

MASSA MEDIASTINAL EM ADULTO JOVEM

MEDIASTINAL MASS IN YOUNG ADULT

Franciele Maria Sarmiento dos Santos,* Michelle Masuyo Minami Sato,* Ingrid Loureiro de Queiroz Lima,* Mário Sérgio Monteiro Fonseca,**Roque Martins Chaves Neto***

Resumo

Os tumores de células germinativas (TCGs) são neoplasias pouco comuns. Podem ser benignos ou malignos. Os tumores malignos são divididos, classicamente, em seminomatosos e não seminomatosos. Tais tumores acometem adultos jovens, principalmente na segunda e terceira décadas de vida. Os sintomas mais comuns são: dispneia, dor torácica, tosse, febre, perda de peso e síndrome da veia cava superior. Os autores relatam um caso de massa mediastinal sugestiva de seminoma em paciente masculino de 27 anos, no qual o diagnóstico foi elucidado pelo quadro clínico, exame de imagem, histopatológico e imuno-histoquímica, além de alteração em marcador sérico.

Palavras-chave: Tumores de Células Germinativas; Massa Mediastinal; Seminoma; Adulto Jovem.

Abstract

Germ Cell Tumors (GCT's) are uncommon diseases. They may be benign or malignant. Malignant tumors are divided classically into seminomas and non-seminomas. These tumors affect young adults, especially in the second and third decades of life. The most common symptoms are dyspnea, chest pain, cough, fever, weight loss and superior vena cava syndrome. The authors report a case of mediastinal mass suggestive of seminoma in a male patient aged 27, in which the diagnosis was elucidated by clinical, imaging, histopathology and immunohistochemistry, and changes in serum marker.

Keywords: Cell Tumors; Mediastinal Mass; Seminoma; Young Adult.

Introdução

Os tumores de células germinativas (TCGs) são neoplasias pouco comuns que acometem mais frequentemente as gônadas, embora possam também ocorrer em outras localizações, como a glândula pineal, o retroperitônio, o mediastino e a área sacral.¹ Podem ser benignos (teratomas) ou malignos. Os tumores malignos são divididos, classicamente, em seminomatosos (seminomas) e não seminomatosos (teratoma imaturo, carcinoma de células embrionárias, tumores de seio endodérmico ou de saco germinativo e coriocarcinomas), compreendendo 1 a

3,5% dos tumores de mediastino.²

Acredita-se que os TCGs primários extragonadais derivam de células germinativas primitivas que migraram ao longo da crista urogenital durante a embriogênese precoce ou distribuíram-se fisiologicamente para o fígado, medula espinhal e cérebro, a fim de desempenhar funções regulares ou transportar informações hematológicas ou imunológicas. A anomalia genética característica observada nos TCGs, tanto gonadais como extragonadais, é um isocromossomo i (12p).³ Portanto, acredita-se atualmente que os TCGs extragonadais ocorram pela transfor-

* Médica residente de Clínica Médica do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

** Professor da Disciplina de Pneumologia da Universidade Federal do Amazonas.

*** Médico colaborador.

mação maligna de elementos germinativos sem a evidência de um foco gonadal.⁴

Os sintomas mais comuns na apresentação clínica dos TCGs do mediastino incluem: dispneia (25%), dor torácica (23%), tosse (17%), febre (13%), perda de peso (11%), síndrome da veia cava superior (6%) e dor extratorácica (5%). Sintomas menos comuns incluem massa em parede torácica ou cervical, hemoptise, rouquidão, náuseas e disfagia.⁵ Tais tumores acometem adultos jovens, principalmente na segunda e terceira décadas de vida, sem predileção por sexo; porém, em mulheres, o tumor tem, geralmente, aspecto benigno, enquanto nos homens

é geralmente maligno.⁶

Relato de Caso

Masculino, 27 anos, pardo, procurou serviço de saúde relatando havia dois meses início de tosse sem expectoração que evoluiu com dor torácica ventilatório-dependente, acompanhada de dispneia aos pequenos esforços aliviada com posição de decúbito lateral esquerdo. Trouxe consigo radiografia de tórax realizada em pronto-socorro (Figura 1). Foi internado na Enfermaria de Pneumologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas para investigação diagnóstica.

