

ADENOCARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS EM "ANEL DE SINETE" EXIBINDO O SINAL TOMOGRÁFICO DO "HALO INVERTIDO".

Tórax , Oncologia

Dados do Caso

Data submissão:	08/04/2020
Data publicação:	20/04/2020
Seção :	Destaque
Tipo de Caso :	Tipo Caso 1
Autor:	Rodolfo Mendes Queiroz - DOCUMENTA CLINICA RADIOLOGICA LTDA Michela Gomes Queiroz - DOCUMENTA CLINICA RADIOLOGICA LTDA Denise Fabri Rezende Engracia Mello - DOCUMENTA CLINICA RADIOLOGICA LTDA Marcus Vinícius Nascimento Valentin - DOCUMENTA CLINICA RADIOLOGICA LTDA
Autor correspondente:	-
Dados do paciente :	Masculino , 60 anos
Palavras-Chave :	Neoplasias Pulmonares, Tomografia Computadorizada Multidetectors, Adenocarcinoma de Pulmão, Nódulo Pulmonar Solitário
URL:	http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/108
Link do Abstract no PUBMED:	
DOI :	Ahead of DOI

Resumo

Descrevemos o caso de paciente do sexo masculino, 60 anos, branco, não-tabagista, queixando-se de tosse seca há 6 meses, apresentando em tomografia computadorizada torácica nódulo pulmonar semi-sólido exibindo o sinal do halo invertido, associado à linfonodomegalia hilar ipsilateral. Biopsias do componente hilar e do nódulo pulmonar descritos à esquerda revelaram um adenocarcinoma com células em “anel de sinete” primário pulmonar.

Histórico Clínico

Homem, 60 anos, branco, não-tabagista, apresentando tosse seca há 6 meses, sem outras queixas. Exames laboratoriais sem anormalidades. Em tomografias computadorizadas (TCs) do tórax realizadas dentro de 2 anos observaram-se massa no hilo e do nódulo no pulmão à esquerda, submetidas a biopsiadas, com resultado anatomopatológico e imuno-histoquímico de um adenocarcinoma com células em “anel de sinete”; com CK20, CDX2 e PSA negativos; CK7 e TTF1 positivos, confirmando tumor primário pulmonar. TCs abdominais, endoscopia digestiva alta e dosagem de PSA sérico sem anormalidades.

Achados Radiológicos

TC torácica caracterizou nódulo pulmonar semi-sólido no segmento superior do lobo inferior esquerdo, exibindo o sinal do "halo invertido" (Figura 1 A e B), associado à linfonodomegalia hilar ipsilateral (Figura 2 A e B). O paciente perdeu o seguimento médico por motivos desconhecidos e retornou após 1 ano com piora da tosse. Em nova TC do tórax notou-se aumento do nódulo pulmonar à esquerda, apresentando cavitações centrais (Figura 3 A e B), além de surgimento de massa com densidade de partes moles peri-hilar ipsilateral, com projeção no interior do brônquio lobar superior (Figura 4 A e B). Foram realizadas biopsias da massa no hilo e do nódulo no pulmão à esquerda, sendo o material obtido submetido a análise histológica subsequente (Figura 5 A,B e C). TC torácica de controle e planejamento terapêutico após 4 meses destacou confluência da nodulação pulmonar e da massa hilar à esquerda, gerando grande massa cavitada comunicante com a árvore brônquica (Figura 6A). Após 3 meses de quimioterapia com a associação de bevacizumabe, paclitaxel e carboplatina, observou-se em outra TC torácica redução dimensional da massa complexa pulmonar cavitada, sugerindo uma mesma etiologia das lesões originais confluentes, com boa resposta terapêutica inicial (Figura 6B).

Discussão

O sinal do "halo invertido" é inespecífico, consistindo numa opacidade pulmonar em vidro fosco circundada por fina consolidação, porém sua apresentação rotineira tem sido relacionada a algumas patologias como pneumonias em organização, podendo também ocorrer nas infecções fúngicas, tuberculose, granulomatose com poliangiite, sarcoidose, adenocarcinomas, metástases e granulomatose linfomatóide, entre outras enfermidades(1-6). Adenocarcinomas sólidos produtores de mucina com células em “anel de sinete” têm comportamento agressivo, correspondendo até 2% dos carcinomas primários pulmonares, ocorrendo frequentemente no estômago, cólon, próstata e mama(7,8). Em geral, apenas 2% dos adenocarcinomas pulmonares apresentam escavações(8). O esquema quimioterápico com associação de bevacizumabe, paclitaxel e carboplatina pode ser utilizado no tratamento de neoplasias pulmonares não-pequenas células não-células escamosas(9).

