

Artigo originariamente publicado na
Revista Médica da Aeronáutica, número 3, setembro de 1949

FIBROMA GIGANTE INTRA-TORÁCICO (*)

ALEXANDRE LAFAYETTE STOCKLER
LAFAYETTE RODRIGUES PEREIRA
RODOLFO FIGUEIRA DE MELLO

Os tumores intra-torácicos, de origem parietal, são raros na literatura mundial e praticamente desconhecidos na nossa. Até 1939 Harper registrara apenas 9 fibromas, intra-torácicos, provenientes da parede. Clagett e Hausmann em 1944, relataram um caso, no qual não lhes foi possível evidenciar a exata origem do tumor. De então para cá, na bibliografia por nós computada, não encontramos maiores esclarecimentos nem outras observações concernentes a este tipo de tumor, o que justifica a apresentação do caso que se segue.

OBSERVAÇÃO — Identificação: V. H. 31 anos — branco — casado — dinamarquês — 1m92 — 100 kg.

A. F. — Pai falecido de câncer hepático (sic). Tem a mãe e um irmão com tuberculose pulmonar.

A. P. — Negativo, salvo para sarampo, coqueluche e um síndrome reumatóide mal definido.

H. D. A. — Relata o paciente que há cerca de 3 meses, quando nadava, num esforço maior, foi acometido de súbita e forte dispnéia, que o impossibilitou de continuar o exercício natatório. Procurou então um médico que o examinou, nada verificando de anormal. Desta época em diante observou-se cuidadosamente, notando que acusava dispnéia, a princípio em certos esforços e que mais tarde acentuou-se nitidamente, obrigando-o a moderar seus movimentos mais apressados.

Queixa-se de tosse seca, por vezes em pequenos acessos e dispnéia de esforço. Apenas consegue dormir quando deitado do lado esquerdo.

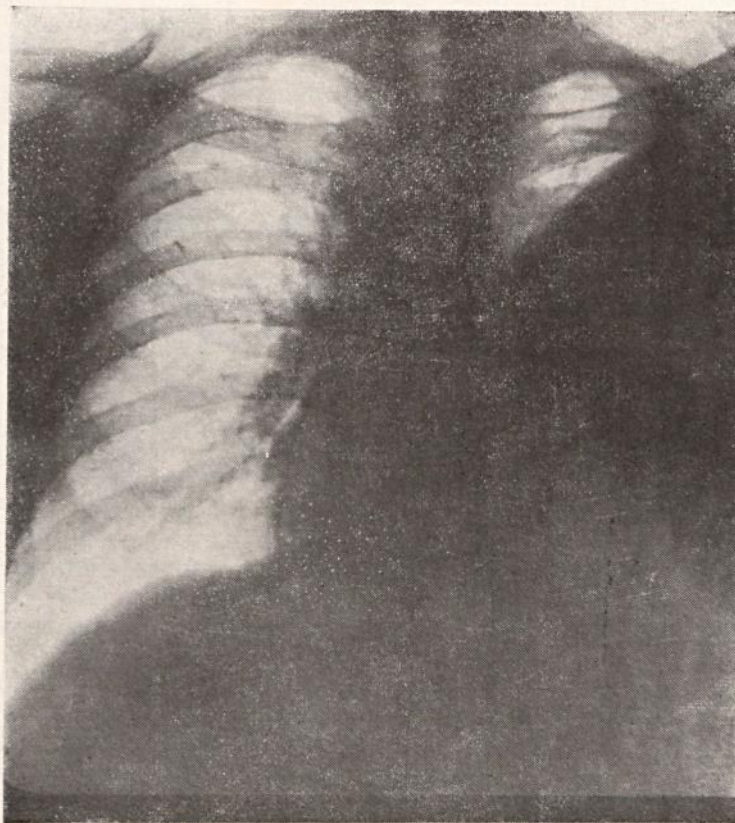
Náuseas pela manhã e sensação de plenitude epigástrica, post-prandial.

Procurou-nos por julgar-se portador de uma afecção cardíaca.

Aparelho circulatório — Normal, inclusive electrocardiograma. P. A. 140/82 P. 86.

Aparelho respiratório — O exame clínico e radioscópico revelou grande síndrome pleural esquerdo com desvio do mediastino para o lado direito (rad. 1 e 2).

(*) — Comunicação feita pelo Dr. A. L. Stockler à Sociedade de Estudos do H. E. S. F. A., em 5-1-49.



