

Opacidade homogênea no hemitórax esquerdo de mulher com 66 anos*

VANESSA TEIXEIRA BARSALINI RUIVO¹, VERA LÚCIA DA GAMA E SILVA VOLPE²,
NELSON MORRONE JUNIOR³, NELSON MORRONE⁴

Mulher branca, 66 anos, prendas domésticas, em uso de alfametildopa e hidroclorotiazida para tratamento de hipertensão arterial, queixou-se de fraqueza e emagrecimento de 20kg em quatro meses e, havia 20 dias, de dor ventilatório-dependente na base do hemitórax esquerdo, além de tosse com escassa expectoração clara. Negava tabagismo e outras doenças atuais ou pregressas significativas.

Exame físico: Regular estado geral. PA. 18 x 10. P e FC 80bpm. Obesa; eupnéica em repouso; mucosas descoradas; acianótica; afebril. Ausência de baqueteamento digital e de adenopatias periféricas. Redução da expansibilidade do hemitórax esquerdo, com diminuição do murmúrio vesicular na mesma área; ausência de ruídos adventícios. Sem outras particularidades.

Exames: radiografia simples do tórax – Figura 1. Hemoglobina 8,9g/dl; Ht 27%; leucócitos – 4500/ml com diferencial normal, plaquetas 188.000/ml; uréia 64mg/dl; creatinina 1,3mg/dl; urina I normal.



Figura 1
Radiografia
simples
do tórax em
pósterio-anterior

DIAGNÓSTICO

Mieloma múltiplo com envolvimento costal e massa extrapleural (plasmocitoma).

A radiografia do tórax em PA revela opacidade na base esquerda e claramente de origem extrapulmonar por sua forma e pelo ângulo formado com a pleura; este aspecto é sugestivo de mieloma múltiplo e a radiografia em oblíqua (Figura 2) revela nitidamente lise medular costal, com preservação da cortical, o que é patognomônico de mieloma múltiplo.

A complementação laboratorial revelou proteínas séricas totais de 9,9g/dl (albumina 3,1 e globulinas 6,8); mielogra-



Figura 2
Radiografia
simples do
tórax em
oblíqua-anterior
esquerda. Notar
lise costal, com
preservação da
cortical.

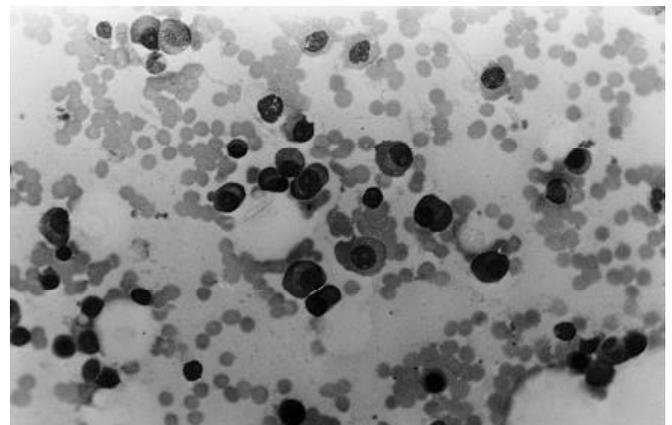


Figura 3 – Mielograma. Plasmocitose com atipia (aumento 200 x).

* Trabalho realizado no Sanatorinhos – Ação Comunitária de Saúde e Clínica Pneumológica do Hospital Ipiranga – São Paulo, SP.

1. Residente de 2º ano em Pneumologia – Hospital Ipiranga.
2. Chefe da Clínica Pneumológica do Hospital Ipiranga.
3. Médico da Clínica Pneumológica do Hospital Ipiranga e de Sanatorinhos – Ação Comunitária de Saúde.
4. Diretor Clínico de Sanatorinhos – Ação Comunitária de Saúde.

Endereço para correspondência – Nelson Morrone, Rua Ministro de Godoy, 657, apto. 101 – 05015-000 – São Paulo, SP.

Recebido para publicação em 12/3/01. Aprovado, após revisão, em 25/6/01.

ma (Figura 3) demonstrou infiltração plasmocitária com 57% de plasmócitos atípicos. Radiografia do crânio revelou numerosas lesões líticas na calota. A paciente foi encaminhada para Serviço de Hematologia para tratamento.

COMENTÁRIOS

Na avaliação inicial, a radiografia do tórax em PA foi fundamental para o diagnóstico. A presença de massa extrapulmonar torácica é compatível com vários diagnósticos, como derrame pleural septado, fibroma pleural (antigamente chamado de mesotelioma benigno), mesotelioma, neoplasia metastática, seqüela de processos pleurais como tuberculose, pneumonia e infarto pulmonar, osteomielite inespecífica ou por tuberculose⁽¹⁾ e traumatismo torácico. O comprometimento costal estreita a lista de possibilidades diagnósticas⁽²⁾, mas com freqüência a imagem costal na radiografia em PA é de difícil avaliação. A radiografia em oblíqua, como neste caso, tem vantagem de proporcionar melhor análise da massa e da costela; nesta incidência, ficou demonstrada a preservação da cortical, com lise da medular, levando ao diagnóstico de mieloma e tomando pouco prováveis outros diagnósticos. A determinação das proteínas séricas, o radiografia do crânio e principalmente o mielograma confirmam o diagnóstico.

