

Lipoma pleural: relato de caso

JOSÉ WELLINGTON ALVES DOS SANTOS¹, MARÍLIA CEHELLA², JÚLIO SARTURI¹, RODRIGO BORTOLI¹

Os autores relatam um caso de lipoma pleural descoberto incidentalmente em radiograma torácico. Os estudos radiográficos não foram conclusivos quanto à natureza da lesão. O diagnóstico foi estabelecido por estudo histológico do tumor extirpado por toracotomia, após avaliação citológica inconclusiva, obtida por punção aspirativa com agulha fina transtorácica. (*J Pneumol 1997;23(3):158-160*)

Pleural lipoma: report of a case

The authors report a case of pleural lipoma which was found incidentally in a thoracic roentgenogram. The radiographic studies were inconclusive about the nature of the lesion. The diagnosis was established by histologic study of the tumor excised by thoracotomy, after an inconclusive cytologic study obtained by transthoracic fine needle aspiration.

Descritores – Lipoma. Pleura.

Key words – Lipoma. Pleura.

Siglas e abreviaturas utilizadas neste trabalho

PAAF – Punção aspirativa com agulha fina

TC – Tomografia computadorizada

INTRODUÇÃO

Lipoma é uma neoplasia benigna relativamente comum no tecido subcutâneo. Raramente pode localizar-se na cavidade torácica, comprometendo brônquio, mediastino, coração, parênquima pulmonar ou, excepcionalmente, a pleura⁽¹⁻³⁾. Na quase totalidade dos casos relatados, a lesão pleural constitui-se em achado casual ao radiograma torácico de rotina⁽¹⁻⁹⁾.

Como na radiografia convencional os lipoma pleurais costumam ser interpretados como neoplasias malignas, no passado o diagnóstico usualmente era feito em material obtido por toracotomia exploradora. Presentemente, com o advento da tomografia computadorizada e a utilização da punção aspirativa com agulha fina (PAAF) transtorácica, muitos casos de lipoma pleural podem ser diagnosticados antes de sua exérese cirúrgica^(1,2,5,7,10-12).

Por sua raridade, relata-se caso de lipoma intratorácico, localizado na cavidade pleural.

1. Serviço de Pneumologia/Hospital Universitário de Santa Maria – Universidade Federal de Santa Maria.

2. Serviço de Patologia/Hospital Universitário de Santa Maria – Universidade Federal de Santa Maria.

Endereço para correspondência – José Wellington Alves dos Santos, Rua Venâncio Aires, 2.020/403 – 97010-004 – Santa Maria, RS. Tel. (055) 222-4051.

Recebido para publicação em 6/2/97. Reapresentado em 25/5/97. Aprovado, após revisão, em 28/5/97.

RELATO DO CASO

Mulher branca de 70 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes melito tipo II havia cinco anos, foi encaminhada ao nosso hospital para investigação de uma massa em base pulmonar direita, encontrada incidentalmente em radiograma de tórax, após trauma torácico contuso à esquerda (figura 1a). Uma ultra-sonografia mostrou lesão justadiafragmática de textura sólida, contornos parcialmente definidos, medindo 5,8 x 4,2cm, situada no espaço pleural direito. O material obtido por PAAF transtorácica, orientada por fluoroscopia, revelou raras células tipo mesotelial sem características de malignidade, em meio a agrupamentos de células adiposas, estas interpretadas como sendo provenientes de tecidos moles, não permitindo conclusão diagnóstica. A paciente não concordou em prosseguir a investigação.

Um mês após, a paciente retornou para controle. Na internação, novo radiograma de tórax não mostrou aumento da massa. Uma tomografia linear da base pulmonar direita (figura 1b) demonstrou presença de opacidade de baixa densidade, de contornos regulares, medindo 6,0 x 4,0cm, localizada junto ao seio costofrênico direito e com arcos costais preservados.

