

Mesotelioma peritoneal maligno

Malignant peritoneal mesothelioma

Fábio Torres Rabêlo¹
Patrícia Oliveira Carmo²
Livia Drumond Akl²
Felipe Torres Rabêlo³
Raquel Oliveira Carmo⁴
Josélio Vitoi Rosa⁵

RESUMO

palavras-chave

Mesotelioma

Asbesto

Imunoistoquímica

O mesotelioma é tumor raro, freqüentemente relacionado à exposição ao asbesto. Representa um desafio diagnóstico e terapêutico devido à sua raridade e agressividade. Os autores apresentam relato de caso de mesotelioma maligno peritoneal, enfocando aspectos relevantes da literatura atual sobre o tema.

ABSTRACT

keywords

Mesothelioma

Asbestos

Immunohistochemistry

Mesothelioma is a rare tumor which is often related to asbestos exposure. It represents diagnostic and therapeutic challenges due to its rarity and aggressiveness. The authors present a case report of malignant peritoneal emphasizing relevant aspects of current literature about the topic.

INTRODUÇÃO

Mesotelioma é um tumor raro de membranas serosas, de mau prognóstico (FELDMAN, 2003). Geralmente de diagnóstico tardio e que não possui marcadores séricos confiáveis (ROBINSON, 2003). Sua maior incidência é entre 50 e 70 anos, ocorrendo raramente em crianças e, nesta faixa etária, o mesotelioma peritoneal é o mais prevalente (GIACCONE, 2002). Apresenta três principais tipos histológicos: epitelial, sarcomatoso e misto (GIACCONE, 2002), sendo que o primeiro é o mais freqüente e de prognóstico mais favorável. Seu principal local de acometimento é a pleura (ANTMAN, 1997; ROBINSON, 2003;), embora também possa ocorrer no peritônio e muito raramente no pericárdio e na túnica vaginal (ANTMAN, 1997; GIACCONE, 2002).

É uma neoplasia rara, cuja incidência nos Estados Unidos gira em torno de 2,2 por milhão de habitantes ao ano (FELDMAN, 2003), possui manifestação clínica variável (LUKANICH, 2001), difícil diagnóstico, constituindo um dilema quanto às escassas possibilidades terapêuticas a serem empregadas.

Seu prognóstico é reservado, variando em média entre quatro e 12 meses de sobrevida com tratamento adequado (LUKANICH, 2001). Está definida a relação entre exposição ao asbesto e o surgimento de mesotelioma, tanto pleural como peritoneal (ANTMAN, 2003).

O mesotelioma peritoneal é o tumor primário do peritônio (CRAWFORD, 2000) e representa 21% (MORTEL, 1972) a um terço de todos os mesoteliomas malignos, assumindo pior prognóstico que o de acometimento pleural. Além de extremamente agressivo, possui

1 Clínica Médica - Hospita Universitário - UFJF
2 Ginecologia e Obstetrícia - Hospita Universitário - UFJF
3 Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.
4 Faculdade de Medicina da UFJF
5 Universidade Federal de Juiz de Fora.

poucas opções terapêuticas (FELDMAN, 2003; SEBBAG, 2000). É associado à exposição ao asbesto em pelo menos 80% dos casos (CRAWFORD, 2000). A incidência desta neoplasia vem aumentando (ANDREOPOULOU, 2004), e a tendência é que continue em progressão, pois o mesotelioma normalmente leva de 20 a 60 anos para surgir após a exposição (BONN, 1999).

Os principais sinais e sintomas de mesotelioma peritoneal são perda de peso, dor abdominal, ascite, distúrbios de coagulação (como trombocitose, coagulação intravascular disseminada e embolia pulmonar), anemia, febre, obstrução intestinal, massa abdominal palpável e aumento da circunferência abdominal (FELDMAN, 2003; HERNDON, 1998; KOBZIK, 2000).

Geralmente, o tumor é localmente invasivo, restringindo-se à cavidade peritoneal na maior parte do curso da doença (BRENNER, 1981; GIACCONE, 2002;), com o comprometimento do intestino, freqüentemente resultando em obstrução intestinal e inanição, levando ao óbito mesmo estando a doença limitada à cavidade abdominal (KOBZIK, 2000).

Possui como opção terapêutica a cirurgia cito-redutora do tumor com peritonectomia associada à quimioterapia peritoneal intra-operatória (SEBBAG, 2000). O diagnóstico histoquímico deve ser feito através do uso de corantes próprios para mucina, para diferenciar mesotelioma de adenocarcinoma, além de pesquisa de glicogênio e glicosaminoglicanos, que são produzidos em grande quantidade pelas células mesoteliais.

Muitas vezes, é necessário utilizar recursos como imunoistoquímica e microscopia eletrônica para diferenciar esta neoplasia de adenocarcinoma e de metástases (GIACCONE, 2002). A imunoistoquímica é um método de grande valor quando a microscopia óptica não consegue determinar a classificação da neoplasia, podendo identificar diversos elementos celulares, como enzimas, hormônios, componentes estruturais e componentes celulares específicos. A presença do antígeno carcinoembrionário ajuda a distinguir o mesotelioma do adenocarcinoma, estando elevado no último (PINTO, 1987).