As neoplasias plasmocitárias compreendem os plasmocitomas e o mieloma múltiplo, sendo a diferenciação feita pelo envolvimento de um só sítio ou de vários, respectivamente.

Os primeiros são caracterizados por massas isoladas, geralmente em tecidos moles; o tratamento é cirúrgico e o prognóstico excelente. Os plasmocitomas torácicos podem se localizar nos ossos ou no parênquima; na última eventualidade, o diagnóstico diferencial principal é com neoplasias e, portanto, prova citológica ou anatomopatológica é imperativa.

O mieloma múltiplo é o tumor ósseo primário mais comum e geralmente acomete os indivíduos após os 60 anos de idade; é doença maligna causada por proliferação de um clone único de plasmócitos e se caracteriza pela invasão da medula óssea pelos plasmócitos, presença de plasmocitomas e produção anormal de imunoglobulinas G ou A ou, raramente, D, E e M; é possível ainda hipogamaglobulinemia e aumento isolado de proteínas de cadeia leve no soro ou na urina. Anemia, hemossedimentação alta, insuficiência renal e hipercalemia geralmente também estão presentes.

No tórax, o mieloma múltiplo é responsável por alterações ósseas, pleurais e parenquimatosas. Nas últimas, o comprometimento pode ser devido à própria doença ou a complicações, como infecções, infartos e calcificações metastáticas^(3,4), o que ocorre em um décimo dos casos. Kintzer et al., revendo 958 pacientes, encontraram alterações torácicas em 444 (46%), sendo 25% detectados quando do diagnóstico⁽³⁾. Gompels et al., por outro lado, verificaram que só 24 de 97 pacientes não apresentavam alterações em qualquer osso⁽⁵⁾.

As anormalidades ósseas torácicas são as mais comuns, ocorrendo em um quarto dos pacientes, dos quais a quase totalidade apresenta comprometimento costal isolado ou associado a outras lesões ósseas; nas costelas as lesões podem ser de osteoporose, fraturas ou em sacabocados; O envolvimento costal mais típico é o da lise medular em sacabocado com preservação cortical, sendo freqüente a concomitância de massa subpleural com expansão para dentro do tórax; curiosamente, as lesões esternais se projetam para fora do tórax⁽³⁾. Tanto nas costelas quanto no esterno e nos corpos vertebrais podem ocorrer fraturas que, por sua vez, podem ser responsáveis por insuficiência pulmonar grave ("tórax flácido")^(6,7). O comprometimento ósseo é melhor demonstrado por radiografia que pelo mapeamento, porque a lesão é essencialmente osteoclástica; quando há fratura, entretanto, o mapeamento é mais sensível⁽⁸⁾.

A presença de massas subpleurais geralmente está associada a lesões costais, sendo admitido, nestes casos, que o prognóstico é pior, o mesmo ocorrendo na ausência de comprometimento costal. Melhor prognóstico estaria relacionado a comprometimento ósseo isolado e pela IgG como imunoglobulina anormal⁽⁵⁾. O diagnóstico das massas pode ser feito por aspiração com agulha fina ou por biópsia; o último procedimento pode revelar ainda presença de amiloidose secundária e granulomas⁽⁹⁾.

Mais raramente o mieloma múltiplo também está associado a derrame pleural por complicação, principalmente por insuficiência cardíaca decorrente de amiloidose, ou pela própria doença. Nestes casos, é extremamente curioso que o derrame seja quase exclusivamente à esquerda (mais de 95% das vezes), sendo possível demonstrar-se plasmocitomas atípicos e imunoglobulinas anormais no líquido pleural^(3,10).

REFERÊNCIAS

1. Ip M, Chen NK, So SY, Chin SW. Unusual rib destruction in pleuropulmonary tuberculosis. *Chest* 1989;95:242-244.
2. Hermann G, Abdelwahab IF, Berson BD, Greenberg ML, Palestro CJ. Case report. *Skeletal Radiol* 1990;19:379-381.
3. Kintzer JS Jr, Resenow EC, Kyle RA. Thoracic and pulmonary abnormalities in multiple myeloma. A review of 958 cases. *Arch Intern Med* 1978;727-730.
4. Weber CK, Friedrich JM, Merkle E, Prummer O, Hoffmeister A, Mattfeldt T, Firckhofen N. Reversible metastatic pulmonary calcification in a patient with multiple myeloma. *Ann Hematol* 1996;72:329-332.
5. Gompels BM, Votaw ML, Martel W. Correlation of radiological manifestations of multiple myeloma with immunoglobulin abnormalities and prognosis. *Radiology* 1972;104:509-514.
6. Abisheganaden J, Chee CBE, Wang YT. Use of bi-level positive airway pressure ventilatory support for pathological flail chest complicating multiple myeloma. (Case Study). *Eur Respir J* 1998;12:238-239.
7. Mansouri A. Flail chest and multiple myeloma. *JAMA* 1980;243:1036.
8. Young JWR. Metabolic and endocrine disorders affecting bone. In: Sutton D, ed. *Text book of radiology and medical imaging*. 5th ed. Vol 1. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1992;219-240.
9. Gutmann EJ. Granulomatous inflammation related to amyloid deposition in a focus of multiple myeloma. Report of a case with diagnosis by fine needle aspiration biopsy. *Acta Cytol* 1995;39:739-7.
10. Deshpande AH, Nunshi MM. Pleural effusion as an initial manifestation of multiple myeloma. *Acta Cytol* 2000;44:103-104.