Rad. n.º 1

Em 11-VIII-48, sob anestesia local, foram feitas seis (6) punções exploradoras em três (3) lugares diferentes, conseguindo-se apenas em uma delas, retirar-se 1 cc. de líquido séro-hemorrágico que, foi enviado a laboratório para pesquisa de células neoplásicas, sendo o resultado negativo. Novas punções executadas dias após, em 16-VIII-48, com agulhas de diâmetro maior e em quatro (4) regiões diferentes, foram igualmente negativas, sendo obtida como única referência, a existência de um tecido duro, fibroso, que dificultava a entrada das agulhas numa maior profundidade. Dias mais tarde, foi feita uma biópsia com agulha de Silverman, com retirada de tecido em quantidade suficiente para exame histopatológico cujo resultado foi o seguinte: "o exame em diversas secções, obtidas em série, revela uma porção de tecido conjuntivo onde são vistos vasos sanguíneos raros e espessos feixes de fibras colagênicas. Não há sinais de inflamação nem de processos neoplásticos. Diagnóstico: — Tecido conjuntivo normal. Ass. P. Dacorso (23-VIII-48)".

A broncografia (Rad. 3), revela boa permeabilidade da árvore brônquica esquerda que se acha recalçada por massa tumoral extrínseca ao parenquima pulmonar.

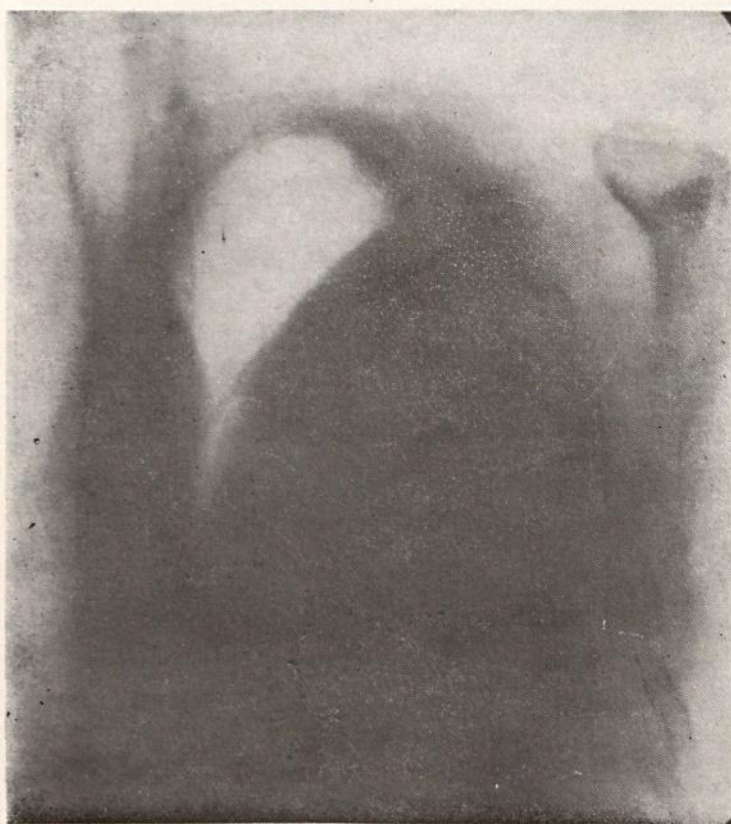
FIBROMA GIGANTE INTRA-TORÁCICO

27

Ao exame clínico não havia reação ganglionar, nem nas regiões supra-claviculares nem nas axilares.

Exames de Laboratório — Hematias, 5.310.000. Hemoglobina, 95%. Leucócitos, 5.600. Contagem diferencial: Neutrófilos 60% (seg. 58%, bast. 2%), Monócitos, 5%. Eosinófilos, 4%.

Dosagem de Uréia — 0,42 por mil. Tempo de coagulação 3'. Sangramento, 3'.



Rad. n.º 2

Exame de Urina — Normal.