RELATO DE CASO

Mulher de 25 anos, branca, solteira, estudante, foi internada no Hospital Universitário da UFJF com quadro de emagrecimento de 11kg em cinco meses, febre vespertina e sudorese noturna diárias, além de prurido generalizado, monilíase oral e astenia. Ao exame, encontrava-se hipocorada ++/4, hidratada, acianótica, anictérica. Apresentava-se vígil, orientada, febril (temperatura axilar: 38,8°C), taquicárdica, eupnéica, normotensa, assim como tireóide sem nódulos ou aumento de volume e ausência de lesões cutâneas. Possuía dor difusa à palpação abdominal, sem

massas ou visceromegalias palpáveis. Membros inferiores indolores, sem edema, com panturrilhas livres e pulsos palpáveis. Três linfonodos inguinais palpáveis (dois à esquerda e um à direita), móveis, elásticos, indolores, de cerca de 0,5cm de diâmetro. Ausência de linfonodomegalia cervical, axilar e supraclavicular. Mamas sem alterações, colo uterino fibroelástico, doloroso à mobilização, útero em AVF, anexos impalpáveis, sem massas ao toque ginecológico.

Os exames laboratoriais evidenciavam anemia microcítica hipocrômica (hemoglobina 7,49g/dL), elevação da velocidade de hemossedimentação e da proteína C reativa, hipoalbuminemia, sem alteração de funções hepática e renal. Foram realizadas sorologias para HIV e hepatites B e C, VDRL, função tireoidiana, PPD e hemoculturas, que não demonstraram qualquer resultado positivo. CA-125 elevado (211,0U/mL), β HCG negativo, CEA e alfafeto-proteína normais. Exames de urina encontraram hematúria glomerular, com cilindros hemáticos e granulosos. Mielograma, radiografia de tórax endoscopia digestiva alta e colonoscopia não apresentaram alterações.

A ultra-sonografia abdominal encontrou “tumoração anexial direita”, sem ascite. Para melhor caracterização, foi solicitada ultra-sonografia transvaginal com doppler, que evidenciou “massa anexial direita sólida, hipocóica, bocelada, medindo aproximadamente 7,3x6,0x4,0cm, com vascularização no interior e fluxo com baixo índice de resistividade”.

Diante dos resultados, foi submetida a uma intervenção cirúrgica que encontrou massa pélvica sólida posterior ao ovário direito, em contigüidade apenas com o epíplon. Foi retirada e enviada para análise histopatológica, que acusou “processo neoplásico maligno polimórfico não classificável”, sendo necessária a realização de imunoistoquímica para esclarecimento.

No pós-operatório, recuperou 8kg, manteve-se sem febre, com diminuição do prurido e dos episódios de sudorese e já apresentava hemoglobina de 11,0g/dL quando o resultado da imunoistoquímica constatou “mesotelioma maligno tipo epitelial anaplásico”.

DISCUSSÃO

Diante dos dados de anamnese e exames físico e complementares iniciais, as principais hipóteses diagnósticas levantadas foram Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, tuberculose e doença linfoproliferativa. Ao encontro de uma tumoração pélvica, malignidade tornou-se o principal diagnóstico diferencial, sendo creditada ao aparelho reprodutor feminino. No entanto, acreditava-se também na possibilidade de se tratar de processo infeccioso.

Confirmada a neoplasia maligna e diante de radiografia de tórax, endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações, além do quadro clínico, linfoma despontava como

principal hipótese. Mesotelioma peritoneal era considerada uma possibilidade remota, devido à sua raridade e a ausência de história de exposição ao asbesto.

Não havia comprometimento de estruturas intra-abdominais que impedissem a ressecção do tumor. Ao retirar a massa tumoral, houve remissão parcial do quadro paraneoplásico: ocorreu significativa redução do prurido, alívio completo da febre e gradualmente obteve resolução da sudorese. Após obter normalização dos exames laboratoriais, remissão dos sintomas e recuperação de seu peso habitual, a paciente foi submetida a novos exames de imagem para a realização de peritonectomia com quimioterapia intraoperatória.

CONCLUSÃO

O presente caso refere-se a uma paciente portadora de neoplasia rara, de péssimo prognóstico, não apresentada em sua localização mais freqüente e sem seu principal fator de risco, o asbesto. Entretanto, foi identificado o mais freqüente e menos agressivo entre os tipos histológicos de mesotelioma, que não apresentava ao diagnóstico invasão de órgãos abdominais, o que permitiu a ressecção do tumor. O diagnóstico da neoplasia só foi possível com a utilização da imunohistoquímica, visto que, à microscopia óptica, não foi possível definir a linhagem tumoral.

REFERÊNCIAS

ANDREOPOULOU, E. et al. The palliative benefits of MVP (mitomycin C, vinblastine and cisplatin) chemotherapy in patients with malignant mesothelioma. **Ann. oncol.**, v.15, n.9, p.1406-1412, 2004.