Lista de Diferenciais

- pneumonia em organização
- tuberculose
- paracoccidiodomicose
- granulomatose com poliangiite

Diagnóstico

- Adenocarcinoma primário pulmonar com células em “anel de sinete”

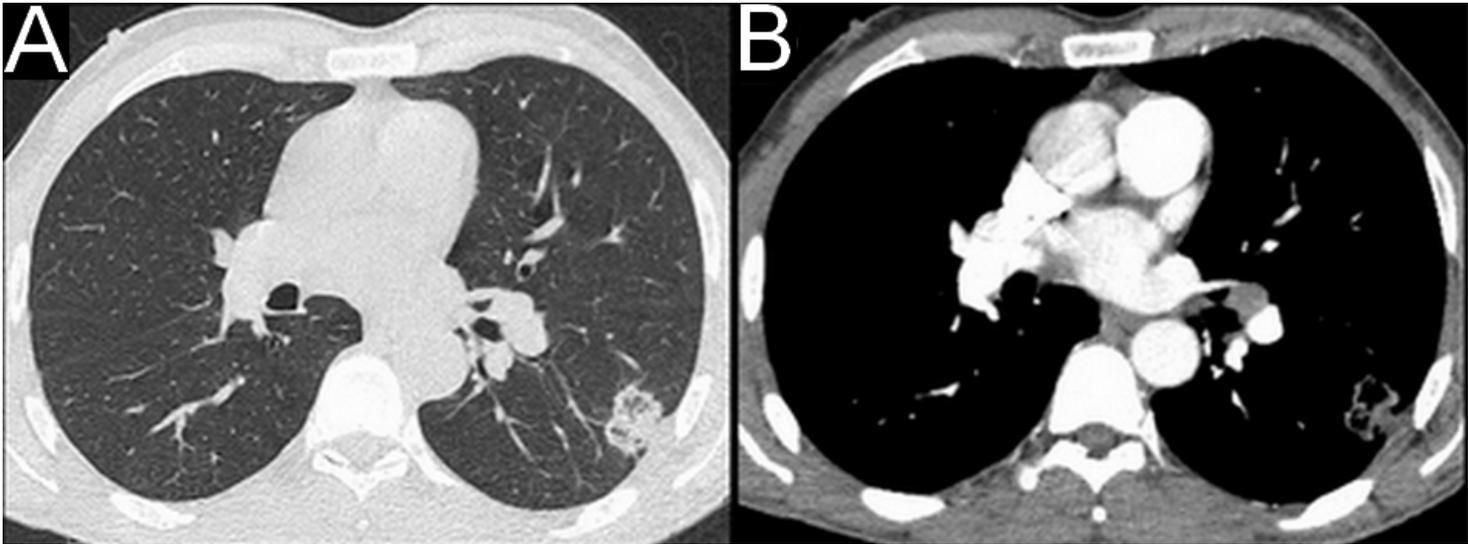
Aprendizado

Descrevemos uma caso de tumor primário pulmonar com histologia incomum e apresentando o sinal do "halo invertido", caracterizado por um padrão de imagem em tomografia computadorizada de alta resolução que, embora inespecífico, pode restringir as suspeitas diagnósticas a um grupo mais restrito de possibilidades.

