

## TUMOR "EM AMPULHETA" DA PAREDE ANTERIOR DO TÓRAX. APRESENTAÇÃO DE UM CASO.\*

JOÃO B. VIANNA \*\*

Os tumores da parede torácica constituem lesões relativamente raras aparecendo na literatura médica quase sempre como casos isolados (1).

Hedblom, revendo a literatura médica mundial em 1933 encontrou 291 aos quais, ajuntou 22 outros seus.

Blades (1) em 1950 apresentou 48 casos de tumores primitivos da parede torácica, sendo que destes, 28 eram de natureza benigna. Entre estes últimos havia 7 de natureza nervosa, 2 fibromas, 6 lipomas (profundos) 4 condromas, 3 osteo-condromas e 6 displasias fibrosas das costelas. Este mesmo autor declara que tais tumores não devem ser considerados como casos de cirurgia muito simples, pois, até os lipomas de aspecto inocente podem se estender profundamente pela cavidade torácica "tal como um ice-berg". Por sua vez os tumores profundos não devem ser simplesmente enucleados, mas sim extirpados juntamente com um segmento da parede torácica.

\* Este caso, por deferência especial do Dr. Luiz Carlos de Oliveira Jr., chefe da seção de tórax, ficou sob os cuidados da nossa seção, onde foi operado.

\*\* Cirurgião do Instituto de Câncer — Rio de Janeiro — Brasil.

Naef (3) em 1954 relatou 4 casos de fibro-sarcomas intra-torácicos, 2 dos quais se originavam nos espaços intercostais, sendo que 1 deles era um tumor "em ampulheta".

Dentre os tumores mais frequentes da parede torácica encontramos os condromas, que se desenvolvem principalmente na região condro-esternal. Já tivemos ocasião de observar alguns casos no Instituto de Câncer. São tumores histologicamente benignos que com frequência entram em degeneração maligna, terminando quase sempre fatalmente.

O caso, todavia, que ora apresentamos, além de constituir raridade pela sua localização, apresenta de interesse o seu formato que dificultou grandemente o diagnóstico pré-operatório.

É o seguinte o resumo do caso clínico:

A.A., branco, brasileiro, casado, de 53 anos, de sexo masculino, matriculado no Instituto de Câncer em 23.5.56 sob o n.º 37.930.

*História:* Conta que há 6 anos surgira-lhe na região mamária esquerda um tumor indolor que veio crescendo gradativamente até cerca de um ano para cá, quando o aumento de volume

tornou-se mais rápido. Examinado, então, pelo Dr. Assis Pereira foi encaminhado ao Instituto de Câncer.

*Antecedentes:* Sem importância no caso.

*Exame:* Condições gerais satisfatórias. Localmente, observamos um abaulamento da parede anterior do hemitórax esquerdo, devido a um tumor situado na região mamária que emprensava a esta um aspecto feminino (figs. 1 a, b). Êste tumor media 17 cms x

Não se palpavam adenopatias axilares nem supra-calviculares.

O exame dos diferentes aparelhos nada de anormal revelou a não ser certo abafamento das bulhas cardíacas pelo volume do tumor, assim como alguns estertores bolhosos no 1/3 médio do pulmão esquerdo.

O exame radiológico (figs. 2a, b, c) revelou: "Sombra com tonalidade de partes moles, ocupando os 2/3 mais da metade inferior do hemitórax