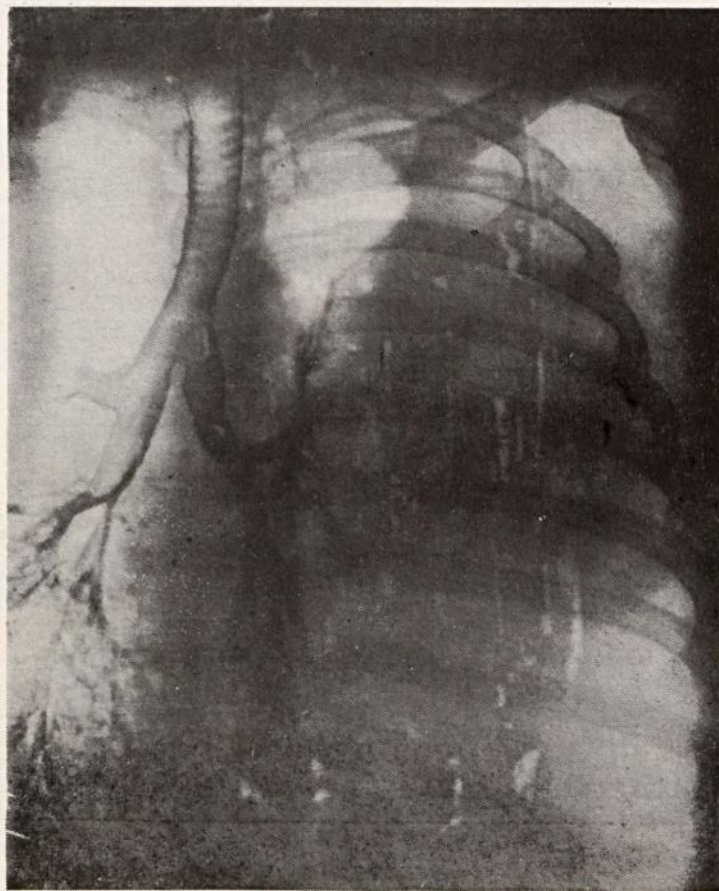
O paciente foi operado, com diagnóstico de tumor gigante intratorácico, pleural, de evolução lenta e de natureza não definida.

Intervenção: (9-IX-48) — Anestesia geral, ciclopropano-éter-oxigênio, em circuito fechado, com entubação traqueal.

Incisão póstero-lateral, seguindo o trajeto da sétima costela esquerda, que foi ressecada em toda sua extensão. No terço anterior do leito dessa costela foi encontrada uma zona de pleura livre, por onde foi feita a entrada na cavidade torácica. Aumentada a abertura inicial, foi possível explorar a cavidade pleural, ocupada

por grande massa tumoral, dura, lisa, regular na sua superfície e recoberta por pleura parietal.

Nos pontos de contato do tumor com a pleura visceral existiam aderências finas que, ligavam intimamente o tumor ao pulmão, inteiramente comprimido. O tumor tinha sua implantação parietal, numa área de cerca de 12 cm de diâmetro, na linha axilar média, sendo por isto necessário fazer-se sua exêrese em bloco, com



Rad. n.º 3

segmentos de costela correspondentes à sua implantação. Assim foi feita ressecção de cerca de 12 cm das 4.^a, 5.^a, 6.^a e 8.^a costelas, na porção compreendida entre as linhas, axilar posterior e anterior (Rad. 4). Ao serem desfeitas as aderências do tumor com o parenquima, observou-se algumas pequenas fistulas pleuro-pulmonares, que, por seu tamanho, não necessitaram sutura. Exercida hiperpressão o pulmão expandiu-se com facilidade até a parede

FIBROMA GIGANTE INTRA-TORÁCICO

29

costal. A cavidade foi drenada com sonda n.º 20 (Fr.) e a parede foi fechada de uma maneira atípica, aproveitando-se os planos musculares e aponeuróticos para tornar a cavidade pleural estanque. Durante a operação, foram administrados 1.000 cc. de sangue total citratados. O paciente suportou o ato cirúrgico muito bem tendo a pressão arterial se mantido normal.



