

RELATO DE CASO

Reação granulomatosa do tipo corpo estranho simulando tumor de parede torácica em cicatriz de toracotomia prévia*

AMARÍLIO VIEIRA DE MACEDO NETO¹, ALEXANDRE HEITOR MORESCHI², ANTONIO AZAMBUJA NETO³, DANIELA FEDRIZZI³

Paciente apresentando tumoração indolor, de crescimento lento, em local correspondente à cicatriz de toracotomia para correção de coarctação de aorta realizada 15 anos antes. Tomografia computadorizada de tórax mostrou lesões tumorais de contornos relativamente bem definidos e osteólise dos arcos costais adjacentes. Realizada ressecção e reconstrução de parede torácica. O anatomopatológico demonstrou reação de histiócitos granulares e reação granulomatosa de corpo estranho a material necro-hemorrágico. Este é um evento raro na prática médica, tendo-se realizado revisão da literatura pertinente.

Granulomatous foreign body reaction simulating chest wall tumor over previous thoracotomy site

A male patient presented with a painless, slowly-growing chest wall mass in the site corresponding to the surgical wound of a previous thoracotomy for correction of aortic coarctation done fifteen years before. Chest CT scan showed tumor-like lesions with well-defined edges and osteolysis of the adjacent ribs. The patient was submitted to a chest wall resection and reconstruction, whose histological examination showed granular histiocytes and granulomatous reaction to necrohemorrhagic material. This is a rare event on medical practice. A review of the subject has been done in the literature.

Descritores — neoplasias torácicas; cicatriz; reação a corpo estranho; toracotomia
Key words — thoracic neoplasms; foreign body reaction; thoracotomy

INTRODUÇÃO

Todos os tumores de parede torácica devem ser considerados malignos até prova em contrário, já que a diferenciação entre benignidade e malignidade por critérios clínicos e/ou radiológicos muitas vezes é difícil⁽¹⁾. O tratamento ideal para neoplasias primárias de parede torácica, tanto benignas quanto malignas, é a ressecção com toracoplastia⁽²⁾.

Os autores relatam um caso raro de reação granulomatosa do tipo corpo estranho simulando tumor de parede torácica.

RELATO DO CASO

Homem de 29 anos, mecânico industrial, portador de neurofibromatose, com história de tumoração no dorso, de crescimento gradual nos últimos nove anos, em local correspondente à cicatriz de uma toracotomia. Havia sido submetido, 15 anos antes, a uma operação para correção de coarctação de aorta, com implantação de prótese aórtica toracoabdominal.

O paciente estava em bom estado geral e à inspeção observava-se massa em hemitórax esquerdo, volumosa, com cerca de 10cm de comprimento craniocaudal e 20cm de comprimento ântero-posterior, de consistência esponjosa, indolor à palpação, que comprometia planos moles e fixava-se ao plano profundo.

O estudo de imagem de arcos costais demonstrou extensa lesão osteolítica insuflada no 7º arco costal esquerdo e sinais de atrofia óssea no 8º arco costal esquerdo, sugerindo o crescimento lento da tumoração ([Figura 1](#)).



Figura 1 Radiografia de arcos costais mostrando lesão insuflante na sétima costela

Uma tomografia computadorizada de tórax com contraste demonstrou lesões tumorais expansivas e de contornos relativamente bem definidos na parede torácica posterior esquerda, com osteólise de arcos costais adjacentes, que se apresentavam com sua porção medular infiltrada pelas referidas lesões. Havia progressão das lesões tumorais para o espaço costovertebral, estendendo-se até junto da aorta

torácica inferior, sem apresentar sinais definidos de invasão desta estrutura ([Figuras 2 e 3](#)). Observavam-se ainda lesões nodulares em mediastino superior e junto ao ângulo costovertebral. As lesões parietais impregnavam-se heterogeneamente pela substância de contraste. Identificava-se ainda redução progressiva do diâmetro aórtico em suas porções próximas à transição toracolombar, demonstrando-se também estrutura vascular, presumivelmente prótese aórtica, que se originava do terço inferior da aorta torácica, cruzava o diafragma e seguia trajeto descendente e anterior ao rim esquerdo, unindo-se novamente à aorta abdominal em sua porção infra-renal.