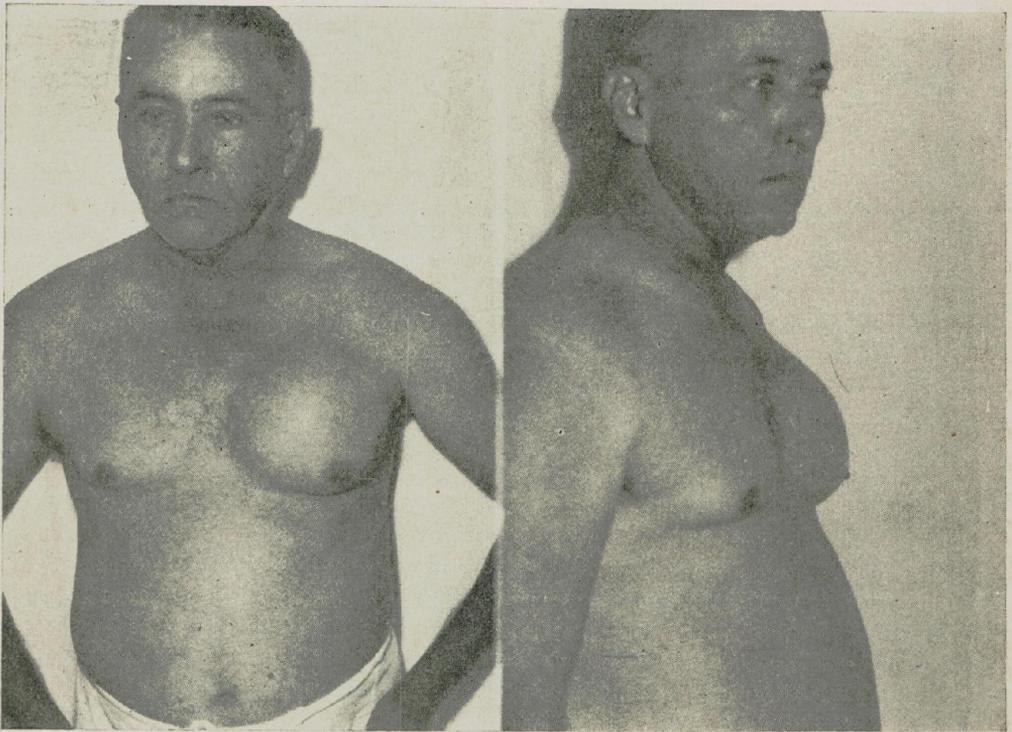
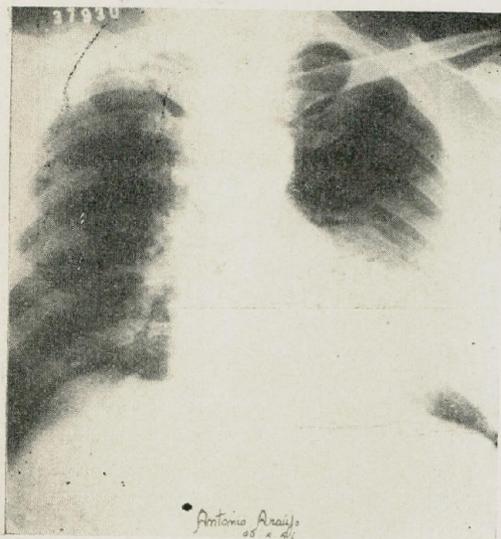
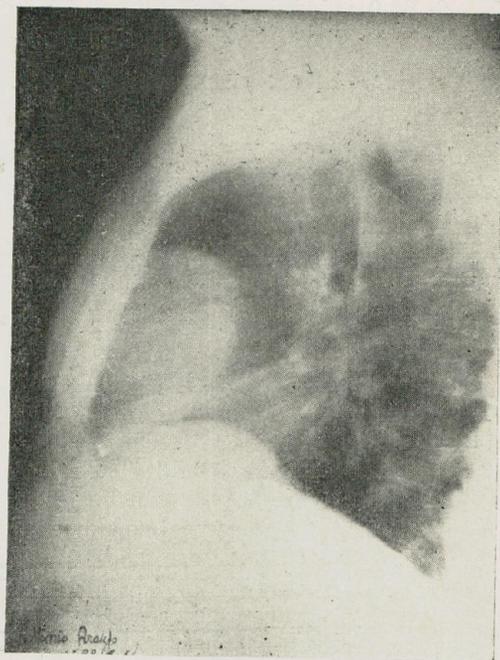


Fig. 1 a e b

Fotografias do paciente antes da operação.

12 cms. (base). A palpação revelava limites nítidos, era indolor e apresentava pontos de consistência firme e outros de consistência elástica. Era pouco mobilizável e se fixava mais ainda à parede torácica durante a contração dos músculos peitorais.

esquerdo, apresentando contôrno políciclico na superfície que a limita do pulmão. Radiografias em outras incidências mostram que se trata de massa tumerosa endotorácica, confundindo-se com a sombra cardíaca e a parede anterior do tórax. A sombra em apreço se



Figs. 2 a,b,c.

Padiografias do tórax mostrando um tumor externo e outro interno.

encontra na mesma altura da massa tumerosa perceptível à palpação na face anterior do tórax, apresentando ambas, opacidade homogênea. Parênquima pulmonar transparente. Cúpulas frênicas de aspecto normal. Costelas íntegras. Espaços intercostais conservados. (a.) E. Machado Neto Jr. A biópsia (por congelação) do tumor da região mamária, praticada em 29.5.56 (B. 22 850), revelou: "Fibroma com abundante produção de colágeno". (a.) F. Fialho.