ANTMAN, K. H.; PASS, H. I.; SCHIFF, P. B. Benign and malignant mesothelioma. In: DEVITA, V.T.; HELLMAN JR, S.; ROSEMBERG, S.A. **Cancer principles and practice of oncology**. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1997. p. 1853-78.

ANTMAN, K. H. Natural history and epidemiology of malignant mesothelioma. **Chest**, v.103, p.373-376, 1993.

BONN, D. Mesothelioma deaths may double within 20 years. **The Lancet**, v.353, p.383, 1999.

BRENNER, J.; SORDILLO, P.P.; MAGILL, G.B.; GOLBEY, R.B. Malignant peritoneal mesothelioma: review of 25 patients. **Am J Gastroenterol.**, v.75, n.4, p.311-3, 1981.

CRAWFORD, J. M. **Robbins, patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 697-758.

FELDMAN, A.L.; LIBUTTI, S.K.; PINGPANK, J.F. et al. Analysis of factors associated with outcome in patients with malignant peritoneal mesothelioma undergoing surgical debulking and intraperitoneal chemotherapy. **J. clin. oncol.**, n.21, n.24, p.4560-67, 2003.

GIACCONE, G. Mesothelioma. IN: SOUHAMI, R.L. et al. **Textbook of oncology**. 2nd. ed. Oxford: Oxford Press; 2002. p. 2125-2142.

HERNDON, J. E. et al. Factors predictive of survival among 337 patients with mesothelioma treated between 1984 and 1994 by the cancer and leukemia group B. **Chest**, v.113, p.723-31, 1998.

KOBZIK, L. O Trato gastrointestinal. In: COTRAN, R.S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Robbins, patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.626-79

LUKANICH, J. M.; GRONDIN, S. C.; SUGARBAKER, D. J. Chest Wall and Pleura. In: TOWNSEND JR., C.M. **Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice**. 16th ed. Pennsylvania: W. B. Saunders; 2001. p. 1167-1184.

MOERTEL, C. Peritoneal mesothelioma. **Gastroenterology**, v.63, p.346-50, 1972.

PINTO, M. M.; BERNSTEIN, L.H.; BOGAN, D.A. et al. Carcinoembryonic antigen in effusions: a diagnostic adjunct to cytology. **Acta Cytol**, v.31, p.113-118, 1987.

ROBINSON, B. W. S. et al. Mesothelin-family proteins and diagnosis of mesothelioma. **The Lancet**, v.362, n.9396, p.1612-16, 2003.

SCOTT, B.; MUKHERJEE, S.; LAKE, R.A. et al. Malignant mesothelioma. In: HANSEN, H. **Textbook of lung cancer**. London: Martin Dunitz, 2000. p. 273-93.

SEBBAG, G.; YAN, H.; SHMOOKLER, B.M. et al. Results of treatment of 33 patients with peritoneal mesothelioma. **Br J Surg**, v.87, n.11, p.1587-93, 2000.

Enviado em 14/05/2005

Aprovado em 10/12/2005



Universidade Federal de Juiz de Fora

CURSOS | *Lato sensu* *Stricto sensu* Pós-Graduação Odontologia

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, fundada em 1904, ao longo de sua história vem contribuindo para o desenvolvimento científico e sócio-econômico regional. Atualmente, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora conta com um grupo substancial de Doutores que atuam há longa data nas diversas especialidades clínicas odontológicas.

Desde 1994, as atividades de pós-graduação foram iniciadas nesta Unidade da Universidade Federal de Juiz de Fora produzindo inúmeros trabalhos científicos, tais como artigos em periódicos nacionais e internacionais, monografias de conclusão de curso de pós-graduação e apresentações em congressos nacionais e internacionais.

A criação de um Programa de Mestrado em Clínica Odontológica na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, torna-se possível devido ao alicerce acadêmico científico construído ao longo de sua história.

Finalmente, a estrutura organizacional e de equipamentos possibilita a nossa Instituição oferecer condições para o desenvolvimento de trabalhos científicos de qualidade. Contamos atualmente com 12 laboratórios de ensino e pesquisa, 05 salas de clínica (total de 157 laboratórios odontológicos completos) em boxes individuais e atendemos aproximadamente 600 pacientes/dia nas diversas especialidades odontológicas. Acreditamos estar em um momento propício, com o amadurecimento de nossa Instituição, possuindo também excelentes pré-requisitos para podermos contribuir ainda mais com o desenvolvimento científico no âmbito da Odontologia em nosso país.

Stricto sensu

MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Lato sensu

DENTÍSTICA • DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR E DOR OROFACIAL •
ENDODONTIA • IMPLANTODONTIA • ODONTOGERIATRIA • ODONTOLOGIA
LEGAL • ODONTOLOGIA P/ PACIENTES C/ NECESSIDADES ESPECIAIS •
ODONTOPEDIATRIA • ORTODONTIA • PERIODONTIA – TURMA A •
PERIODONTIA – TURMA B • PRÓTESE DENTÁRIA • RADIOLOGIA
ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA • RESIDÊNCIA EM ODONTOLOGIA •
SAÚDE COLETIVA