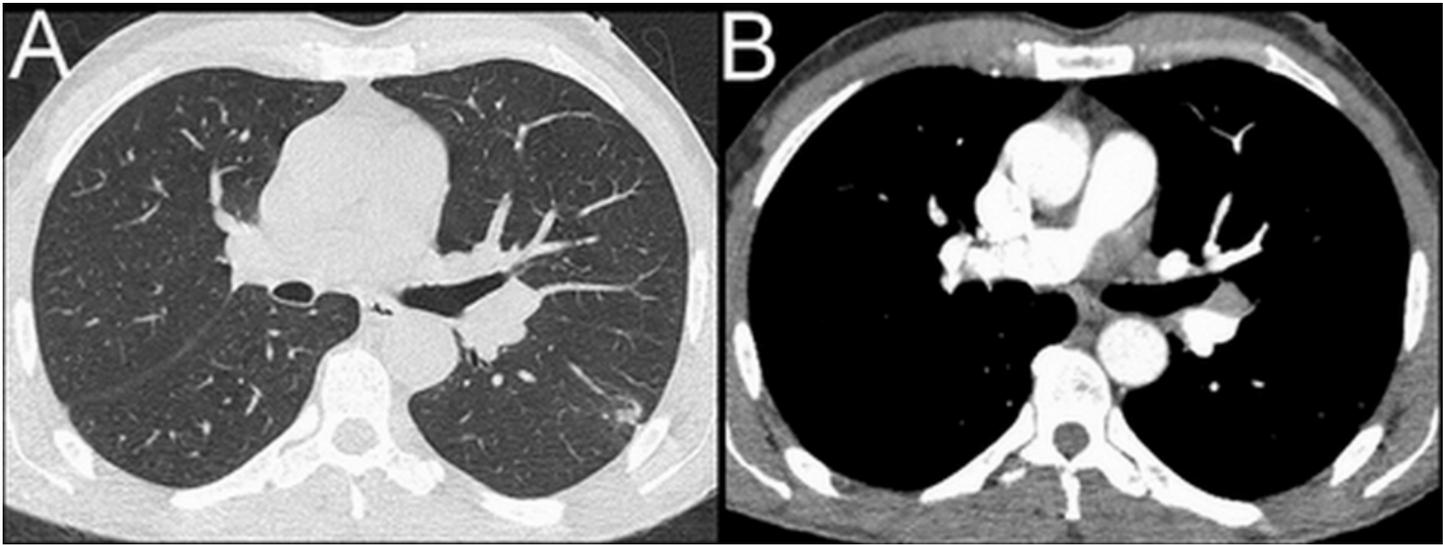
Referências

1. Godoy M C B, Viswanathan C, Marchiori E et al. The reversed halo sign: update and differential diagnosis. *Br J Radiol* 2012; 85:1226–35
2. Gasparetto EL, Escuissato DL, Davaus T, et al. Reversed halo sign in pulmonary paracoccidioidomycosis. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;184:1932-4
3. Marchiori E, Zanetti G, Hochhegger B, Irion KL, Carvalho AC, Godoy MC. Reversed halo sign on computed tomography: state-of-the-art review. *Lung*. 2012;190(4):389-94
4. Marchiori E, Zanetti G, Hochhegger B. Sinal do halo invertido. *J Bras Pneumol*. 2015;41(6):564
5. Zanetti G, Nobre LF, Mançano AD, et al. Nodular reversed halo sign caused by pulmonary tuberculosis, confirmed by sputum culture [Which is your diagnosis?]. *Radiol Bras*. 2013;46(6):ix-x
6. Queiroz RM, Gomes MP, Valentin MVN. Pulmonary paracoccidioidomycosis showing reversed halo sign with nodular/coarse contour. *Radiol Bras*. 2016;49:59-60
7. Kocas O, Selcukbiricik F, Bilici A et al. Primary Signet Ring Cell Carcinoma of the Lung with Cerebellar Metastasis Showing Full Response to Cisplatin and Docetaxel Therapy. *Case Rep Oncol Med* 2014; 2014:968723
8. Santos Silva CI, Müller NL. Câncer de pulmão: Diagnóstico e estadiamento. In: Santos Silva CI, Müller NL, editores. *Tórax – Série CBR*. São Paulo: Elsevier; 2010. 355-75
9. Méndez M, Custodio A, Provencio M. New molecular targeted therapies for advanced non-small-cell lung cancer. *J Thorac Dis* 2011; 3:30-56

