

Lipomas torácicos simulando metástases

Thoracic lipomas simulating metastasis

Pedro Cabral, Manuela Baptista

Ao Editor:

Os lipomas são tumores de partes moles benignos comuns em adultos.⁽¹⁾ Lipomas intratorácicos são incomuns e podem se desenvolver a partir do brônquio, pulmão, mediastino, diafragma e parede torácica; lipomas intratorácicos provenientes da parede torácica são particularmente raros.⁽²⁾

Lipomas torácicos ou pleurais provêm de camadas submesoteliais da pleura parietal, podem se estender para o espaço subpleural, pleural, ou extrapleural e apresentam crescimento lento.⁽³⁾ Podem surgir da parede lateral, bem como da pleura mediastinal ou diafragmática.⁽³⁾

A baixa frequência dessa entidade e os pouquíssimos relatos a seu respeito limitam a possibilidade de definir qual gênero e qual faixa etária são mais afetados. A prevalência vem aumentando constantemente nos últimos anos, provavelmente em virtude do uso irrestrito da TC de tórax.^(1,2)

Os lipomas geralmente permanecem assintomáticos e raramente causam dor torácica. Consequentemente, tendem a ser negligenciados durante muito tempo e, na maioria das vezes, são diagnosticados incidentalmente em radiografias ou imagens de TC de tórax realizadas por outros motivos.⁽⁴⁾

Embora incomuns, os sintomas incluem tosse improdutiva, dor nas costas, dispneia aos esforços e sensação de peso no peito.⁽³⁾

Os lipomas são tumores benignos, e a cirurgia geralmente não é indicada.⁽⁵⁾ No entanto, em virtude da dificuldade em distinguir um lipoma de um lipossarcoma bem diferenciado mesmo após biópsia com agulha, a excisão cirúrgica pode ser uma opção válida. Uma abordagem mais conservadora também pode ser considerada, com exames de imagem de controle para determinar se houve crescimento da lesão.⁽⁶⁾

Apresentamos o caso de um paciente branco e obeso (índice de massa corporal: 32 kg/m²), com 62 anos de idade e carga tabágica de 68 anos-maço. O clínico geral do paciente solicitara uma radiografia de tórax como parte de um *check-up*

de rotina. O paciente não tinha queixas físicas, e sua avaliação clínica e exames laboratoriais foram normais. A radiografia do tórax mostrou uma massa arredondada periférica no tórax inferior direito, com margens lisas e aparente contato ou origem pleural. A lesão apresentava densidade homogênea de partes moles, sem calcificações, broncograma aéreo, erosão óssea ou reação periosteal das costelas adjacentes. Uma lesão semelhante, porém menor, podia ser vista logo acima do diafragma direito (Figura 1). Além disso, o índice cardiotorácico estava aumentado.

Certas características das lesões em imagens radiográficas podem ajudar a estreitar o diagnóstico diferencial. O primeiro passo é localizar a lesão com precisão, e a radiografia de tórax em perfil é um complemento muito útil da radiografia de tórax em incidência posteroanterior. Infelizmente, no presente caso, não tínhamos à nossa disposição uma radiografia de tórax em perfil. No entanto, tentamos determinar se a lesão localizava-se no parênquima pulmonar, na pleura ou na parede torácica; notamos que o ângulo formado pelo contorno da lesão e a parede torácica era obtuso (> 90°), o que é indicativo, embora não patognomonicamente, de lesões pleurais ou da parede torácica, ao passo que um ângulo agudo seria mais frequentemente observado em lesões do parênquima pulmonar.

Ambas as lesões apresentavam margens regulares, o que é mais provável em lesões benignas ou metástases do que em uma lesão maligna primária da pleura. No entanto, como havia duas lesões com características semelhantes em um homem de 62 anos de idade, a possibilidade de metástase era certamente muito forte e uma preocupação real. Portanto, era razoável considerar a possibilidade de metástase pleural como o principal diagnóstico diferencial e lesões pleurais ou extrapleurais benignas como nossa segunda possibilidade. Como havia duas lesões, foram excluídas certas lesões da pleura ou de tecidos extrapleurais, menos frequentes e de aparência benigna, tais como tumor fibroso