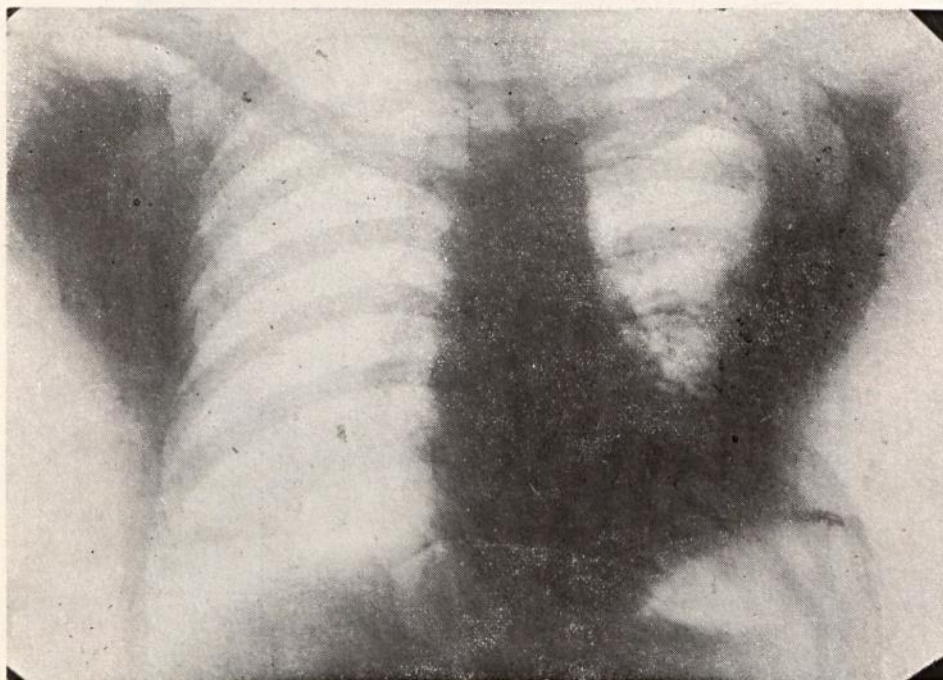
Rad. n.º 4 — 48 horas após a operação

O post-operatório decorreu calmo sem qualquer alteração para o pulso, respiração e pressão arterial. Não houve enfisema subcutâneo.

Sob o ritmo de uma aspiração contínua de —20 de água o dreno pleural funcionou bem e, no dia imediato à operação, o pulmão achava-se relativamente expandido, cerca de dois (2) dedos transversos da parede, no terço superior (Rad. 4). O dreno foi retirado após 48 horas e o paciente teve alta, no 10.º dia.

Um ano após a intervenção (Rad. 5), o doente encontra-se perfeitamente bem e em pleno trabalho.

O exame da peça operatória revelou: — **Exame macroscópico** — A peça enviada para exame em u'a massa medindo $20 \times 23 \times 12$ cm, pesando 3,100 kg exibindo em uma de suas faces três (3) porções paralelas de costelas, medindo 12 cm no seu maior comprimento. A massa tumoral mostra-se revestida por delicada capa fibrosa,



