



1º CONGRESSO ALAGIPE DE CÂNCER DE PULMÃO

25 E 26 DE AGOSTO DE 2023

DEL MAR HOTEL ARACAJU

LEIOMIOMATOSE METASTATIZANTE BENIGNA PULMONAR COM DISTRIBUIÇÃO RANDÔMICA

1º CONGRESSO ALAGIPE CÂNCER DE PULMÃO, 1ª edição, de 25/08/2023 a 26/08/2023
ISBN dos Anais: 978-65-5465-056-4

ARAUJO; NAIANA MOTA ¹, FRAGA; THALYTA PORTO ², CARDOSO; ISABELLA MARIA DA SILVA ³, NASCIMENTO; ELISANDRA DE CARVALHO ⁴, MENCATO; LUANA PORTO ⁵, TEIXEIRA; ALINA KARIME AUSTREGESILLO DE ATHAYDE FERREIRA ⁶, JATOBA; THAYSA KARLLA DE ALBUQUERQUE JATOBA ⁷, BEZERRA; GRASIELLE SANTOS ⁸, TOJAL; ANAELZE SIQUEIRA TOJAL ⁹, SILVA; MARCELL COUTINHO DA SILVA ¹⁰, ALMEIDA; MARIA LUIZA DORIA ALMEIDA ¹¹, NETO; JOSE BARRETO NETO ¹², LIMA; FRANCISCO JOSE NASCIMENTO ¹³, FILHO; EDSON FRANCO FILHO ¹⁴, ARAUJO; GEORGE ANDRE ALMEIDA DE ¹⁵, MENEZES; GABRIELLA VASCONCELOS DE ¹⁶, OLIVEIRA; HEKTOR SILVA ¹⁷, ROCHA; BRENDA MEIRA ¹⁸

RESUMO

Introdução: A leiomiomatose metastatizante benigna é uma condição rara que em geral é descoberta acidentalmente. A maioria das pacientes são assintomáticas e os sintomas quando presentes (30%), são inespecíficos e dependem da extensão, localização e número das lesões. O histórico de histerectomia por miomatose é fundamental para a suspeita diagnóstica. Os nódulos pulmonares podem ser encontrados desde 3 meses até 20 anos após a histerectomia. A principal hipótese etiológica é a teoria do transporte de células musculares lisas através de vasos sanguíneos e linfáticos para os pulmões após miomectomia ou histerectomia. O exame de imagem é indistinguível de uma metástase pulmonar maligna. Os nódulos podem ser solitários ou múltiplos, de variados tamanhos. A confirmação diagnóstica necessita da histologia evidenciando fibras musculares lisas, baixo índice mitótico e a ausência de necrose e atipia. Técnicas imunohistoquímicas mostram fortes expressões hormonais a estrogênio e progesterona. O tratamento é baseado no bloqueio hormonal que pode ser cirúrgico ou químico. Alguns autores também sugerem ressecção cirúrgica dos nódulos mais exuberantes. A resposta as terapias hormonais variam, podendo haver estabilização dos nódulos e sintomas em alguns casos e em outros progressão e necessidade de encaminhamento ao transplante pulmonar.

Objetivo: Relatar o caso e levantar discussão entre especialistas devido a escassez de publicações na literatura mundial da condição clínica e