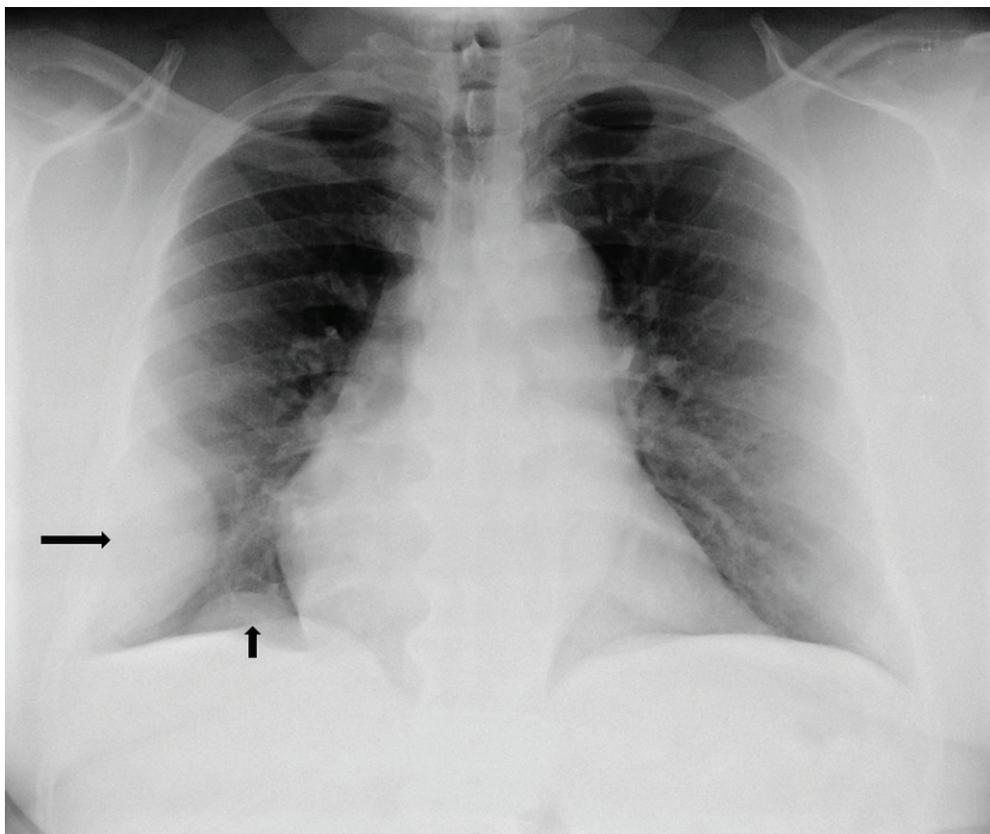


Figura 1 - Radiografia de tórax em incidência posteroanterior. Podem ser vistas duas massas, com margens lisas; uma maior, na parte lateral do tórax inferior direito (seta maior), e uma menor, logo acima do diafragma direito, perto do ângulo cardiofrênico (seta menor). Observe o ângulo obtuso que ambas as lesões formam com a parede torácica e o diafragma, respectivamente, o que sugere origem pleural ou extrapleural.

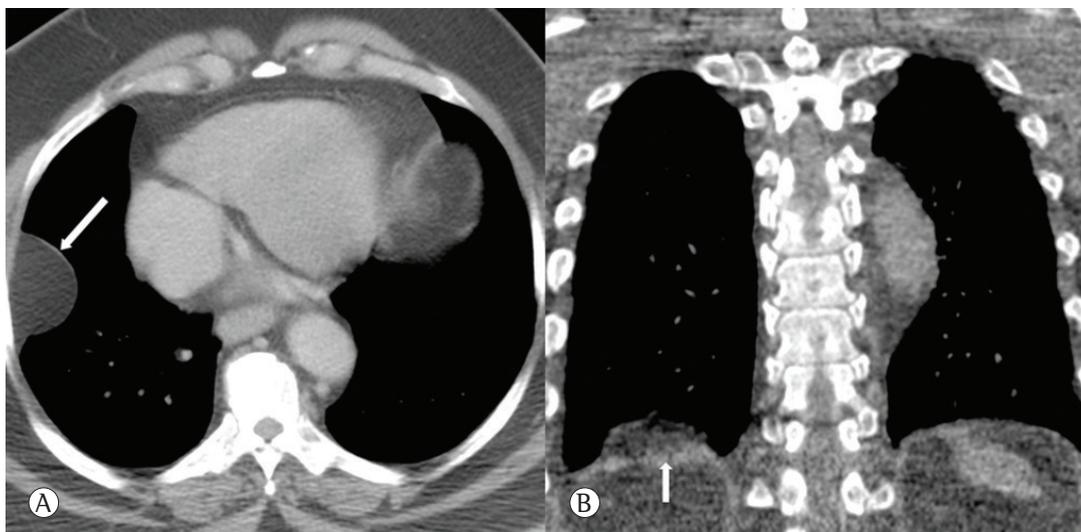


Figura 2 - Imagens de TC. Em A, imagem axial com janela para o mediastino. A margem regular e o conteúdo adiposo homogêneo da massa na parede torácica lateral podem ser facilmente observados. Não há características invasivas, e é até possível observar uma parte da pleura encerrando a lesão (seta). Em B, imagem coronal reformatada ilustrando a posição do lipoma menor, logo acima do diafragma direito. O diafragma subjacente está intacto (seta). A lesão em questão também apresenta margem regular e conteúdo adiposo homogêneo.