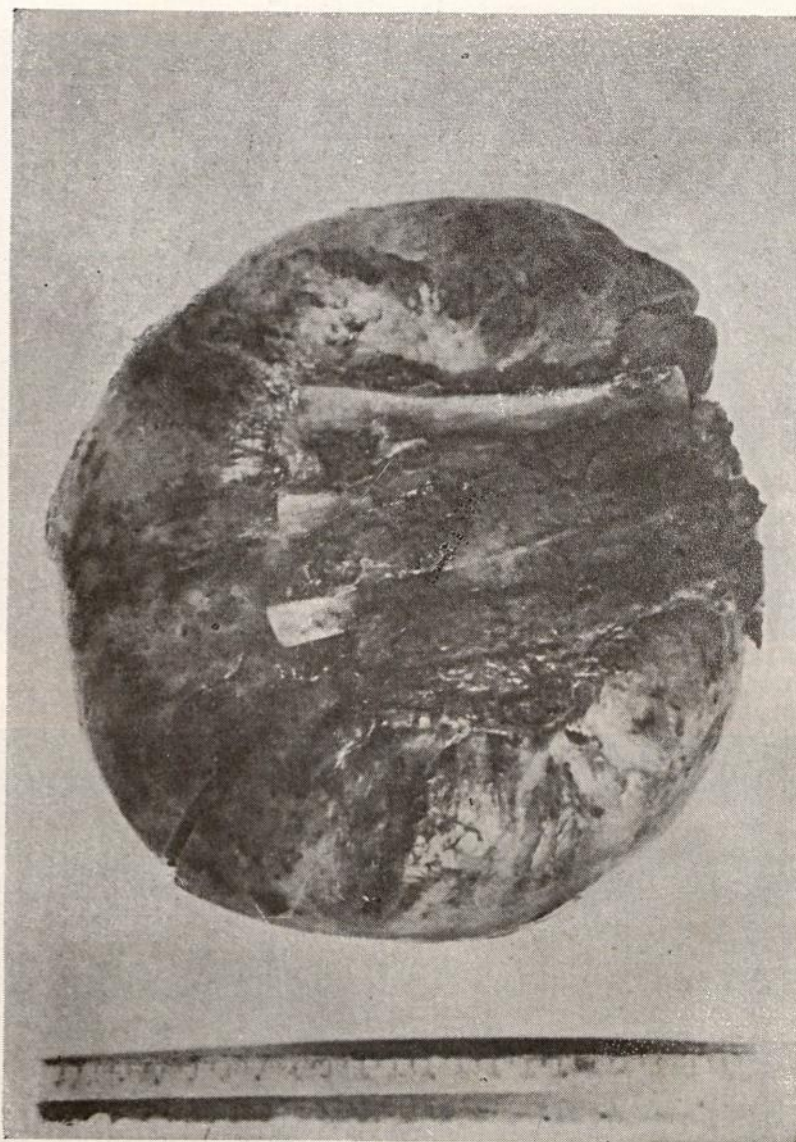
Rad. n.º 5 — Um ano após a intervenção

brilhante e lisa em toda a sua extensão, exceto na região em que adere às secções das costelas, acima mencionadas. A coloração da peça é rosa, exibindo aqui e ali, porções avermelhadas que correspondem a áreas hemorrágicas recentes. A consistência é mole e ao corte evidencia um tecido de cor rósea, muito mole, dando saída a grande quantidade de líquido seroso, mesmo ao simples corte, sem expressão. Foram retirados diversos fragmentos da massa tumoral, sendo uns fixados em líquido de Zenker, outros em formol salino a 10% e finalmente outros ainda em líquido de Bouin.

Exame microscópico — Alguns fragmentos foram submetidos a cortes de congelação, os restantes entretanto foram incluídos em parafina e, após seccionar, foram corados pela dupla coloração — Hematoxilina-eosina, pelo método de Mallory para tecido conjuntivo e pelo Muci-carmin de Mayer. Como aspecto microscópico revelado pelos cortes de congelação e corados pela técnica rápida de tionina é idêntico àquele com o material incluído em parafina, faremos, por amor à brevidade, apenas uma breve descrição do quadro histopatológico do tumor. A estrutura microscópica do neo-

FIBROMA GIGANTE INTRA-TORÁCICO

31



**Fig. n.º 1 — Fibroma intra-torácico — 20 × 23 × 12 cm.
Pêso, 3.100 kg.**

plasma pode ser considerada uniforme. Mostra-se pouco celular, constituído por células fusiformes, do citoplasma eosinófilo, escasso, com núcleos alongados, ricos em cromatina, não se distinguindo nucleolos nos mesmos, tal o grau de hiperchromatismo. Muitas vèzes os núcleos são retorcidos em forma de vírgula ou de um parêntesis.

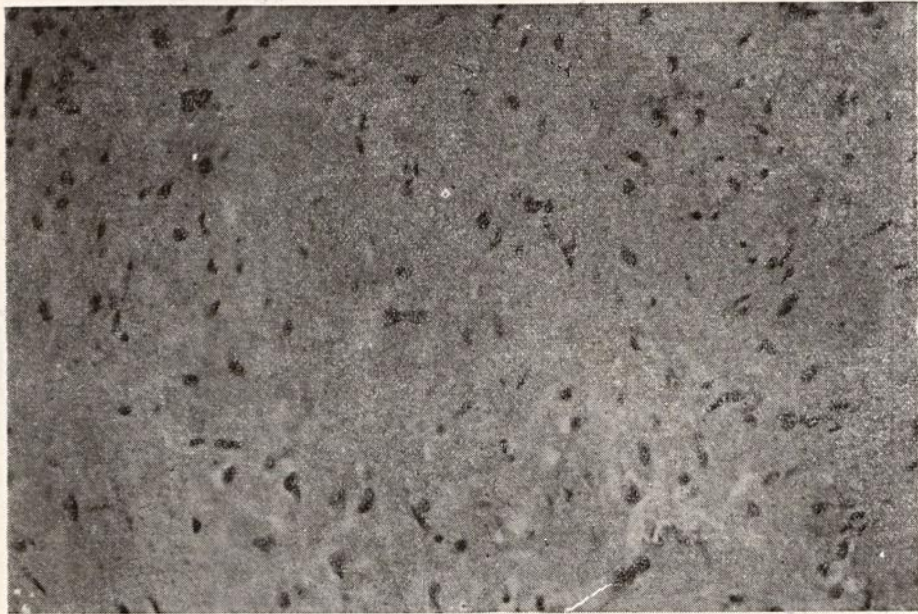


Fig. n.º 2 — Microfotografias com $\times 400$ — Col. H. E.



FIBROMA GIGANTE INTRA-TORÁCICO

33

Entre tais células existe abundante quantidade de fibras, delicadas em umas regiões, grossas e fusionadas em outras. Nas regiões edemaciadas observa-se a presença de uma substância eosinófila como que dissociando as delicadas fibrilas colagênicas. Tal substância não responde positivamente aos corantes específicos do muco. A vascularização do neoplasma é variável, áreas há em que se encontram vasos com grande luz cheios de hemátias, porém de paredes extremamente finas, quase que formadas apenas por única camada endotelial, assim como se encontraram áreas em que os vasos têm paredes bem constituídas.

É de notar que tais áreas correspondem às regiões onde os feixes colagênicos são grosseiros e em que o número de células é reduzido.

Pequenas hemorragias são assinaladas principalmente na periferia da neoplasia. Hianilizando dos grossos feixes colagênicos começa a instalar-se também nas zonas mais externas do tumor. Não se observam sinais de inflamação, nem de calcificação.

