomyomas are rare tumours of the lung. The presenting symptoms are variable and the patients can be asymptomatic till a routine x-ray of the thorax is made (or at necropsies) and a history of uterine myomectomy is discarded. The mitotic rate is low and no cellular atypia is found but these tumours can be multiple, follow venous growth and be cause of breath inadequacy and death.

Therapy has not yet been defined and can go from hysterectomy and ovariectomy to hormonal frenation with LH RH agonists.

A case a benign metastisizing leiomyomas in a menopausal woman is described. A revision of literature is done.

Key words: Leiomyomas, tumours, lung

INTRODUÇÃO

Os leiomiomas benignos metastizantes do útero são entidades anátomo-clínicas raras e caracterizam-se pela prevalência em mulheres jovens portadoras de leiomiomas uterinos (média 33 anos) e pelo aparecimento em período pré-menopáusico de metástases pulmonares (média 43 anos). A sua compreensão é difícil pela associação de caracteres contraditórios: histologia de benignidade local e evolução para metastização³. O diagnóstico é essencial-

mente feito através de toracotomia e ou biopsia aspirativa transtorácica⁸.

A evolução das lesões é lenta com estabilização das imagens radiológicas ou crescimento lento durante vários anos. Existem factores que sugerem o seu carácter hormono-dependente: deixam de crescer ou regredem na menopausa, pós-histerectomia e/ou ovariectomia^{3,7}. No entanto podem ter uma evolução desfavorável para insuficiência respiratória progressiva associada à extensão e difusão das lesões⁶.

CASO CLINICO

Mulher de 55 anos, raça caucasiana, doméstica com antecedentes de histerectomia por fibroleiomioma uterino em 12 de Maio de 1978 (aos 39 anos de idade).

Em Setembro de 1994 efectuou telerradiografia torácica de rotina que revelou a presença de dois nódulos no andar médio do pulmão direito (figura 1). A TAC torácica confirmou tratar-se de dois nódulos, um com cerca de 4,4/2,6 cm de diâmetro, localizado no andar médio do campo pulmonar direito e outro no andar inferior com cerca de 1 cm de diâmetro (figura 2). Realizou broncofibroscopia que foi normal e biópsia aspirativa transtorácica que foi inconclusiva.



Fig. 1 - Telerradiografia torácica de Setembro de 1994. Dois nódulos no andar médio do campo pulmonar direito. Um com 4,4 cm de diâmetro e outro com 1 cm.



Fig. 2 - TAC de Outubro de 1994. Formação nodular com cerca de 4,4cm de diâmetro localizada à região intercleido hilar direita; inferiormente localizada em relação a esta uma outra formação com as mesmas características e com cerca de 1 cm de diâmetro.

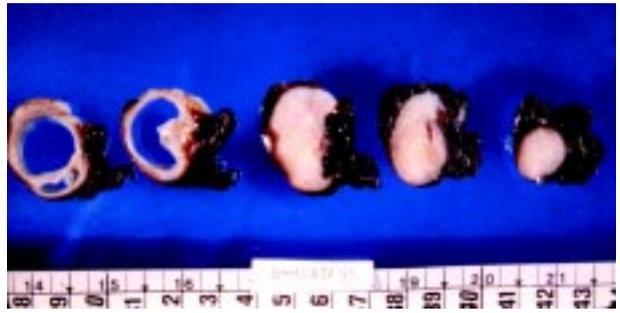


Fig. 3 - Observação macroscópica de secções seriadas dos fibroleiomiomas benignos metastizantes, constituída por tecido branco fasciculado e duro-elástico, com quistização parcial.



Fig. 4 - O exame histológico mostrou células fusiformes, sem atipia nuclear ou mitoses em estroma colagenizante denso. Não havia necrose e as áreas quísticas estavam revestidas por células epiteliais pulmonares. Hematoxilina/eosina, 40x.



Fig. 5 - Marcação imunohistoquímica dos receptores de estrogéneos nucleares que também revela o monomorfismo nuclear e ausência de mitoses.

Após estes exames foi submetida a toracotomia direita, tendo sido excisados os dois nódulos por ressecção pulmonar atípica (figura 3).

