

# Relato de Caso

## Pseudotumor inflamatório do pulmão\*

### Inflammatory pseudotumor of the lung

JORGE MONTESSI<sup>(TE SBCT)</sup>, JOÃO PAULO VIEIRA, RAFAEL RABELLO LISTA MIRA, FELIPE TORRES RABÊLO

O pseudotumor inflamatório de pulmão é uma afecção rara, e representa um dilema pela semelhança com processo maligno nos aspectos radiológicos, macroscópicos e patológicos. Relata-se o caso de um paciente com queixas respiratórias, que após propedêutica adequada foi submetido à toracotomia exploradora, com diagnóstico de pseudotumor confirmado pela imunohistoquímica. São discutidos dados referentes à história clínica, aspectos radiológicos, histopatológicos e cirúrgicos, além de formas de tratamento da condição.

Inflammatory pseudotumor of the lung is a rare condition that represents a dilemma because the radiographic, macroscopic and pathological aspects mimic a malignant process. Herein, we report the case of a patient complaining of respiratory difficulty who, after being appropriately assessed, was submitted to exploratory thoracotomy. An initial diagnosis of pseudotumor was subsequently confirmed through immunohistochemistry. In addition to presenting data relating to clinical history, we also discuss radiographic, histopathological and surgical aspects, as well as treatment options.

*J Bras Pneumol* 2005; 31(1): 83-5.

**Descritores:** Pseudotumor inflamatório de pulmão. Toracotomia. Imunohistoquímica.

**Key Words:** Inflammatory pseudotumor of the lung. Toracotomy. Immunohistochemistry

## INTRODUÇÃO

Tumor inflamatório do pulmão é uma afecção benigna, rara, de etiologia incerta, que predominantemente afeta pacientes jovens<sup>(1,2)</sup>. É a forma tumoral pulmonar primária mais freqüente em crianças abaixo de dezesseis anos<sup>(3)</sup>. A prevalência é incerta. Segundo Alam *et al.*<sup>(1)</sup>, representaram 0,7% das massas pulmonares. A história clínica e o aspecto radiológico são muitas vezes inespecíficos, o que torna o diagnóstico difícil de ser realizado e, em alguns casos, apenas a cirurgia pode defini-lo<sup>(3)</sup>. Porém, mesmo na anatomia patológica pode haver simulação de

neoplasia maligna. Ele representa uma proliferação localizada de plasmócitos maduros e células reticuloendoteliais sustentados por tecido de granulação, que geralmente está infiltrado por linfócitos e mononucleares.

## RELATO DO CASO

Um paciente do sexo masculino, pardo, de 37 anos, solteiro, cabelereiro, foi admitido no Serviço de Cirurgia do Tórax do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com quadro inicial de dor torácica ventilatório-dependente à direita e hemoptise havia cerca de um mês. Não

\* Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia de Tórax do Hospital Universitário da UFJF.

Endereço para correspondência - Jorge Montessi: Rua Vicente Beghelli, 315, Dom Bosco, CEP 36025-550, Juiz de Fora, MG.

Tel: 55-32 3239 4555. E-mail: marcia.cestudos@hospitalmontesinai.com.br

Recebido para publicação, em 20/1/2004. Aprovado, após revisão, em 20/8/2004.