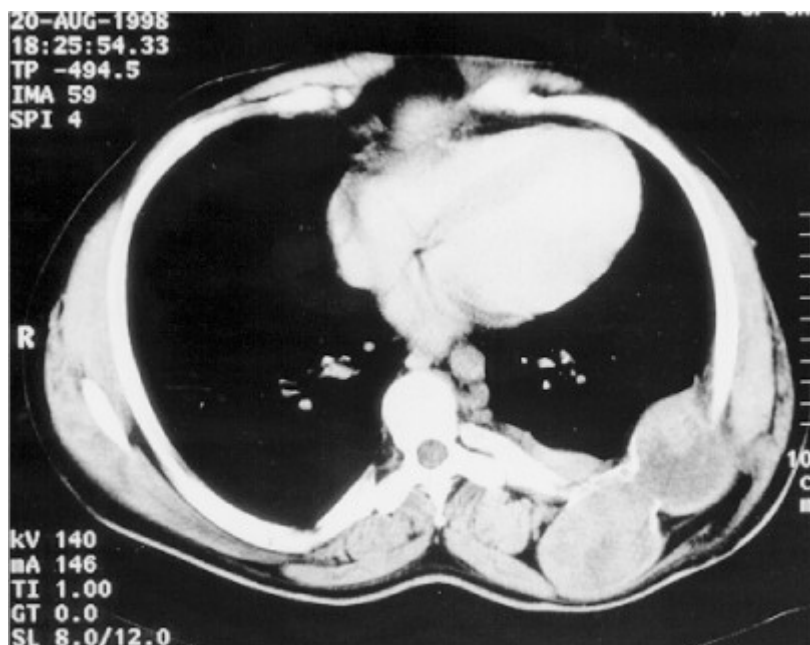


Figura 2 – Tomografia computadorizada de tórax com tumorações na parede torácica posterior esquerda



Figura 3 – Detalhe das lesões evidenciando osteólise de arco costal

Frente aos achados tomográficos, foi indicada a ressecção das tumorações, tendo sido feita uma ampla incisão em elipse englobando a cicatriz prévia e a musculatura

extratorácica, em conjunto com o 6º e o 7º arcos costais. As tumorações eram císticas, apresentando cálcio em sua "pseudocápsula", com conteúdo necrótico acastanhado. As duas massas maiores estavam junto aos arcos costais e as menores junto à musculatura da parede torácica. A ressecção foi ampliada até o plano da pleura parietal. Na reconstrução da parede torácica, optou-se pela rotação do músculo grande dorsal, o que redundou em adequado resultado funcional e estético.

O exame anatomopatológico demonstrou "lesão fibro-histiocítica a esclarecer comprometendo tecidos moles e ósseo". Foi solicitada consultoria anatomopatológica, cujo laudo complementar evidenciou "reação de histiócitos granulares e reação granulomatosa de corpo estranho a material necro-hemorrágico em tecidos moles e ósseo".

DISCUSSÃO

A reação granulomatosa do tipo corpo estranho simulando um tumor de parede torácica após toracotomia é um evento raro na prática médica. As reações de células granulares caracterizam-se por coleções de histiócitos com citoplasma eosinofílico granular no sítio do trauma operatório. Tais reações histiocíticas têm íntima similaridade com tumores de células granulares, mas geralmente podem ser diferenciadas pelo fato de que os núcleos nestas reações são pequenos e os grânulos são grandes. Além disso, as células geralmente cercam nódulos de material inerte (corpos estranhos), similares ao material granular citoplasmático⁽³⁾. No presente relato, a etiologia das tumorações deve-se provavelmente aos fios de sutura, utilizados na correção da coarctação de aorta, e não ao material protético em si. O fato de que as imagens tomográficas mostravam invasão da parede torácica, dos arcos costais e do espaço costovertebral, poupando aparentemente a aorta torácica inferior e a prótese, e o achado operatório de massas císticas junto aos arcos costais e à musculatura da parede torácica corroboram tal proposição.

Fukai *et al.*⁽⁴⁾ apresentaram três relatos de tumores gigantes que se desenvolveram em sítios de toracotomia ao longo de vários anos e que eram reações do tipo corpo estranho com necrose e material hemorrágico. Todos se apresentavam como tumorações firmes, de crescimento lento e com diâmetro variando entre 10 e 20cm. Na operação todos mostraram-se compostos de tecido necrótico e hematomas. Os três pacientes tiveram excelente evolução após a ressecção e a toracoplastia. Os mesmos autores propõem uma hipótese para a patogênese, dizendo que no início, provavelmente, a reação granulomatosa era mais pronunciada, já que os tumores eram firmes e ainda não muito grandes. Posteriormente a hiperplasia capilar teria provocado pequenos sangramentos, de forma que com o tempo os tumores aumentaram de tamanho e os hematomas se organizaram. Essa teoria explicaria por que os tumores eram formados de hematoma organizado e tecido necrótico ao exame macroscópico.