Evidências de atipias celulares, de figuras de mitose e de crescimento ativo não são encontradas no exame minucioso nas numerosas preparações realizadas.

Diagnóstico: — "Fibroma". Ass. P. Dacorso. (4-I-49).

DISCUSSÃO

Os dados epidemiológicos referentes ao paciente, a evolução lenta, sutil da síndrome pleural afebril ou sub-febril, e a ocorrência na medicina de pleurizias tuberculosas com esta evolução, o primeiro contato com o enfermo, lembrava que, talvez, fôsse portador de afecção pleural tuberculosa.

Logo após a ausência de líquido verificada nas punções pleurais iniciais, a nossa atenção voltou-se para o diagnóstico de um tumor pleural ou pleuro-pulmonar.

Considerando primeiramente o pulmão, tínhamos que encarar o tumor pulmonar primitivo broncogênico, exclusivamente dos brônquios periféricos, acompanhados de metástases pleurais, responsáveis pelo quadro predominante do caso vertente. Afastamos esta hipótese pela falta de escarros sanguíneos, da síndrome de obstrução brônquica, pela boa permeabilidade da árvore aérea pulmonar, atestada na broncografia e pela negatividade das punções pleurais excluindo o derrame pleural.

Quanto aos tumores malignos primitivos da pleura, devem ser focalizados na discussão diagnóstica, os endoteliomas, geralmente constituídos de células epitelióides, isoladas ou invadindo a superfície pulmonar ou as regiões interlobares, assim como os sarcomas fuso e globo celulares. Apesar do paciente encontrar-se em bom estado geral, a hipótese do tumor maligno, por este simples aspecto, não poderia ser esquecida. Não é raro que o tumor maligno da pleura dê sinais de sua presença em indivíduos em estado florescente. Os endoteliomas primitivos pleurais, clinicamente, apresentam-se sob a forma de duas síndromes: uma com derrame abundante, recidivante, de côr vinhosa; a outra,

sem derrame, geralmente endoteliomas difusos, manifestando-se sob uma síndrome sinfasária, com retração costo-mediastínica, ou então, mais raramente, como no caso de Guichard, sob a forma de tumor gigante intra-torácico, refluindo o mediastino.

Ressaltava da nossa observação uma síndrome pseudo-pleurítica, refletindo um grande tumor intra-torácico.

Como facilmente se depreende, o caso debatido, com a sua sintomatologia precisada, não se enquadra dentro dos endoteliomas primitivos pleurais, mesmo no tumor gigante intra-torácico, que se acompanha de metástases e mau estado geral.

Lichtenstein, que conseguiu reunir 31 casos de sarcomas primitivos pleurais, dividiu-os em três grupos: no primeiro incluiu tumefações extensas, freqüentemente acompanhadas de derrame e invadindo os órgãos vizinhos; no segundo enquadrou os sarcomas com grande desenvolvimento, invasão pulmonar e expectoração sanguínea; no terceiro grupo os de massa tumoral gigante, sólida, de caráter estrutural maligno e de evolução clínica benigna, dando apenas as perturbações mecânicas decorrentes do seu grande desenvolvimento.

Bruner cita o seu caso operado, de tumor intra-torácico, de duração de vinte (20) anos que primitivamente era uma fibroma e secundariamente, degenerou-se em sarcoma; refere-se também à observação de Kahler-Eppinger, em que o tumor tomava todo o hemitórax, cujos caracteres histológicos eram fibromatosos e estava apenas unido à cavidade torácica no ângulo infero-posterior, por uma aderência cordonal.

Comparada a sintomatologia da observação em discussão, podemos de pronto excluí-la dos dois primeiros grupos da classificação de Lichtenstein. A conjectura de um cisto hidático gigante pulmonar foi posta de lado, por não haver sintomas pulmonares e ausência de líquido cristalino, atestado nas punções intra-torácicas brancas.

O doente não apresentava dor torácica; êste sintoma deixa de ter valor, pois pode existir nos tumores benignos ou malignos.

Pesando os sinais clínicos e radiológicos do doente, a sua grande síndrome pseudo-pleural, o alargamento dos espaços intercostais, a permeabilidade da árvore brônquica registrada na broncografia, afastando qualquer obstrução intrínseca brônquica, a falta de líquido pleural para explicar o desvio do mediastino e o afastamento dos arcos costais, a sensação de rigidez dada pela agulha na punção pleural, enfim, a pobreza de sintomas subjetivos e funcionais em relação à grande massa tumoral intra-torácica,

nos conduziram a colocar, clinicamente, o caso no grupo dos tumores de evolução benigna.