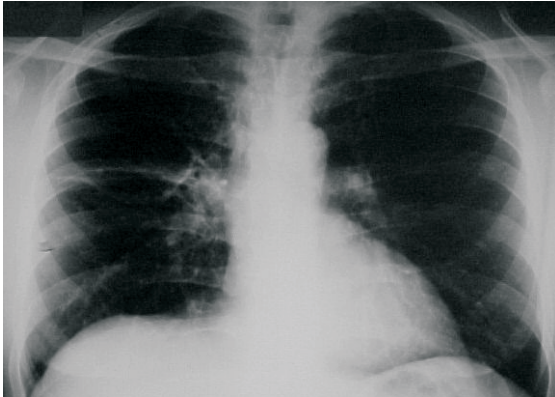


Figura 1 - Infiltrado para-hilar à direita

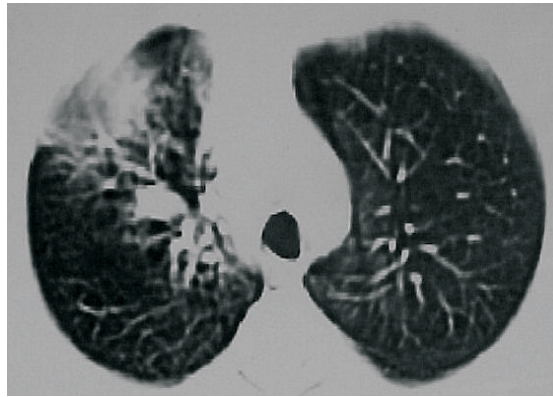


Figura 2 - Área de opacidade nodular com atelectasia em lobo superior direito

apresentava outros sinais ou sintomas e tinha história pregressa sem outros comemorativos. Negava tabagismo.

O estudo radiológico do tórax evidenciou infiltrado para-hilar à direita (Figura 1), com a tomografia computadorizada do tórax mostrando área de opacidade nodular com atelectasia em lobo superior direito (Figura 2). A broncofibroscopia mostrou lesão vegetante que sangrava ao toque, em topografia de lobo superior direito a 0,5 cm da carina secundária, sugestiva de tumor carcinóide.

A toracotomia exploradora foi o procedimento indicado e durante ela optou-se pela realização de lobectomia superior direita, por resultado inconclusivo do exame anatomopatológico realizado por congelamento do fragmento obtido.

À macroscopia, observou-se nódulo branco amarelado e macio, medindo 3,5 x 2,2 x 1,5 cm, intrabrônquico, com crescimento expansivo.

O estudo da peça por coloração com hematoxilina e eosina mostrou neoplasia fusocelular, não sendo possível diferenciar sua linhagem entre células fibrohistiocitoides e musculares lisas. Foi então solicitado estudo imunohistoquímico, que revelou se tratar de pseudotumor inflamatório tipo fibro-histiocítico (os marcadores CD 68 e fator XIII, específicos para célula fibrohistiocítica, foram positivos – Figura 3).

No pós-operatório, o paciente apresentou quadro de abscesso pulmonar no lobo inferior direito, acompanhado de dois episódios de eliminação de escarro hemoptóico. Tratamento conservador foi então realizado e o paciente evoluiu bem.

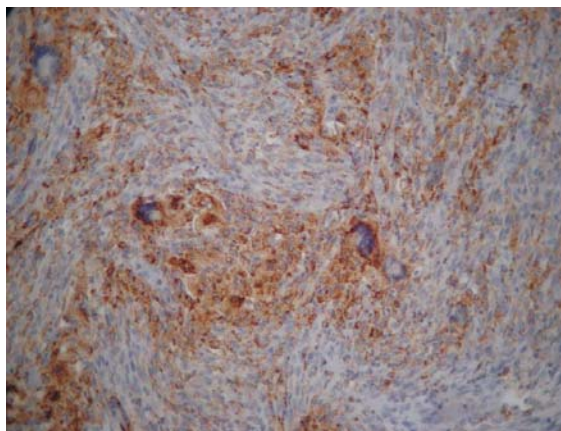


Figura 3 - Imunohistoquímica: marcador CD68, com positividade para a linhagem fibrohistiocítica

No seguimento, o paciente foi submetido a duas broncofibroscopias de controle, após dois e seis meses da cirurgia. Ambas apresentaram coto brônquico de bom aspecto e livres de doença, com confirmação por exame anatomopatológico de fragmento obtido por biópsia.

## DISCUSSÃO

O pseudotumor inflamatório é uma afecção sem predominância de sexo que afeta, em geral, pacientes na quinta e sexta décadas de vida<sup>(4)</sup>. Em um estudo foi observada a média de idade de 47 anos (variando entre 5 e 77 anos), com 26% dos pacientes menores de 18 anos<sup>(5)</sup>.

A afecção geralmente apresenta-se assintomática, como um achado à radiologia de tórax. Segundo Bahadori *et al.*<sup>(6)</sup>, apenas 30% dos pacientes apresentam queixas referentes ao trato respiratório. Alam *et al.*<sup>(1)</sup> fazem referência a três séries de casos que revelaram os seguintes achados clínicos em ordem de frequência: tosse (11%), dor torácica (10%), hemoptise (9%), febre (7%), dispnéia (6%), infecções respiratórias recorrentes (6%), e perda de peso (6%).

