



11_Radioterapia no tumor solitário fibroso maligno irresssecável do pulmão: Caso clínico

Andreia Ponte, Tânia Teixeira, João Casalta-Lopes, Margarida Borrego
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O tumor solitário fibroso (TSF) é uma neoplasia rara com origem no tecido mesenquimatoso com diferenciação fibroblástica. Estima-se que a sua incidência ronde os 2,8 casos por cada 100000 hospitalizações. A forma maligna deste tumor é definida histologicamente como hiper celular, mitoticamente activa, com atipia celular, necrose e/ou margens infiltrativas. Cerca de 10 a 20% dos casos descritos na literatura correspondem à forma maligna (TSFm). Ocorre maioritariamente em adultos entre os 20 e os 70 anos, afectando sobretudo a pleura, peritонеu, meninges ou extremidades inferiores embora possa ocorrer em qualquer localização do corpo. A cirurgia é o tratamento de primeira linha nos casos de doença localizada, com taxas de sobrevivência aos 10 anos entre os 54 e os 89%. Contudo, não existem recomendações internacionais quanto ao papel das terapêuticas adjuvantes, sendo que a radioterapia (RT) é frequentemente utilizada em casos de irresssecabilidade ou para promover um maior controlo local quando a ressecção é incompleta. A quimioterapia (QT) normalmente é um recurso de última linha, nos casos de doença à distância.

Objetivos: Descrever um caso de TSFm irresssecável tratado com RT.

Material e métodos: Exposição de caso clínico de TSFm. Foram delineados os volumes-alvo e órgão de risco e realizado planeamento conformacional 3D. Apresentação do resultado terapêutico e follow-up subsequente.

Resultados: Doente do género feminino de 65 anos de idade que recorreu ao cardiologista assistente por síndrome gripal com três meses de evolução. Realizou uma radiografia de tórax que evidenciou opacidade ocupando quase todo o hemi-tórax direito. Fez tomografia computadorizada (TC) que revelou massa sólida tumoral com 16cm de maior eixo, irresssecável, sem plano de clivagem com o mediastino, veia cava superior, traqueia e esófago, mas sem evidência de metastização à distância. A biópsia da lesão foi compatível com TSFm.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar de decisão terapêutica e atendendo aos antecedentes de patologia coronária considerou-se que a doente não era candidata a QT, pelo que foi proposta para RT. Foi administrada uma dose de 45Gy/25fracções sobre a lesão com margem, com fotões de 18MV.

Na TC de controlo realizada três semanas após conclusão da RT verificou-se redução das dimensões da massa tumoral, apresentando planos de clivagem com as estruturas adjacentes, pelo que a doente foi submetida a lobectomia superior direita, com ressecção completa da lesão. O estudo histológico da peça operatória confirmou tratar-se de TSFm, com margens de ressecção livres.



A doente foi mantida em vigilância clínica e imagiológica periódica em consultas de RT e Pneumologia. Atualmente, com 5 anos de follow-up, evidencia apenas sinais de pneumonite rádica não sintomática, sem recidiva local ou metastização à distância.

Conclusão: Apesar da RT não se apresentar como terapêutica de primeira linha na abordagem dos TSFm, este caso demonstra a sua aplicabilidade em lesões grandes e irressecáveis, tornando possível a ressecção cirúrgica completa subsequente.

Bibliografia:

- DeVito, N., et al., Clinical Characteristics and Outcomes for Solitary Fibrous Tumor (SFT): A Single Center Experience, Plos One, October 2015.
- Xiao, P., et al., Giant solitary fibrous tumor of the lung: A case report, Thoracic Cancer 5 (2014) 261-264.



Milano, M., et al., Thoracic malignant solitary fibrous tumors: A population-based study of survival, Journal of Thoracic Disease 2011; 3:99-104.

Silva, F., et al., Giant solitary fibrous tumor of the pleura – surgical treatment, Revista Brasileira de Oncologia Médica 2012; 71-74.