Assim, êste tumor intra-torácico estaria incluído, estruturalmente, nos seus caracteres histológicos, entre os tumores primitivamente benignos que posteriormente, se degeneram (fibrosarcomas, mixolipomas, condrosarcoma), ou então, dentre os tumores benignos intra-torácicos que, pelo seu volume, já trazem perturbações notórias de origem mecânica.

O exame do material, colhido pela punção biópsia, nada revelou sobre a natureza do tumor, e portanto, clinicamente, tínhamos nas mãos um caso de tumor intra-torácico gigante, benigno, que deveria ser operado. A broncoscopia não foi feita, por julgarmos desnecessária, dado os resultados da broncografia que não indicavam qualquer sinal de obstrução brônquica intrínseca.

O fibroma retirado pesava 3,100 kg, o segundo em tamanho, segundo a nossa bibliografia, pois o maior fibroma extraído da cavidade pleural, até 1944, conhecido na literatura médica, foi o operado por Clagett e Hausmann nos serviços Mayo, com cura clínica, que pesou 4,972 quilogramas.

Os exames, macro e microscópico, revelaram que o tumor era um fibroma gigante, com inserção no terço médio-superior, ântero-axilar-posterior, recoberto pela pleura parietal e com aderências pleuro-pulmonares.

Os fibromas intra-torácicos são muito raros. Segundo Blade, até 1941, apenas 32 casos de fibromas mediastinais eram conhecidos e Harper, em 1939, registrara apenas 9 fibromas endo-torácicos, provenientes da parede torácica.

Para melhor recordação dos tumores benignos intra-torácicos, achamos prático reproduzir a classificação de Clagett e Hausmann:

I — Tumores do mediastino anterior:

- a) — linfomas
- b) — timomas
- c) — dermatóides
- d) — teratomas
- e) — cistos
- f) — linfangiomas
- g) — hemangiomas.

II — Tumores do mediastino posterior:

- a) — fibromas
- b) — neurofibromas
- c) — fibroblastomas peri-neural
- d) — ganglioneuroma
- ocasionais { e) — osteomas, derivados do osso e cartilagens vertebrais
- f) — mixomas.

III — Tumores da parede torácica:

- a) — condromas
- b) — fibromas
- c) — osteomas
- d) — tumores benignos de células gigantes
- e) — angiomas
- f) — hemangiomas
- g) — mixomas.

Os fibromas intra-torácicos, em regra, se originam do mediastino e, às vezes, da parede torácica. Tudor Edwards, chama atenção sobre certos tumores que provêm de tecidos extra-pleural, apresentando-se completamente revestido de pleura parietal, tidos por alguns autores por fibromas e que na realidade são neuri-fibromas ou fibroblastomas.

Os fibromas, além de suas conseqüências mecânicas, decorrentes de seu desenvolvimento que pode ser fatal, possuem maior facilidade de se degenerarem em sarcomas, do que os neurogênicos.

A intervenção cirúrgica, justifica-se plenamente nos tumores benignos intra-torácicos, sendo preferível que sua execução se faça precocemente, não só pela possibilidade de degeneração, como pelo desenvolvimento tardio, que provoca distúrbios mecânicos de conseqüências maléficas e aumentando os riscos do ato operatório, devido às aderências com órgãos vizinhos, tornando a ação cirúrgica altamente perigosa.

Para que se tenha idéia da importância da necessidade da exeresse dos tumores benignos endo-torácicos, basta citar a estatística dada por Lagett e Hausmann, na qual em 32 casos, de 18 não operados, todos morreram e, dos 14 operados, 13 conseguiram curas cirúrgicas completas.

A operação decorreu suave e, como houvessem aderências tumorais pleuro-pulmonares, a extração do tumor causou fistula punctiformes pleuro-pulmonares que, se fecharam facilmente, não dando escarros de sangue e não sendo

FIBROMA GIGANTE INTRA-TORÁCICO

37

necessário suturá-las. O post-operatório decorreu sem acidentes e atualmente o doente goza ótima saúde e voltou à suas ocupações, trabalhando ativamente.

S U M Á R I O

Os A.A. relatam um caso raro de fibroma gigante intra-torácico originado da parede e, operado com êxito.

Segundo a revisão de Clagett e Hausmann, este é o 10.º caso de fibroma da parede torácica já publicado e, com 3.100 kg. é o segundo em tamanho entre todos os fibromas intra-torácicos, aparecidos na literatura médica mundial.

São feitos extensos comentários, sobre a questão do diagnóstico diferencial, incidência destes tumores e conduta terapêutica, encarecendo-se a necessidade da cirurgia precoce nos casos de tumores benignos intra-torácicos.