A seguir, foi realizada pleuroscopia, que permitiu visualizar tumor pediculado junto à pleura parietal. A paciente foi, então, submetida a toracotomia e o diagnóstico histológico do tumor extirpado foi de lipoma (figuras 2 e 3a). Diante

Figura 1 - a) Radiograma de tórax. Massa de densidade homogênea em lobo inferior direito do pulmão. **b)** Tomografia linear do hemitórax direito. Massa de baixa densidade, de limites definidos, sugestiva de localização pleural.

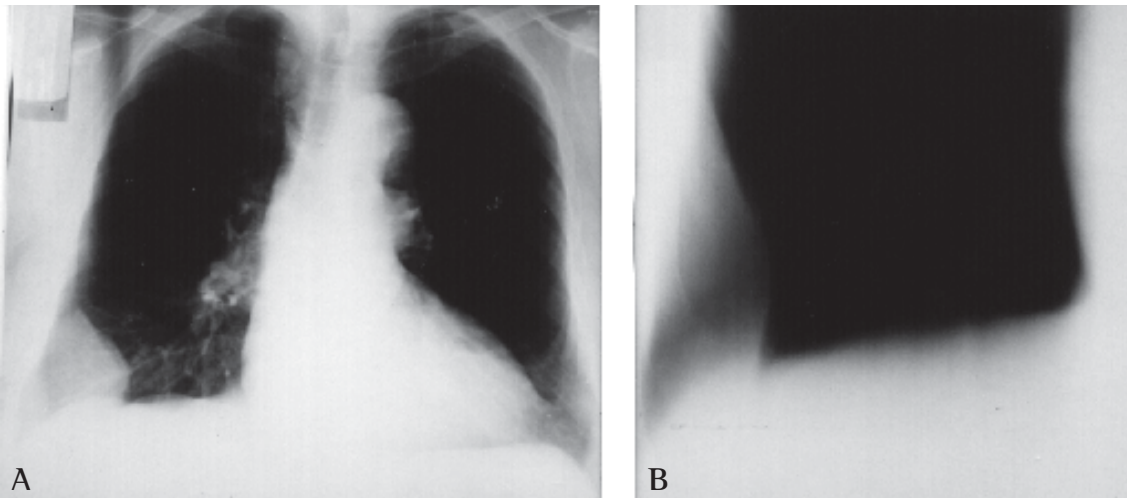


Figura 2 - Volumosa massa tumoral lipomatosa de 7,5 x 5,5cm, envolta por delgada cápsula transparente

disso, o achado de células adiposas no exame citológico obtido por PAAF, inicialmente interpretado como proveniente de tecidos moles, passou a ser interpretado como oriundo da própria neoplasia (figura 3b).

DISCUSSÃO

Lipomas são tumores benignos geralmente situados no tecido subcutâneo. Podem, entretanto, localizar-se na cavidade torácica, onde são classificados como mediastinais, cardíacos, parenquimatosos ou pleurais⁽¹⁻³⁾.

Os poucos casos relatados de lipoma pleural não demonstram predileção significativa quanto ao sexo e mostram que eles incidem em qualquer idade, embora sejam descobertos mais freqüentemente em adultos^(1-4,6-8), provavelmente devido ao maior número de radiogramas torácicos realizados.

Essas neoplasias consistem de lóbulos compostos de células adiposas maduras, separados por septos fibrosos e circundados por fina cápsula, também fibrosa. Alguns não possuem cápsula definida e por isso não são bem delimita-

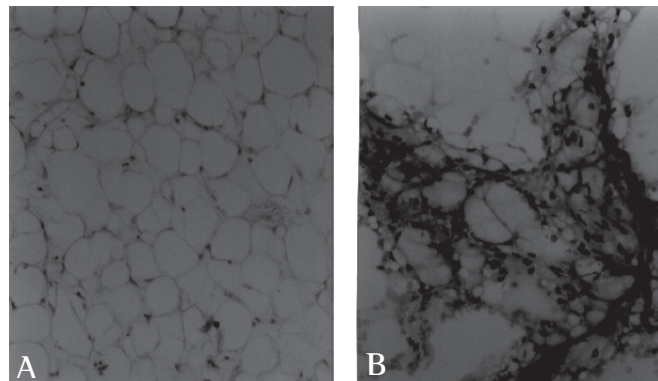


Figura 3 - a) Corte histológico do tumor, mostrando células adiposas benignas. **b)** Esfregaço citológico (PAAF) exibindo células adiposas maduras, entremeadas por fino septo conjuntivo.