O estudo histológico revelou tratar-se de leiomiomas benignos metastizantes sem atipia celular e cujos núcleos celulares mostraram receptores de estrogénios (figura 4 e figura 5). Foi efectuada revisão dos cortes histológicos

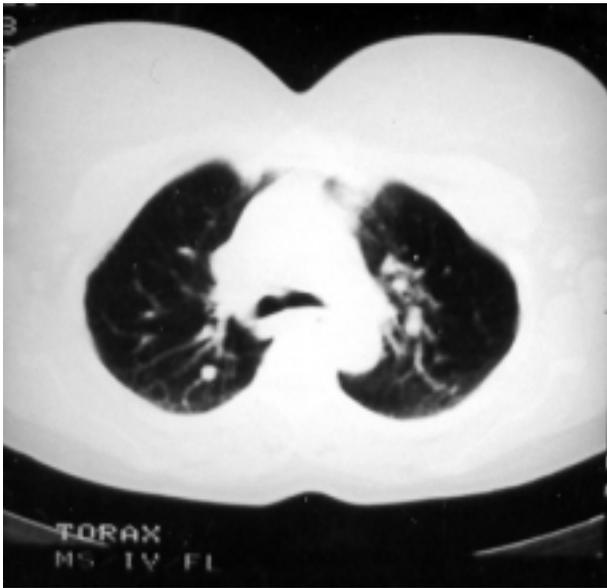


Fig. 6 - TAC de Janeiro de 1996. No campo pulmonar direito lesões cicatriciais relacionadas com a intervenção cirúrgica efectuada. No andar médio do campo pulmonar direito, em situação relativamente periférica observa-se uma formação nodular com cerca de 1 cm de diâmetro.

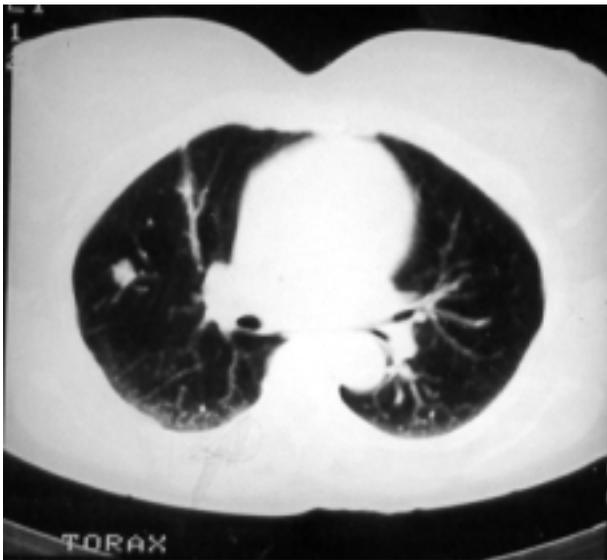
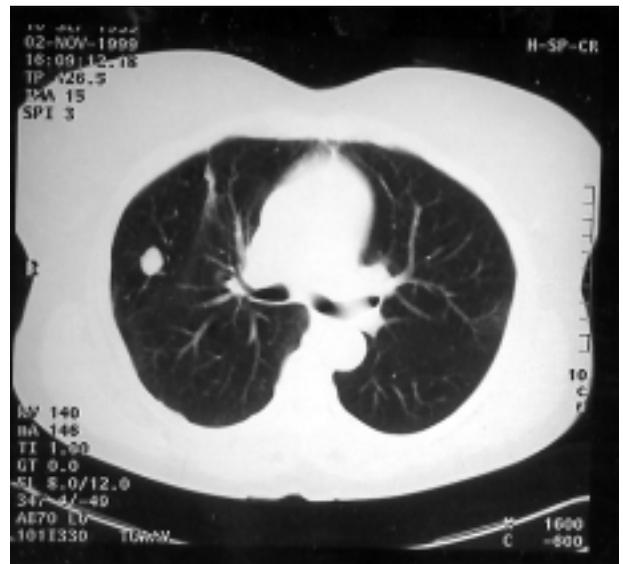
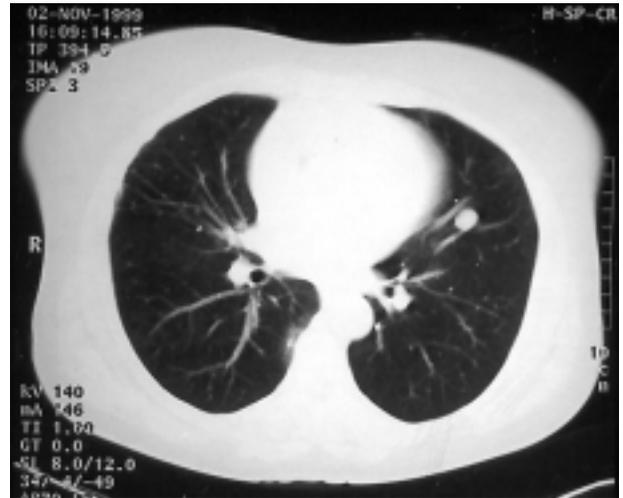


Fig. 7- TAC de Novembro de 1997. Várias formações nodulares à direita e um pequeno nódulo com cerca de 1,1 cm na região hilar esquerda.

referentes à histeretomia anterior, mantendo-se o diagnóstico de fibroleiomiomas uterinos.