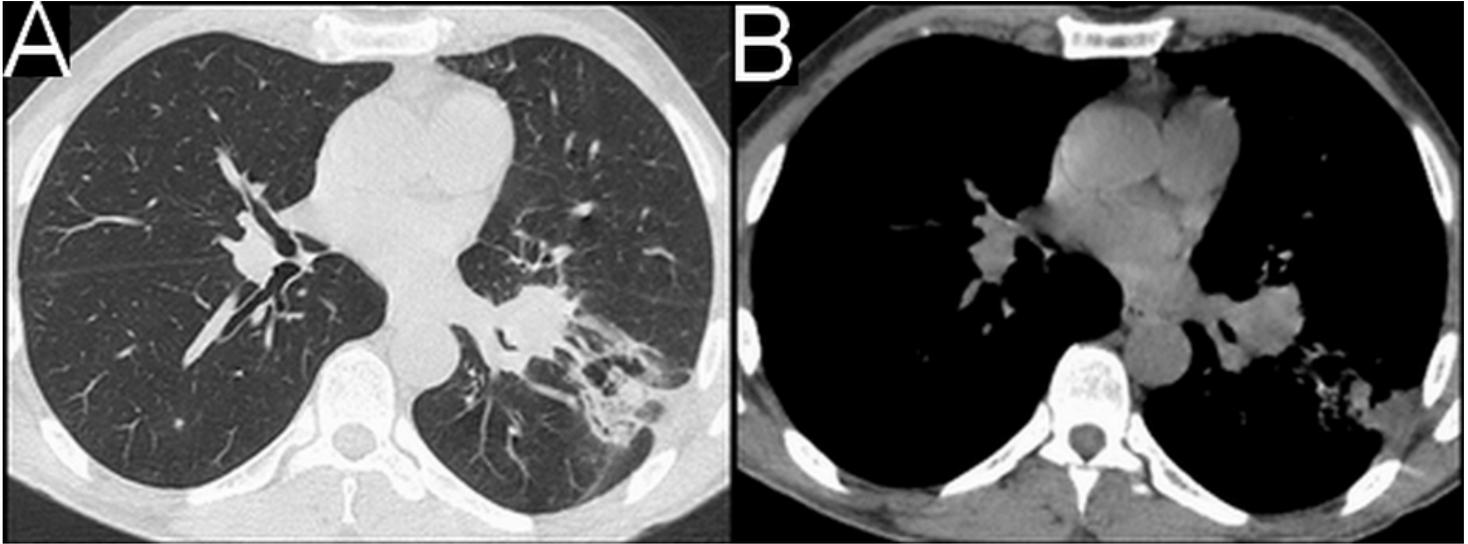
Imagens



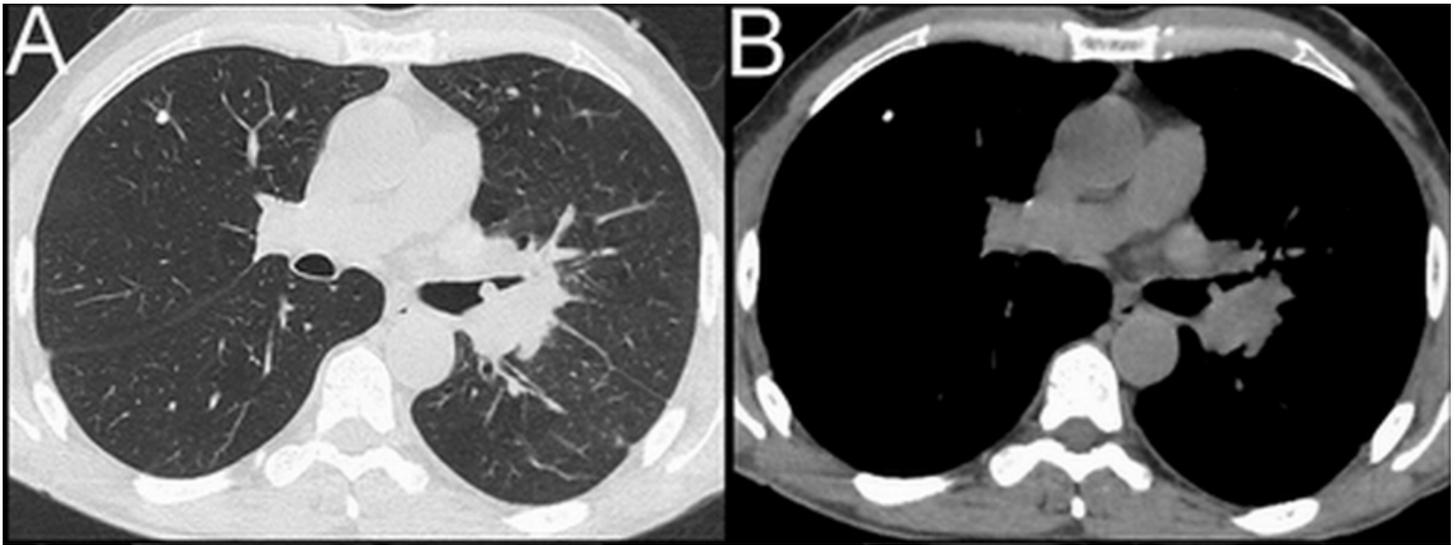
Figuras 1. (A e B) Cortes tomográficos axiais, após a administração de meio de contraste endovenoso, caracterizando a opacidade nodular no segmento superior do lobo inferior do pulmão esquerdo, exibindo o padrão do sinal do "halo invertido".