Em vista do resultado dos diferentes exames nosso diagnóstico ficou entre um blastoma benigno (fibroma) da região mamária esquerda associado a um outro da cavidade torácica ou um blastoma benigno da região mamária associado a um cisto do pericárdio. Assim sendo, o paciente sob narcose gasosa foi submetido a intervenção cirúrgica em 7.6.56.

Operador: João B. Vianna. Auxiliares: Amaury Barboza e Severino Silva. Narcose gasosa por Leonardo Vaz.

*Ato operatório:* Praticamos uma incisão cutânea de concavidade superior, contornando a 1/2 inferior do tumor mamário. O bordo inferior do músculo grande peitoral foi descoberto e afastado para cima, descobrindo um volumoso tumor bocelado com aspecto de um "mioma uterino". Para melhor exposição do tumor, incisamos a 1/2 inferior das fibras esternais do referido músculo que pôde assim ser melhor afastado. Descolado bem o tumor, pudemos, então, verificar que o mesmo se prendia à parede torácica por um largo pedículo que penetrava os músculos do 4.º espaço inter-costal. Em vista disso, abrimos o tórax, ressecando uma

porção de sua parede, medindo 9 cms. x 6 cms., compreendendo a 4.ª cartilagem costal e uma porção da 4.ª costela, músculos inter-costais do 4.º espaço, a 5.ª cartilagem costal e uma porção da 5.ª costela. Isto feito, verificamos que o pedículo tumeroso, depois de penetrar através os músculos inter-costais do 4.º espaço, continuava-se internamente fig. 3 por um tumor idêntico ao tumor externo.

O tumor intra-cavitário não apresentava aderência alguma ao pulmão ou ao pericárdio, estando, todavia, em nítido contacto com ambos.

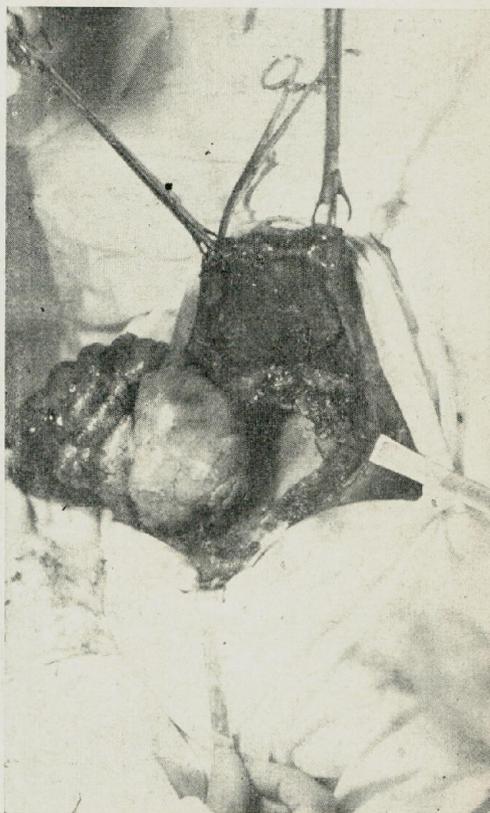


Fig. 3 — Ato operatório. O músculo grande peitoral está sendo rebatido para cima. O tumor está sendo retirado da cavidade torácica após ressecção da parede costal. No fundo da ferida operatória observa-se o pericárdio.

Retirado o tumor, pudemos, então, melhor observar sua forma "em ampulheta", fig. 4 formando o conjunto massa tumoral de cerca de 12 cms. de diâmetro. Na ressecção da parede torácica foram ligados vasos inter-costais, não tendo havido, porém, necessidade de ligar a artéria mamária interna. A perda de substância deixada na parede torácica foi fechada em primeiro plano por um retalho de fascía lata retirado da coxa esquerda, em segundo plano pelo músculo peitoral cujas inserções esternais foram suturadas e em 3.º plano pela sutura da pele com pontos separados de fio de algodão preto n.º 10. Antes de fecharmos a pare-



Fig. 4

O tumor depois de extirpado, observando-se suas duas porções, externa e interna.