S U M M A R Y

Intra-thoracic fibroma, originating from the chest wall, is a very rare occurrence in the pathology of the chest.

The A.A. report a case of a huge fibroma of the chest wall with 20 × 23 × 12 cm and weighing 3,100 kg., which was successfully removed. According to Harper and to Clagett and Hausmann this is the 10 th. of such cases that appeared in the literature, and the 2 nd. in size of all intra-thoracic fibromas.

The diagnosis and incidence of these tumors are fully discussed. The importance of early removal of this and all benign intra-thoracic tumors is stressed.

B I B L I O G R A F I A

- 1 — ADAMS, H. — "Tumors of the mediastinum". — The Surgical Clinics of North-America, 18:629, 1938.
- 2 — ANDRUS, W. D. — "Tumors of the chest derived from elements of the nervous system". — The Journal of Thoracic Surgery, 6:381, 1937.
- 3 — ARCE, J. — "Endothoracic neurofibroma". — Bol. y trab. Acad. Argen. de Cir., 25:316, 1941.
- 4 — BLADES, BRIAN — "Relative frequency and site of predilection of intrathoracic tumors". — Am. Journal of Surgery, 54:139, 1941.
- 5 — BLADES, B. — "Mediastinal tumors. Report of cases treated at Army thoracic surgery centers in the United States". — Annals of Surgery, 123:749, 1946.
- 6 — BLAK, JAMES M. e BRADFORD, JOSEPH, K. — "Primary fibrosarcoma of the chest wall following thoracic trauma". — The Journal of Thoracic Surgery, 12:368, 1943.
- 7 — BREWER, LYMAN A.; JONES, WILFRED M. G. e DOLLEY, FRANK S. — "Nonmalignant intra-thoracic lesions simulating bronchiogenic carcinoma". — The Journal of Thoracic Surgery, 17:439, 1948.
- 8 — BROWN, ROBERT K. e ROBBINS, LAURENCE L. — "The diagnosis and treatment of bronchiogenic cysts of the mediastinum and lung". — The Journal of Thoracic Surgery, 13:84, 1944.

- 9 — CLAGETT, O'THERON e HAUSMANN, PAUL F. — "Huge intra-thoracic fibroma: report of a case". — *The Journal of Thoracic Surgery*, 13:6, 1944.
- 10 — CURRERI, A. R. e GALE, J. W. — "Mediastinal tumors". — *Archives of Surgery*, 58:797, 1949.
- 11 — EDWARDS, A. T. — "The surgical treatment of intra-thoracic New-Growths". — *British Medical Journal*, 1:827, 1932.
- 12 — GOULD, D. M. — "Non-tuberculous lesions found in mass X-Ray Surveys". — *The Journal of the American Medical Association*, 127:735, 1945.
- 13 — HARPER, F. R. — "Benign chondromas of the ribs". — *The Journal of Thoracic Surgery*, 9:132, 1939.
- 14 — HARRINGTON, S. W. — "Intra-thoracic new-growths: Results of surgical treatment in twenty-four cases". — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 51:647, 1930.
- 15 — HARRINGTON, S. W. — "Surgical treatment of tumors of the lung and mediastinum". — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 52:417, 1931.
- 16 — HEUER, G. J. e ANDRUS, W. DE W. — "The Surgery of mediastinal tumors". — *American Journal of Surgery*, 50:146, 1940.
- 17 — HEUER, GEORGE J. e ANDRUS, WILLIAM DE W. — "Lewis Practice of Surgery". — Vol. V — Cap. V — W. F. Prior Co., Maryland, 1943.
- 18 — KENT, EDWARD M.; BLADES, BRIAN; VALLE, ANIBAL ROBERTO e GRAHAM, EVARTS A. — "Intra-thoracic neurogenic tumors". — *The Journal of Thoracic Surgery*, 13:116, 1944.
- 19 — MORTON, D. B. — "Tumor of bony and thoracic wall, associated with trauma". — *American Journal of Surgery*, 8:995, 1930.
- 20 — OVERHOLT, R. H. e SOUDER, C. R. — "Benign intra-thoracic tumors". — *The Surgical Clinics of North-America*, 17:905, 1937.
- 21 — SUGARBAKER, E. D. e CRAVER, L. F. — "Lymphosarcoma. A study of 196 cases with biopsy". — *The Journal of the American Medical Association*, 115:17, 112, 1940.
- 22 — THOMPSON, JOHN V. — "Mediastinal tumors and cysts". — *Surgery, Gynecology and Obstetrics. International Abstracts of Surgery. Collective Review*. — Março, 1947.

