

Caso Clínico

Clinical Case

Ana Rego¹
Joana Amado²
Idália Esteves³
José Almeida²
Antónia Furtado⁴
António Couceiro⁵
João Moura e Sá³

Tumor de células granulares endobrônquico – Como abordamos?

Endobronchial granular cell tumor – What approach to take?

Recebido para publicação/received for publication: 05.09.05
Aceite para publicação/accepted for publication: 06.04.26

Resumo

O tumor de células granulares é uma neoplasia de origem mesenquimatosa, quase sempre benigna, mas com tendência a recidivar. Embora surja com maior frequência na cabeça e no pescoço, tem sido descrito em quase todas as áreas do corpo. A sua ocorrência no pulmão é extremamente rara.

Os autores descrevem dois casos de tumores endobrônquicos de células granulares, discutem os aspectos particulares desta patologia, bem como as modalidades terapêuticas utilizadas, com particular ênfase no uso da excisão e crioterapia endobrônquica.

Rev Port Pneumol 2006; XII (4): 463-470

Palavras-chave: Tumor de células granulares, pulmão, crioterapia endobrônquica.

Abstract

Granular cell tumor is a mesenchymal neoplasm almost always benign, with tendency to recurrence. Although it is more frequent in the head and neck it has been described in almost all areas of the body. Its occurrence in the lung is extremely rare.

The authors describe two cases of endobronchial granular cell tumours, discuss the particularities of this pathology as well as the treatment options, with particular attention to the use of endobronchial excision and cryotherapy.

Rev Port Pneumol 2006; XII (4): 463-470

Key-words: Granular cell tumour, lung, endobronchial cryotherapy.

¹ Interna Complementar de Pneumologia

² Assistente Hospitalar de Pneumologia

³ Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia

⁴ Interna Complementar de Anatomia Patológica

⁵ Chefe de Serviço de Anatomia Patológica

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Director: Dr. Raul César Sá
Unidade de Broncologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Responsável: Dr. João Moura e Sá
Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Director: Dr. António Couceiro

Correspondência: Ana Luísa Rego

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Rua Conceição Fernandes

4434-502 Vila Nova de Gaia.

E-mail: analuisarego@hotmail.com

Introdução

O tumor de células granulares (TCG) é uma neoplasia de origem mesenquimatosa, habitualmente benigna, mas com tendência a recidivar. Foi descrito pela primeira vez em 1926 por Abrikosoff como “mioblastoma de células granulares”, evocando uma origem miogénica.¹ Desde então, a histogénese destes tumores tem sido um tema de grande debate. Os estudos ultraestruturais e imunocitoquímicos recentes sugerem uma origem neurogénica, a partir da célula de Schwann.² São mais comuns em adultos, com pico de incidência na 4.ª década de vida.³ Existe um predomínio no sexo feminino⁴, e mais de 60% dos casos foram descritos em doentes de raça negra.³

O TCG pode ocorrer em quase todas as partes do corpo; no entanto, 30 a 50% dos casos surgem na cabeça e no pescoço.^{3,5} As localizações mais frequentes são a língua, o aparelho digestivo, a pele e a mama.

A sua ocorrência no pulmão é rara, não ultrapassando os 2 a 6%^{6,7}, e desde a descrição do primeiro TCG endobrônquico, por Kramer em 1939, apenas cerca de 100 casos foram publicados na literatura.⁸

Nestas situações, a broncofibroscopia é de utilidade diagnóstica fundamental e permite também o tratamento conservador por técnicas endobrônquicas, nomeadamente excisão, *laser*^{9,10} ou crioterapia.¹¹

Caso clínico n.º 1

Homem, 35 anos, caucasóide, operário da construção civil, fumador de 15 UMA, com história de duas pneumonias à esquerda, há 5 e 1 ano, ambas tratadas em ambulatório. Foi admitido em internamento hospitalar por instalação aguda de mal-estar geral, febre, toracalgia posterior esquerda de característi-

cas pleuríticas, mialgias generalizadas, cefaleias, tosse seca e lipotímia.

Objectivamente, apresentava palidez da pele e mucosas, hipersudorese, apirexia, hipotensão (90/60 mmHg). Sem sinais de dificuldade respiratória, mas com saturação periférica de oxigénio em ar ambiente de 88%, e, à auscultação pulmonar, crepitações e roncos inspiratórios na metade inferior do hemitórax esquerdo. Sem outras alterações, nomeadamente lesões mucocutâneas ou adenomegalias identificadas à palpação.

Analicamente: leucocitose (23,660/ μ l) com 73% de neutrófilos e proteína C reactiva de 24,8 mg/dl. Marcadores negativos para vírus da hepatite B, hepatite C e vírus da imunodeficiência humana 1 e 2.

A telerradiografia torácica mostrou hipotransparência heterogénea de limites bem definidos localizada na metade inferior do campo pulmonar esquerdo, poupando o fundo de saco costofrénico ipsilateral (Fig. 1).

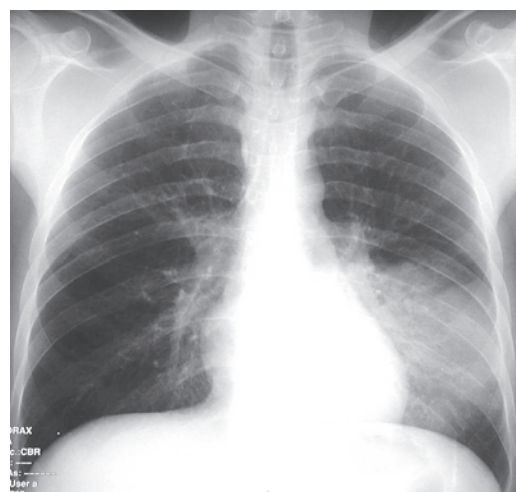


Fig. 1 – Telerradiografia torácica onde se observa hipotransparência heterogénea de limites bem definidos localizada na metade inferior do campo pulmonar esquerdo

A broncofibroscopia é de utilidade diagnóstica fundamental e permite também o tratamento conservador por técnicas endobrônquicas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4214503>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4214503>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)