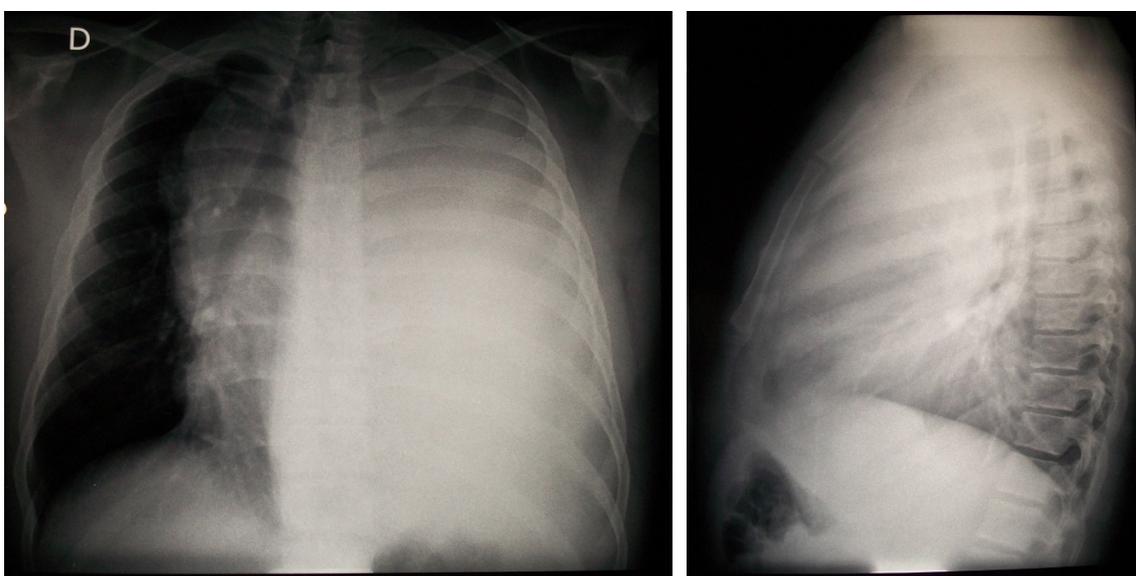


Figura 1: Radiografia de tórax: massa mediastinal, derrame pleural em HTX E e desvio de traqueia contralateral.

Ao exame físico, o paciente se apresentava em REG, LOTE, adotando decúbito lateral esquerdo preferencialmente, taquipneico ao repouso (FR: 24 irpm), normocorado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, com turgência jugular bilateral (++/4+) e presença de linfonodos palpáveis em axilas bilateralmente, de consistência fibro-elástica, móveis e de aproximadamente 2 cm de diâmetro. Tórax atípico, sem abaulamentos ou retrações, ausência de circulação colateral. Presença de submacicez em 1/3 médio e macicez em 1/3 inferior de hemitórax esquerdo (HTX E), frêmito toracovocal diminuído em 1/3 inferior de HTX E. Ausculta respiratória com murmúrio vesicular diminuído em 1/3 médio e abolido em 1/3 infe-

rior de HTX E, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca sem alterações, exceto taquicardia (FC: 110 bpm).

Durante a internação foi realizada toracocentese diagnóstica, com drenagem de líquido sero-hemático, e várias toracocenteses para alívio de dispneia, pois o derrame pleural se refazia rapidamente. Pelo quadro de intensa ortopneia, não foi possível realizar outros exames complementares de imagem.

O resultado do exame histopatológico de líquido pleural foi sugestivo de malignidade. Também foi realizada biópsia excisional de linfonodo axilar direito. A análise histopatológica evi-

denciou neoplasia maligna pouco diferenciada constituída pela proliferação de células com núcleos vesiculosos e citoplasma vacuolizado. A análise imuno-histoquímica do material estabeleceu o diagnóstico de seminoma clássico metastático (PLALP+, OCT-3/4+, CD3-, CD20-, CD30-). Com relação aos marcadores séricos, a desidrogenase láctica se apresentava elevada (DHL 7766 U/L).

Após resultado dos exames, o paciente foi transferido para a Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON) para realizar a terapêutica adequada.