¹ HUUF, naianamota@hotmail.com

² HUUF, thalytafraga@yahoo.com.br

³ HUUF, BELLAMCARDOSO@GMAIL.COM

⁴ HUUF, ELIS.CARVALHONASCIMENTO@GMAIL.COM

⁵ HUUF, LUANAOMENCATO@HOTMAIL.COM

⁶ HUUF, ALINAKARIME@OUTLOOK.COM

⁷ HUUF, thaya_karlla@hotmail.com

⁸ HUUF, GRASIELLE_BEZERRA@BOL.COM.BR

⁹ HUUF, ANAELZE.TOJAL@GMAIL.COM

¹⁰ HUUF, DRMARCELL@PNEUMOLOGIA.NET

¹¹ HUUF, LUIZA.DORIA@GMAIL.COM

¹² HUUF, J.BARRETO@UOL.COM.BR

¹³ HUUF, FRANCISCO_FISIO@YAHOO.COM.BR

¹⁴ HUUF, EDAC@UOL.COM.BR

¹⁵ HUUF, GEORGEDEARAUJO@ICLOUD.COM

¹⁶ HUUF, GABRIELLA_VM@HOTMAIL.COM

¹⁷ HUUF, HEKTOR.PNEUMO@GMAIL.COM

¹⁸ HUUF, MEIRA.BRENDA@YAHOO.COM.BR

ausência de protocolos terapêuticos bem definidos. **Resumo do caso:** Mulher, 42 anos, dá entrada com tosse seca, dispneia progressiva e perda ponderal de 15kg há 4 meses. Apresentava-se com dispneia MMRC 4 na admissão. História da doença pregressa: Antecedente de histerectomia por miomatose uterina há 10 anos. Ao exame físico: emagrecida, ausculta pulmonar com crepitações finas difusas, saturação em ar ambiente 80%, frequência respiratória de 32ipm. À TC de tórax exibia múltiplos e incontáveis nódulos sólidos não calcificados de distribuição hematogênica, alguns confluentes, acometendo difusamente os pulmões. O maior medindo 3,9cm; ausência de linfonomegalia mediastinal. Foi aventada hipótese diagnóstica de implantes neoplásicos secundários. Realizou-se exames complementares para rastreio de possível sítio neoplásico primário, porém sem achados relevantes. Foi optado realizar uma biopsia pulmonar cirúrgica ao invés de broncoscopia devido ao quadro clínico limítrofe da paciente. O resultado da histologia e imuno-histoquímica apontou múltiplos focos de neoplasia fusocelular sem atipias, baixa celularidade, ausência de necrose e figuras de mitose. Houve expressão intensa para actina, desmina e receptor de estrogênio. Foi então firmado o diagnóstico de leiomiomatose benigna metastatizante. Paciente foi submetida a ooforectomia bilateral para bloqueio hormonal e recebeu alta com O2 domiciliar 2l/min. Em reavaliação ambulatorial 2 meses após, evidenciou-se piora clínica e radiológica, sendo então introduzido raloxifeno 60mg/dia. Após 10 meses de terapêutica, a paciente segue com piora radiológica porém com estabilidade clínica. Foi então iniciado Anastrozol 1mg/dia pelo oncologista e segue em acompanhamento ambulatorial para avaliar resposta. **Conclusão:** O presente relato de caso mostra uma apresentação clínica grave e atípica que gera muitos questionamentos que precisam ser discutidos e estudados.

PALAVRAS-CHAVE: leiomiomatose, metastases, nodulos

¹ HUUFS, naianamota@hotmail.com
² HUUFS, thalytafraga@yahoo.com.br
³ HUUFS, BELLAMCARDOSO@GMAIL.COM
⁴ HUUFS, ELIS.CARVALHONASCIMENTO@GMAIL.COM
⁵ HUUFS, LUANAOMENCATO@HOTMAIL.COM
⁶ HUUFS, ALINAKARIME@OUTLOOK.COM
⁷ HUUFS, thaya_karla@hotmail.com
⁸ HUUFS, GRASIELLE_BEZERRA@BOL.COM.BR
⁹ HUUFS, ANAELZE.TOJAL@GMAIL.COM
¹⁰ HUUFS, DRMARCELL@PNEUMOLOGIA.NET
¹¹ HUUFS, LUIZA.DORIA@GMAIL.COM
¹² HUUFS, J.BARRETO@UOL.COM.BR
¹³ HUUFS, FRANCISCO_FISIO@YAHOO.COM.BR
¹⁴ HUUFS, EDAC@UOL.COM.BR
¹⁵ HUUFS, GEORGEDEARAUJO@ICLOUD.COM
¹⁶ HUUFS, GABRIELLA_VM@HOTMAIL.COM
¹⁷ HUUFS, HEKTOR.PNEUMO@GMAIL.COM
¹⁸ HUUFS, MEIRA.BRENDA@YAHOO.COM.BR