dos dos tecidos adjacentes. Elas podem conter calcificações puntiformes, que correspondem a áreas de metaplasia óssea nos cortes histológicos^(5,8,9).

Embora sintomas de dispnéia leve e sensação de opressão torácica possam ser manifestações causadas por lipomas pleurais em pacientes com função pulmonar alterada, usualmente eles são assintomáticos, por isso descobertos incidentalmente em radiograma de rotina, como ocorreu no presente caso.

O radiograma simples não permite estabelecer com certeza a localização da lesão nem assegurar sua benignidade. Por isso, antes do advento da tomografia computadorizada (TC), a toracotomia exploradora era realizada para fins diagnósticos. Atualmente, a TC é o método mais utilizado para o diagnóstico de lipoma pleural, pois informa a localização exata do tumor, bem como, devido a sua densidade (-50 a -150 unidades Hounsfield), geralmente permite estabelecer o diagnóstico de lipoma^(1,2,5,7,10). O uso da PAAF transtorácica constitui, também, técnica segura e eficaz e tem permitido o diagnóstico de lipoma pleural^(1,11,12). No presente caso, a revisão dos esfregaços citológicos demonstrou que o diag-

nóstico de lipoma pleural poderia ter sido feito em sua primeira interpretação. A toracotomia deve ser reservada para os casos sintomáticos e, eventualmente, para aqueles em que o diagnóstico da TC não é conclusivo.

Com o presente relato, os autores querem chamar a atenção para a necessidade de se incluir o lipoma no diagnóstico diferencial das massas pleurais, embora seja uma neoplasia bastante rara.

REFERÊNCIAS

1. Santos JT, Luarte JC, Pascual LR, Muñoz G, Marín FG, Bañuelos JLV. Lipomas pleurales: diagnóstico mediante tomografía axial computadorizada. *Rev Clin Esp* 1990;187:203-204.
2. Epler GR, McLoud TC, Munn CS, Colby TV. Pleural lipoma. Diagnosis by computed tomography. *Chest* 1986;90:265-268.
3. 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;77:550-556.
4. Levin DC, Matthay RA. Case report. *Clin Notes Respir Dis* 1975;14:15-16.
5. Storey TF, Narla LD. Pleural lipoma in a child-CT evaluation. *Pediatr Radiol* 1991;21:141-142.
6. Takayama T, Hirai S, Ishihara T, Kumazaki S, Sano K, Mishima H, Ohta M. Pleural lipoma: report of a case. *Surg Today* 1994;24:173-175.
7. Pinton F, Brousse D, Lemarié E, Asquier E, Sonnevill A. Lipome pleural. *Rev Mal Resp* 1995;12:169-172.
8. Eyck EAT. Subpleural lipoma. *Radiology* 1960;74:295-297.
9. Jones EL, Lucey JJ, Taylor B. Intrapulmonary lipoma associated with multiple pulmonary hamartomas. *Br J Surg* 1973;60:75-78.
10. Sulzer MA, Goei R, Bollen ECM, Theunissen PPHP, Maesen FPV. Lipoma of the external thoracic wall. *Eur Respir J* 1994;7:207-209.
11. Gobien RP, Valicenti JF, Paris BS, Daniell C. Thin needle aspiration biopsy: methods of increasing the accuracy of a negative prediction. *Radiology* 1982;145:603-605.
12. Valicenti JF, Daniell C, Gobien RP. Thin needle aspiration cytology of benign intrathoracic lesions. *Acta Cytol* 1981;25:659-664.