Figuras 2. (A e B) Cortes tomográficos axiais, após a administração de meio de contraste endovenoso, caracterizando a discreta linfonomegalia no hilo pulmonar esquerdo.



Figuras 3. (A e B) Cortes tomográficos axiais, sem a administração de meio de contraste endovenoso, evidenciando um aumento da opacidade pulmonar à esquerda, apresentando pequenas escavações de permeio.



Figuras 4. (A e B) Cortes tomográficos axiais, sem a administração de meio de contraste endovenoso, evidenciando surgimento de massa com densidade de partes moles no hilo pulmonar esquerdo, com projeção no interior do brônquio lobar superior.

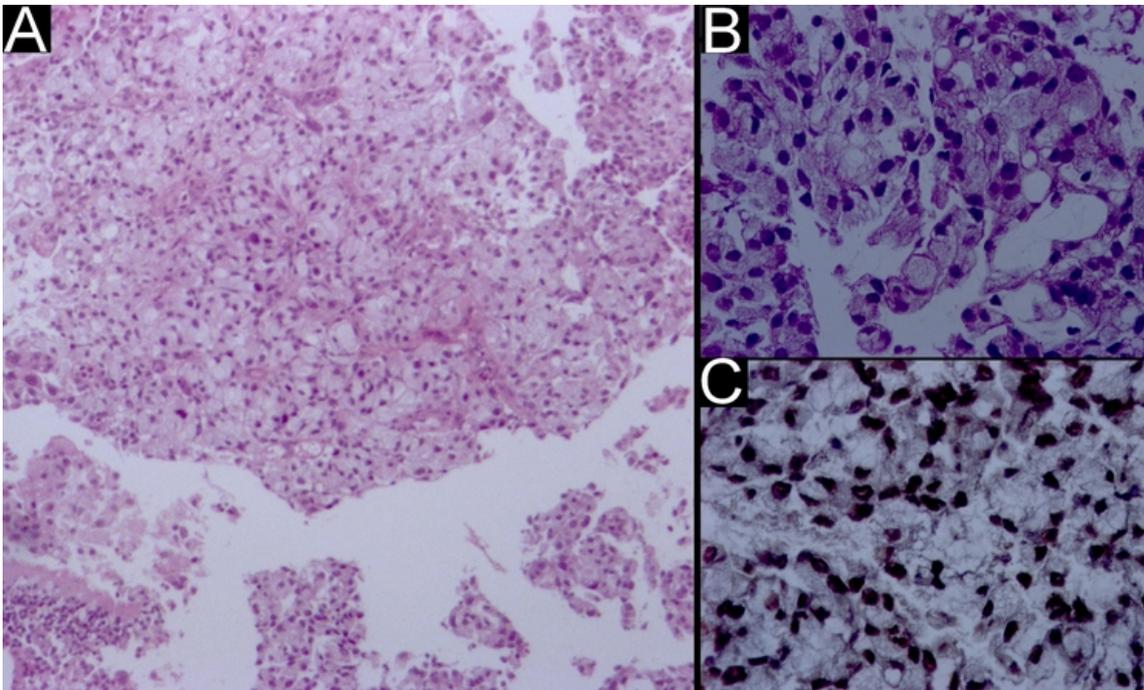


Figura 5. (A e B). Lâminas de estudo anatomopatológico da biópsia, com coloração de rotina (HE), mostrando neoplasia, apresentando células com morfologia típica de "anel de sinete", e pequeno fragmento de mucosa brônquica. (C) Lâmina de análise imuno-histoquímica, caracterizando positividade nos núcleos das células neoplásicas para o marcador TTF-1, indicando que se trata de neoplasia de origem pulmonar.

