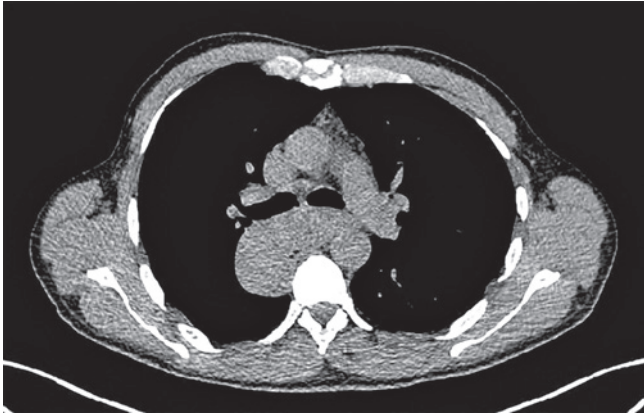


# Tumor mediastinal: nem sempre um linfoma

## Mediastinal tumor: not always a lymphoma

Silvia Mansur Reimão<sup>1</sup>, Rogério Colaiacovo<sup>1</sup>, Marco Antonio Ribeiro Camunha<sup>1</sup>,  
Thiago Trolez Amancio<sup>1</sup>, Vanderlei Segatelli<sup>1</sup>, Gustavo Andrade de Paulo<sup>1</sup>



**Figura 1.** Tomografia computadorizada. Lesão no mediastino posterior em contato com brônquios fonte, aorta descendente e veia ázigos



**Figura 2.** Endoscopia digestiva alta. Compressão extrínseca do esôfago médio

Paciente do sexo masculino, 45 anos, internado em investigação de massa mediastinal. Apresenta sudorese, mal-estar e disfagia. Os exames tomográficos mostraram espessamento parietal excêntrico do terço médio do esôfago, com efeito de massa e ectasia a montante, sem aumento expressivo da atividade metabólica. Ademais, mostrou linfonodos cervicais, axilares, hilos pulmonares, espaço portocava e ilíacos inespecíficos (Figuras 1 e 2).

Na ecoendoscopia, observou-se que o tumor tinha relação com arco aórtico, átrio esquerdo, parede esofágica e brônquios fonte. Punções ecoguiadas transesofágicas foram realizadas. Estudos anatomopatológico e imuno-histoquímico mostraram células fusiformes sem atividade mitótica e necrose, com expressão de desmina e actina de músculo liso, concluindo o diagnóstico como leiomioma (Figuras 3 e 4).



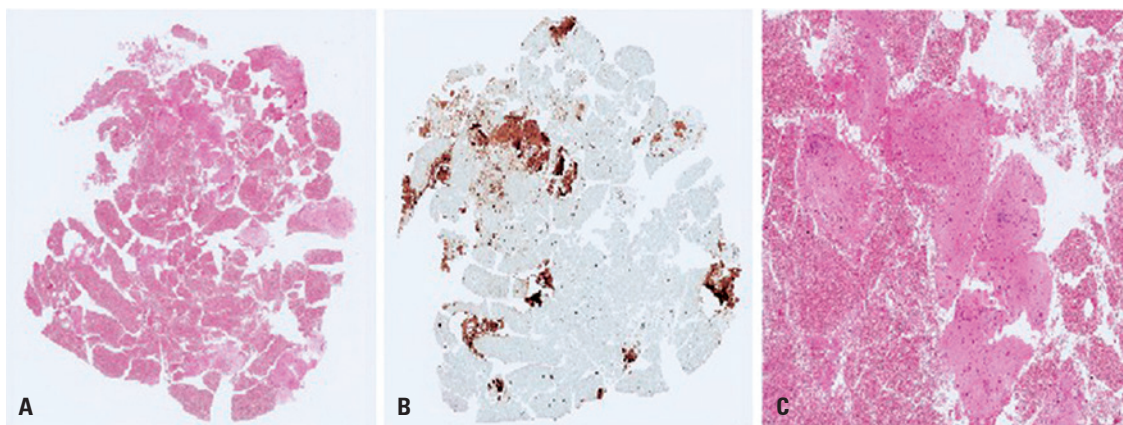
**Figura 3.** Punção aspirativa ecoguiada de lesão hipocogênica de grandes dimensões