Manteve-se em follow-up na consulta de pneumologia. Efectuou nova TAC torácica em Janeiro de 1996 que mostrava lesões cicatriciais relacionadas com a intervenção cirúrgica efectuada e um pequeno nódulo com cerca de 1 cm de diâmetro localizado ao andar médio do campo pulmonar direito (figura 6).

Em Dezembro de 1996 realizou nova TAC torácica que evidenciou para além do nódulo já referido anteriormente, várias outras formações nodulares de menores dimensões



Figs. 8 e 9 - TAC de Novembro de 1999. Várias formações nodulares dispersas por ambos os campos pulmonares, a maior das quais com cerca de 1,5 cm de diâmetro, localizada à região para hilar direita.

à direita e um pequeno nódulo à esquerda.

Em reunião conjunta com o serviço de ginecologia, onde foi decidido que a doente tinha indicação para terapêutica com tamoxifeno.

Houve uma melhoria clínica após esta terapêutica. A TAC torácica de Novembro de 1997 era sobreponível à de Dezembro de 1996 (figura 7).

A doente mantém o follow-up nas consultas de pneumologia e ginecologia sem sinais de agravamento da situação. Efectuou nova TAC torácica em Novembro de 1999 que apresentava várias formações nodulares, a maior das quais com cerca de 1,5 cm de diâmetro, sem sinais de agravamento em relação à TAC anterior (figura 8 e figura 9).

CONCLUSÃO

Leiomiomas benignos metastizantes são casos raros, na nossa experiência e na nossa literatura.

Os nódulos pulmonares têm um prognóstico reservado e obrigam à investigação de tumor primitivo, muitas vezes com necessidade de recorrer à toracotomia diagnóstica.

A presença de células musculares lisas nos nódulos sugerem hemangiomas fibroleiomatosos ou leiomiomas benignos⁶, com os quais se deve fazer diagnóstico diferencial.

A presença de receptores estrogénicos e progestagénicos nos núcleos celulares confirma o carácter hormonal destas lesões assim como a estabilização da doença com a terapêutica com tamoxifeno⁵.

À excepção de alguns casos que evoluem para insuficiência respiratória progressiva, a maior parte tem um carácter evolutivo lento, com estabilização ou regressão dos nódulos no período pós menopáusico⁴.

A doente apresentada tem história de histerectomia anterior por leiomioma uterino, há cerca de 17 anos.

Após terapêutica com tamoxifeno as lesões nodulares pulmonares estabilizaram, o que sugerem o carácter hormono-dependente desta situação.

BIBLIOGRAFIA

1. EVANS AJ, WILTSHAW E, KOCHANOWSKI SJ, MACFARLANE A, SEARS RT: Metastasizing leiomyoma of the uterus and hormonal manipulations. Case report. *Brit J Obste and Gynaeco.* 1986; 93: 646-648
2. KAPLAN C, KATOH A, SHAMOTO M ET AL: Multiple Leiomyomas of the Lung: Benign or Malignant. *American Review of Respiratory disease.* 1973; 108: 656-659
3. CARNOT F, RIQUET M, DESCHE-LABARTHE S, DEBESSE B, DELARUE JCL, CHRETIEN J: Nodules leiomyomateux pulmonaires multiples de la femme. *Rev. Pneumol Clinic* 1987; 43: 131-137
4. TAKEMURA G, TAKATSU Y, KAITANI K, ONO M ET AL: Metastasizing Uterine Leiomyoma. A case with cardiac and pulmonary metastasis. *Path Resp* 1996; 192: 622-629
5. BOUTSEN M, FASTREZ J, BEAUDUIN M, HAMELS J, HENKINBRANT A: Lâcher de ballons de cause inhabituelle. *Rev Mal Resp;* 1992; 9: 55-56
6. WINKLER TR, BURR LH, ROBINSON C: Benign Metastasizing Leiomyoma. *Ann Thorac Surg;* 1987; 43: 100-101