Discussão

Dentre os TCGs, o seminoma é o tipo histológico maligno mais comum, correspondendo a 37% dos tumores.⁷ Os seminomas ocorrem preferencialmente em homens jovens (15 a 35 anos de idade) e raramente em mulheres, quando são conhecidos como disgerminomas.⁴

Radiologicamente esses tumores apresentam-se como massas grandes, bem circunscritas, que se estendem a ambos os lados da linha média. Na tomografia axial computadorizada de tórax, os seminomas são grandes, coalescentes, lobulados e com atenuação homogênea semelhante à de partes moles.⁸ O diagnóstico definitivo é realizado por meio de biópsia da massa mediastinal, seja por mediastinoscopia ou toracotomia a céu aberto, sendo posteriormente o material encaminhado para análise histopatológica e imuno-histoquímica. Nesse caso, não houve oportunidade de realizar tomografia de tórax ou mediastinoscopia, pois a dispneia do paciente piorava ao decúbito dorsal, fazendo com que este não tolerasse permanecer deitado por mais de 30 segundos. Pelo fato, foi optado por realizar biópsia de linfonodo axilar para elucidação diagnóstica.

O diagnóstico diferencial dos seminomas mediastinais inclui uma variedade de neoplasias primárias e metastáticas incluindo-se timomas, carcinomas tímicos, linfomas e melanomas. Entretanto, a possibilidade de metástase de um tumor primário testicular, embora rara, sempre deve ser considerada.⁹ Diante da gravidade do

quadro respiratório do paciente relatado, não houve tempo hábil para investigar se o tumor de mediastino era primário ou metastático de seminoma testicular, uma vez que o paciente foi transferido para o Centro de Referência, logo após o resultado da imuno-histoquímica.

Com relação ao tratamento, aqueles pacientes que se apresentam com seminoma isolado do mediastino a recomendação seria somente radioterapia; enquanto que naqueles que se apresentam com tumor avançado ou doença metastática extramediastinal, teriam melhor benefício com quimioterapia.¹⁰ Os tumores mediastinais seminomatosos têm melhor prognóstico que tumores mediastinais não seminomatosos, e pior em relação aos seminomas gonadais. A sobrevida em cinco anos é de 75%.¹¹

Referências

1. Moran CA, Suster S. Primary germ cell tumors of the mediastinum: I. Analysis of 322 cases with special emphasis on teratomatous lesions and a proposal for histopathologic classification and clinical staging. *Cancer*. 1997; 80: 681-90.
2. Juhl JH, Crummy AB, Kuhlman JE: Interpretação Radiológica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2000. 1187 p.
3. Weidner N. Germ-cell tumors of the mediastinum. *Semin Diagn Pathol*. 1999; 16:42-50.
4. Macchiarini P, Ostertag H. Uncommon primary mediastinal tumours. *Lancet Oncol*. 2004; 5: 107-18.
5. Bokemeyer C, Nichols CR, Droz JP et al. Extragenital germ-cell tumors of the mediastinum and retroperitoneum: results from an international analysis. *J Clin Oncol*. 2002; 20(7): 1864-73.
6. Tecce MT, Fishman EK, Kuhman JE. CT Evaluation of the anterior mediastinum: spectrum of disease. *RadioGraphics*. 1994; 14: 973-990.
7. Schantz A, Sewall W, Castlemen B. Mediastinal germinoma: a study of 21 cases with an excellent prognosis. *Cancer*. 1972; 30:

1189-94.

8. Macchiarini P, Ostertag H. Uncommon primary mediastinal tumours. *Lancet Oncol.* 2004; 5: 107-18.

9. Moran CA, Suster S, Przygodzki RM, Koss MN. Primary germ-cell tumors of the mediastinum: II. Mediastinal seminomas - a clinicopathologic and immunohistochemical study of 120 cases. *Cancer.* 1997; 80: 691-8.

10. Nichols CR. Mediastinal germ-cell tumors: clinical features and biologic correlates. *Chest.* 1991; 99: 472-9.

11. Hurt RD, Bruckman JE, Farrow GM, Bernatz PE, Hahn RG, Eargle JD. Primary anterior mediastinal seminoma. *Cancer.* 1982; 49: 1658-63.