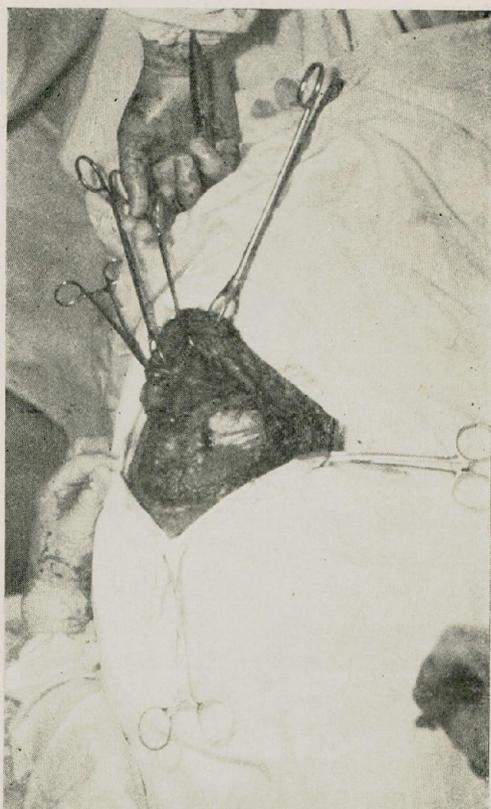


Fig. 5

Fechamento da perda de substância da parede torácica por enxerto livre de fascía lata.

de torácica deixamos através pequena botoeira praticada no 2.º inter-costal ao nível da linha axilar anterior, uma sonda de Foley, n.º 24 para drenagem (debaixo água) da pleura.

O posoperatório não apresentou anormalidade alguma, tendo sido o paciente levantado logo no dia seguinte à operação e a drenagem torácica removida no 3.º dia.

A fig. 6 apresenta a radiografia do tórax feita em 11.6.56 ou seja no 4.º dia posoperatório, revelando: "Boa expansão pulmonar. Diminuição de transparência de 1/3 inferior do hemi-

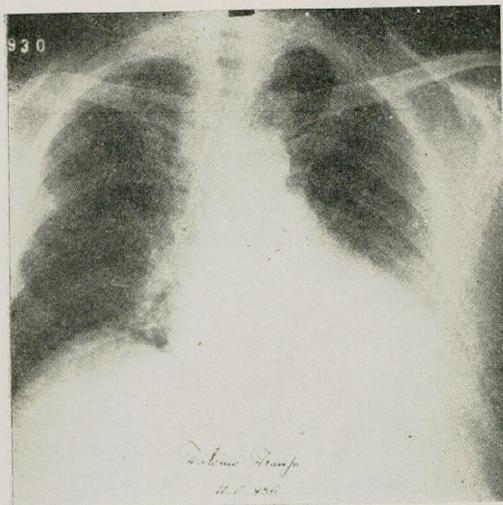


Fig. 6  
Radiografia feita após a intervenção  
cirúrgica.

tórax esquerdo. Pneumopatia posoperatória?". a. E. Machado Neto Jr.

Os pontos da ferida operatória foram retirados no dia 18.6.56, tendo o paciente tido alta da enfermaria em 20.6.56 (13.º dia posoperatório) com a ferida cicatrizada, figs. 7a e b.

O Prof. F. Fialho depois de examinar a peça operatória forneceu-nos o seguinte relato: "Schwanoma. Trata-se de neoplasia volumosa na qual foram realizados cortes em várias áreas, verificando-se dificuldade no diagnóstico, devido ao extenso processo de hialinização, que apresenta. Sem malignidade."

Tumores desta natureza histológica costumam se apresentar no mediastino posterior (2) mas no caso presente surgiu na parede anterior do tórax provavelmente do nervo inter-costal.