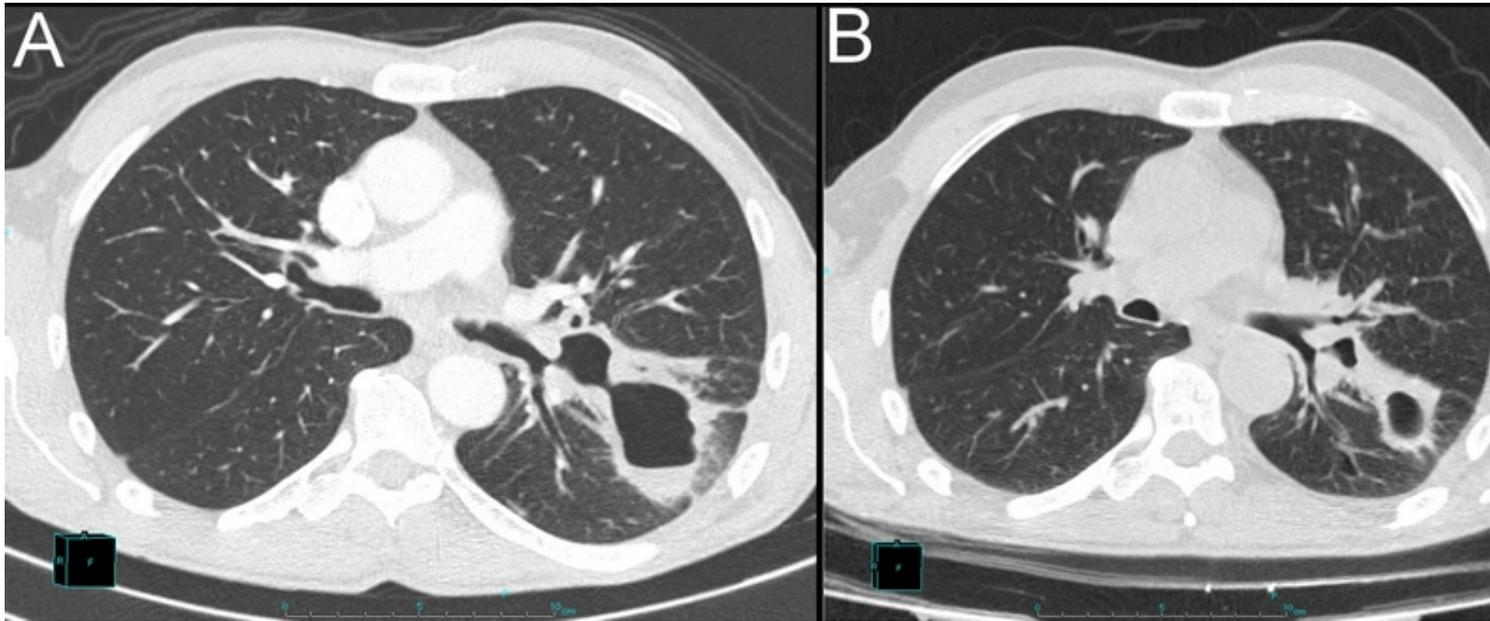


Figura 6. (A) Reconstrução tomográfica oblíqua axial evidenciando confluência da nodulação pulmonar e da massa hilar à esquerda, gerando grande massa escavada comunicante com a árvore brônquica, apresentando nível líquido em seu interior. (B) Reconstrução tomográfica oblíqua axial exibindo redução dimensional da massa pulmonar complexa e escavada à esquerda após quimioterapia.

Vídeos

Nenhum resultado encontrado