A imagem torácica revela tipicamente uma massa suspeita de malignidade. Agrons *et al.*<sup>(7)</sup> publicaram uma série de 61 pacientes com pseudotumor inflamatório pulmonar, e demonstraram os seguintes achados radiológicos: lesões solitárias periféricas (87%), lesões centrais (6%), nódulos múltiplos (5%), e lesão pleural (2% - apenas 1 paciente).

Não existe classificação histopatológica padronizada para pseudotumor inflamatório. As várias classificações que já foram dadas para esse grupo de lesões pulmonares (por exemplo: granuloma, histiocitoma) levaram a confusão e falha no reconhecimento de sua natureza inflamatória<sup>(8)</sup>. Matsubara *et al.*<sup>(9)</sup> revisaram 32 casos e identificaram três grupos patológicos: tipo pneumonia em organização (44%), tipo fibrohistiocitoma (44%) e tipo linfoplasmacítico (12%).

Segundo Cerfolio *et al.*<sup>(5)</sup>, em um estudo retrospectivo de 23 pacientes com diagnóstico de pseudotumor inflamatório pulmonar, a ressecção completa foi atingida em 18 pacientes. A conduta cirúrgica variou desde procedimentos de menor grau de complexidade, como excisão em cunha da lesão, até ressecções pulmonares e da parede torácica. O tamanho médio da lesão foi de 4 cm (1 a 15 cm). Houve recorrência em 3 dos pacientes que tiveram ressecção incompleta da lesão, que foram então tratadas com nova cirurgia.

Há relatos na literatura de tumores irresssecáveis ou recorrentes tratados com corticosteróides, que

resultaram no decréscimo e em até completa regressão da lesão<sup>(10,11)</sup>. Há, ainda, o caso de um paciente com pseudotumor inflamatório e espessamento pleural que evoluiu com regressão espontânea da lesão<sup>(12)</sup>.

A completa ressecção, preservando o máximo de parênquima pulmonar, é indicada para o diagnóstico definitivo e tratamento, e leva a excelente prognóstico.

## REFERÊNCIAS

1. Alam M, Morehead RS, Weinstein MH. Dermatomyositis as a presentation of pulmonary inflammatory pseudotumor (myofibroblastic tumor). *Chest* 2000; 177:1793-5.
2. Dahabreh J. Inflammatory pseudotumor: a controversial entity. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999; 16: 670-3.
3. Vancauwenbergh A. Inflammatory pseudotumor of the lung. *JBR-BTR* 2002; 85: 209-11.
4. Mitsudomi T. Benign tumors and tumor-like lesions of the lung. *Int Surg* 1990; 75:155-8.
5. Cerfolio RJ. Inflammatory pseudotumor of the lung. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 1295.
6. Bahadori M, Liebow AA. Plasma cell granulomas of the lung. *Cancer* 1973; 31:191-208.
7. Agrons GA, Rosado-de-Christenson ML, Kirejczyk WM, *et al.* Pulmonary inflammatory pseudotumor: radiologic features. *Radiology* 1998; 206: 511-8.
8. Spencer H. The pulmonary plasma cell/ histiocytoma complex. *Histopathology* 1984; 8: 903-16.
9. Matsubara O, Tan Liu NS, Kenny RM. Inflammatory pseudotumor of the lung: progression from organizing pneumonia to fibrous histiocytoma or to plasma cell granuloma in 32 cases. *Hum Pathol* 1988; 19: 807-14.
10. Shirakusa T, Kusano T, Motonaga R. Plasma cell granuloma of the lung - resection and steroid therapy. *Thorac Cardiovasc Surg* 1987; 35: 185-8.
11. Doski JJ, Priebe CJ Jr, Driessnack M. Corticosteroids in the management of unresected plasma cell granuloma (inflammatory pseudotumors) of the lung. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 1064-1066.
12. Rasmussen H, Graudal N, Horn T. Spontaneous regression of a pleural thickening with the histological appearance of an inflammatory pseudotumor. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1989; 414: 253-5.