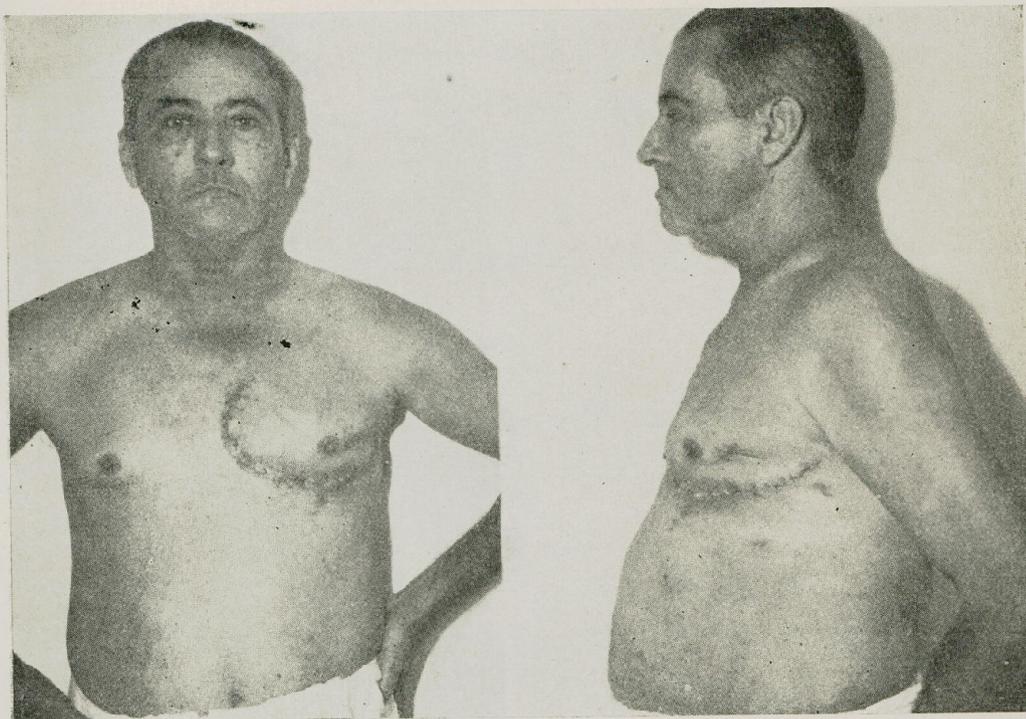


Fig. 7 a,b. Fotografia do paciente após a operação.

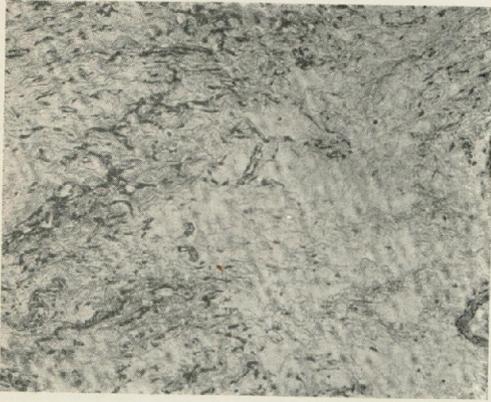
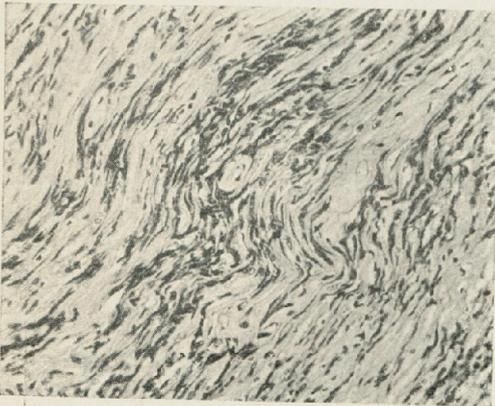


Fig. 7 a e b

a) Schwannoma — Área com extenso processo de fibrose e hialinização.

Oc. 8 Obj. 10



b) Schwannoma — Zona onde são vistos os elementos celulares, com núcleos alongados. O processo de hialinização é, também, observado.

Oc. 8 Obj. 20

## SUMMARY

## DUMB-BELL TUMOR OF THE ANTERIOR CHEST WALL

A report is made of a male patient 53 years old presenting a large "dumb-bell tumor" of the left side of the anterior chest wall. It had been known by the patient for 6 years but caused no symptoms at all except for its volume. The exact preoperative diagnosis was difficult for even the biopsy disclosed only a fibroma and x-ray examination showed two tumors, one on the outer side and the other on the inner side of the thoracic wall. A tentative diagnosis of fibroma of the chest wall associated to a cyst of the pericardium was made. During operation the tumor of the mammary region showed a pedicle that extended itself through the 4th left intercostal space. A thoracotomy was therefore performed with resection of part of the anterior wall measuring 9 cms. x 6 cms. in size and including the 4th and 5th cartilages and ribs. A large dumb-bell tumor was then discovered and removed. The defect on the thoracic wall was closed with fascia lata, pectoralis major and skin.

The patient had a normal postoperative course and left the hospital 13 days after the operation.

The tumor removed was again studied by the pathologist who came to the conclusion that it was not a simple fibroma but a neurinoma (schwannoma).