<sup>1</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Silvia Mansur Reimão – Avenida Albert Einstein, 627/701, bloco A1 – Morumbi – CEP: 05652-900 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 2151-9885 – E-mail: silvia.mansur@einstein.br

Data de submissão: 7/1/2017 – Data de aceite: 13/4/2017

DOI: 10.1590/S1679-45082017A13981



**Figura 4.** (A) Material da biópsia eco guiada (4x, hematoxilina e eosina). (B) Células apresentando imunopositividade para desmina. (C) Área em destaque da amostra apresentando feixes de células de tecido muscular liso (20x, hematoxilina e eosina)

Linfadenopatias são as lesões mais comuns no mediastino médio, incluindo linfoma, sarcoidose e tumor de pulmão metastático.<sup>(1)</sup> Neste caso, analisando a faixa etária, sintomas e achados tomográficos, a suspeita inicial foi de linfoma, descartada apenas após a análise da patologia.

Os tumores benignos do esôfago são raros, com prevalência de até 0,5%.<sup>(2)</sup> Leiomiomas são os mais comuns, respondendo por cerca de 60% dos tumores benignos esofágicos.<sup>(3)</sup> Em geral são lesões pequenas, assintomáticas e detectadas incidentalmente em exames. Em 2% dos casos, apresentam-se como lesões extraesofágicas e causam compressão de estruturas mediastinais adjacentes.<sup>(2)</sup> Os leiomiomas são tumores mesenquimais tipicamente oriundos da camada muscular própria, mas podem também se originar da camada muscular da mucosa. Microscopicamente, há fascículos de células fusiformes sem atipia nuclear. O estudo imuno-histoquímico pode auxiliar no diagnóstico diferencial de linfoma, leiomiossarcoma, tumor estromal gastrointestinal, entre outros.<sup>(4,5)</sup>

Como habitualmente são lesões pequenas, assintomáticas e de comportamento benigno, a ressecção não é mandatória. O acompanhamento clínico pode ser realizado por meio do seguimento com ecoendoscopia. A ressecção endoscópica pode ser realizada em lesões de até 2cm.<sup>(6)</sup> O tratamento cirúrgico está reservado a tumores sintomáticos, maiores que 2cm ou que apresentem alterações de imagem ou crescimento maior que 1cm durante o acompanhamento clínico.<sup>(5)</sup>

Este paciente era sintomático e foi encaminhado à cirurgia. A peça cirúrgica confirmou o diagnóstico.

Portanto, o leiomioma deve ser lembrado como diagnóstico diferencial de tumores mediastinais. A ecoendoscopia é uma etapa importante para avaliação mediastinal. Além disto, é menos invasiva que a toracoscopia e mediastinoscopia para aquisição de material.

## REFERÊNCIAS

1. Berry MF. Approach to the adult patient with a mediastinal mass [Internet]. UpToDate 2017 [cited 2017 Mar 1]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-a-mediastinal-mass>
2. Choong CK, Meyers BF. Benign esophageal tumors: introduction, incidence, classification, and clinical features. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2003; 15(1):3-8. Review.
3. Tsai SJ, Lin CC, Chang CW, Hung CY, Shieh TY, Wang HY, et al. Benign esophageal lesions: endoscopic and pathologic features. *World J Gastroenterol.* 2015;21(4):1091-8. Review.
4. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sobin LH, Lasota J. Esophageal stromal tumors: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 17 cases and comparison with esophageal leiomyomas and leiomyosarcomas. *Am J Surg Pathol.* 2000;24(2):211-22.
5. Hyun JH, Jeon YT, Chun HJ, Lee HS, Lee SW, Song CW, et al. Endoscopic resection of submucosal tumor of the esophagus: results in 62 patients. *Endoscopy.* 1997;29(3):165-70.
6. Morgan J, Raut CP. Local treatment for gastrointestinal stromal tumors, leiomyomas, and leiomyosarcomas of the gastrointestinal tract [Internet]. UpToDate 2016 [cited 2016 June 1]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/local-treatment-for-gastrointestinal-stromal-tumors-leiomyomas-and-leiomyosarcomas-of-the-gastrointestinal-tract>