solitário; placas causadas por asbestose também foram descartadas, pois geralmente não são tão arredondadas como as lesões observadas no presente caso; até mesmo derrame loculado poderia ser uma explicação, embora pouco provável em um paciente assintomático com exames laboratoriais normais. Não podíamos excluir o diagnóstico de lipomas com base apenas na radiografia; porém, como lipomas são muito raros naquela localização, estavam no fim de nossa lista de diagnósticos diferenciais.

Posteriormente, realizou-se TC com janela para o pulmão e mediastino, a fim de caracterizar melhor os achados radiológicos. A TC confirmou a presença de uma massa lisa e bem definida, com 5 cm de diâmetro, além de ter confirmado, sem sombra de dúvida, a localização extrapleural da massa, na parte lateral do tórax inferior direito. Nas imagens da TC, também foi possível definir que a lesão era composta por uma massa homogênea com atenuação de gordura, sem septações internas ou cápsulas espessas (Figura 2A). Também foi confirmada a presença de uma segunda lesão, menor, logo acima do diafragma direito, também extrapleural, com as mesmas características da lesão maior (Figura 2B). Não houve realce das lesões após a injeção de contraste intravenoso.

Esses achados eram consistentes com lipomas da gordura extrapleural. Não se realizou biópsia ou excisão cirúrgica. Quando este texto foi redigido, o paciente havia completado 3 anos de acompanhamento, sem sinais de crescimento das lesões ou alterações da morfologia.

A TC de tórax foi de suma importância para o diagnóstico final, pois nos permitiu determinar a localização exata das lesões no espaço extrapleural e nos forneceu informações importantes sobre a forma e o conteúdo das lesões, sua relação com as estruturas vizinhas e sua vascularização; o conteúdo adiposo homogêneo foi fundamental para o diagnóstico de lipomas.

Embora não se possa exagerar a importância da TC para esclarecer e caracterizar achados ambíguos na radiografia de tórax, geralmente é a análise minuciosa das imagens obtidas por meio de ambos os métodos que nos permite

chegar ao diagnóstico final. Este caso ilustra como é simples estabelecer a localização (pleural ou extrapleural) e a natureza (provavelmente benigna) das lesões por meio da radiografia de tórax. No entanto, a caracterização precisa e o diagnóstico correto só foram possíveis por meio da TC, que é, sem dúvida, a técnica de imagem mais precisa para patologias torácicas e pulmonares específicas.

Os médicos são frequentemente convocados a interpretar radiografias de tórax sem o amparo de um laudo de um radiologista, não só nos serviços de emergência, mas também em enfermarias hospitalares e ambulatórios. É, portanto, obrigatório que todos os médicos se mantenham atualizados no tocante a sua habilidade de interpretar radiografias de tórax.

Pedro Cabral

Residente de Radiologia, Departamento de Radiologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Manuela Baptista

Diretora, Departamento de Radiologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Referências

1. Zidane A, Atoini F, Arsalane A, Traibi A, Hammoumi M, Ouariachi F et al. Parietal pleura lipoma: a rare intrathoracic tumor. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2011;59(5):363-6.
2. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, DeCock D, Stengel BF, Choi H. Intrathoracic lipomas. Report of three cases and review of the literature with emphasis on endobronchial lipoma. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1979;77(4):550-6.
3. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ Jr. Fat-containing lesions of the chest. *Radiographics*. 2002;22(Spec No):S61-78.
4. Geis JR, Russ PD, Adcock KA. Computed tomography of a symptomatic infarcted thoracic lipoma. *J Comput Tomogr*. 1988;12(1):54-6.
5. Takayama T, Hirai S, Ishihara T, Kumazaki S, Sano K, Mishima H et al. Pleural lipoma: report of a case. *Surg Today*. 1994;24(2):173-5.
6. Kondoh K, Kobayashi T, Urakami T, Kasugai T. A case of pedunculated intrathoracic chest wall type lipomas. *Kyobu Geka*. 1997;50(12):1065-8.