Outras doenças podem ter um quadro clínico semelhante. Morisaki *et al.*⁽⁵⁾ descreveram um condroma periosteal na região da toracotomia e que também teve boa evolução após a ressecção. O paciente apresentava uma massa dolorosa em região dorsal direita, elástica e aderida a planos profundos, de 7 x 6cm, em local correspondente a uma toracotomia póstero-lateral feita 24 anos antes devido a tuberculose pulmonar. Já Kaplan e Davidson⁽⁶⁾ relataram dois doentes com tumores ocorridos em sítios de toracotomias, classificando tais tumores como desmóides extra-abdominais (lesões pertencentes ao grupo das fibromatoses). Ambos os casos apresentaram-se como grandes massas intratorácicas. Chillag *et al.*⁽⁷⁾ relataram um caso de tumoração intratorácica de tecidos moles originada no local de um ferimento por arma de fogo sofrido 18 meses antes. Os achados histológicos após a toracotomia foram considerados compatíveis com a hipótese de fibromatose. No presente relato, os achados histopatológicos não conferem com as alterações classicamente associadas à neurofibromatose, como defeitos erosivos devidos à contiguidade dos neurofibromas com o osso e cistos subperiosteos⁽⁸⁾.

A ressecção com toracoplastia, que é o melhor tratamento das neoplasias primárias da parede torácica, mostrou-se útil na reação do tipo corpo estranho simulando tumor de parede torácica como relatado no presente caso.

REFERÊNCIAS

1. Sabanathan S, Salama FD, Morgan WE, Harvey J A. Primary chest wall tumors. *Ann Thorac Surg* 1985;39:4-15. [[Links](#)]
2. Anderson BO, Burt ME. Chest wall neoplasms and their management. *Ann Thorac Surg* 1994;58:1774-1781. [[Links](#)]
3. Sobel HJ, Avrin E, Marquet E, Schwarz R. Reactive granular cells in sites of trauma —A cytochemical and ultrastructural study. *Am J Clin Pathol* 1974;61:223-234. [[Links](#)]
4. Fukai I, Sano M, Niwa H, Hasegawa Y, Mizuno T, Masaoka. Giant chest wall tumor resulting from tissue reaction to foreign bodies. *Ann Thorac Surg* 1990;50:754-756. [[Links](#)]
5. Morisaki Y, Takagi K, Ishii Y, Furuya T, Ishikawa M, Tanaka S. Periosteal chondroma developing in a rib at the site of a chest wall wound from a previous thoracotomy: report of a case. *Surg Today* 1996;26: 57-59. [[Links](#)]
6. Kaplan J, Davidson T. Intrathoracic desmoids: report of two cases. *Thorax* 1986;41:894-895. [[Links](#)]
7. Chillag AS, Cafoncelli AR, Chang HH, Piata MJ, Artz D. Large soft tissue tumor of the chest occurring after trauma. *South Med J* 1992;85: 317-318. [[Links](#)]
8. Mulvihill JJ Parry DM, Sherman JL, Pikus A, Kaisir-Kupher MI, Eldridge R. NI conference: neurofibromatosis 1 (Recklinghausen's disease) and neurofibromatosis 2 (bilateral acoustic neurofibromatosis): an update. *Ann Intern Med* 1990;113:39-52. [[Links](#)]

* Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia.
2. Cirurgião torácico contratado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
3. Aluno do 12º semestre.

Endereço para correspondência —Antonio Azambuja Neto, Praça Dom Feliciano, 126/32 —90020-160 —Porto Alegre, RS. Tel.: (51) 224-7540.

Recebido para publicação em 9/7/99. Reapresentado em 12/9/99.

Aprovado, após revisão, em 18/1/00.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

**Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Departamento de Patologia
Laboratório de Poluição Atmosférica
Av. Dr. Arnaldo, 455
01246-903 São Paulo SP Brazil
Tel: +55 11 3060-9281**



jpneumo@terra.com.br