



ISSN: 0975-833X

Available online at <http://www.journalcra.com>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF CURRENT RESEARCH

International Journal of Current Research
Vol. 13, Issue, 10, pp.19302-19305, October, 2021

DOI: <https://doi.org/10.24941/ijcr.42240.10.2021>

RESEARCH ARTICLE

TUMOR FANTASMA DE PULMÃO SECUNDÁRIO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA E TROMBÓTICA COM HEPATOMEGALIA – RELATO DE CASO

Gabriel de Brito Fogaça¹, Joana Gabriela Rodrigues Lopes¹, Maria Eduarda Cirqueira Brito¹, Wanna Paula Eufrásio Moreira¹, Ingrid Gomes Alencar¹, Mariana Reis Chaves¹, Nassandro Júnior Machado Garcia², Carlos Augusto Farias Bicalho Valenzuela² and Emanuell Felipe Silva Lima³

¹Academico(a) de Medicina – Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos – UNIPTAC; Av. Filadélfia, 568; Setor Oeste; CEP: 77.816-540; Araguaína/TO.

²Médico Residente do Hospital Regional de Araguaína – HRA; Rua Ademar Vicente Ferreira, 1698 - Lot. Panorama, Araguaína - TO, 77824-140.

³Médico Pneumologista e Docente - Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos – UNIPTAC; Av. Filadélfia, 568; Setor Oeste; CEP: 77.816-540; Araguaína/TO

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th July, 2021

Received in revised form

20th August, 2021

Accepted 14th September, 2021

Published online 30th October, 2021

Key Words:

Phantom Tumor, Heart Disease, Mural Thrombus, Hepatomegaly.

*Corresponding author:

Rexton F. Chakas, Ph.D

ABSTRACT

Phantom lung tumors, also known as evanescent tumors, are peculiar radiological aches observed in heart disease patients with clinical decompensation or with a teaching that occurs with volume overload. In this case report, we seek to demonstrate the characteristics of this incomminate patient with congestive heart failure, a carrier of mural thrombus and significant hepatomegaly.

Copyright © 2021. Gabriel de Brito Fogaça et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Gabriel de Brito Fogaça, Joana Gabriela Rodrigues Lopes, Maria Eduarda Cirqueira Brito, Wanna Paula Eufrásio Moreira et al. "Tumor fantasma de pulmão secundário à insuficiência cardíaca congestiva e trombótica com hepatomegalia – relato de caso", 2021. *International Journal of Current Research*, 13, (10), 19302-19305.

INTRODUCTION

A Insuficiência cardíaca crônica tem se apresentado de maneira crescente a medida em que a população mundial envelhece, incluindo-se outras doenças como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes e obesidade¹. A mesma pode ser caracterizada como a falha na função de bomba do coração, que leva à congestão resultante de líquido nos pulmões e tecidos periféricos². Já em 1970, Millard³ associava a crescente expectativa de vida da população geriátrica ao aumento da incidência de insuficiência cardíaca congestiva e a incidência dos tumores fantasmas.⁴

Radiologicamente, os tumores fantasmas, também conhecidos como tumores evanescentes se apresentam como uma opacidade homogênea esférica ou elíptica, com contornos bem delimitados, na topografia da cissura horizontal direita^{3,5}. e são de forma variável, a depender do volume de líquido septado e sua localização. Estes tumores ocorrem predominantemente em homens, no hemitórax direito, com três-quartos dos casos ocorrendo na cissura horizontal direita e menos frequentemente na fissura oblíqua. A ocorrência em ambas as cissuras é relatada em poucos casos, enquanto que a ocorrência no hemitórax esquerdo é descrita esporadicamente⁶. É característica e bem comprovada a reversibilidade da lesão,

desde que a insuficiência cardíaca seja tratada. Hoje, com a possibilidade de infusões venosas de diuréticos potentes, pode-se notar a limpeza radiológica até mesmo no decorso de um dia^{7,8}.

OBJETIVO

O presente trabalho visa expor algo incomum, porém de grande utilidade clínica e diagnóstica, assim como acrescentar as bases de dados mais conteúdo para que o saber científico se aprimore e se aprofunde. As histórias clínica e epidemiológica podem auxiliar no diagnóstico, assim como a comparação com radiografias de tórax anteriores nas quais essa imagem não aparece, para descartar processos tumorais⁹.

RELATO DE CASO

Paciente, MGBS, 62 anos, sexo feminino, casada, evangélica, natural de Goiatins/TO, hipertensa, diabética, com histórico de Cardiopatia de longa data e AVEi há 4 meses é admitida no Pronto Socorro do Hospital Regional de Araguaína – HRA com relato de dor abdominal de alta intensidade em aperto localizada em epigástrio de início há 2 meses com piora significativa há 4 dias, associada a aumento de volume abdominal e perda ponderal de 10kg em 4 meses, nega febre, dispnéia, acolia fecal, colúria ou astenia. Ao exame nota-se paciente em regular estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, apresentando edema periorbital 2+/4. Turgência jugular evidente, aparelho pulmonar com expansibilidade reduzida em hemitórax direito, murmúrio vesicular abolido e estertores finos em base ipsilaterais. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas e sem sopros. Abdome rígido, globoso, doloso à palpação superficial e profunda. Fígado palpável a 5cm do rebordo costal direito, espaço de traube maciço a percussão, ruídos hidroaéreos presentes, sinal de Blumberg negativo, ascite de volume moderado. Dorso apresentando edema 3+/4 em área lombar com sinal de cacifo. Membros inferiores apresentando edema 3+/4 bilateralmente com sinal do cacifo até altura da média da coxa. Panturrilhas livres com pulso pedioso palpável bilateralmente, apresentando os exames laboratoriais descritos na tabela 01:

Tabela 01. Exames - dia 01 de internação hospitalar

| | |
|--------------------|--------------|
| Hemoglobina | 8,70 mg/dL |
| Leucócitos | 3270 mg/dL |
| Ureia | 72,1 mg/dL |
| Creatinina | 0,69 mg/dL |
| Fosfatase alcalina | 250,16 mg/dL |
| Gama-GT | 344,3 mg/dL |
| Glicemia atual | 78,2 mg/dL |
| Amilase | 163,5 mg/dL |
| Lipase | 32,8 mg/dL |
| TGO | 55,1 mg/dL |
| TGP | 33,7 mg/dL |

Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento.

Além de bioquímica direcionada à clínica da paciente, foram solicitados exames de ultrassonografia abdominal, que evidenciou hepatomegalia e ascite (Figura 01); Radiografia de tórax PA e Perfil (Figura 02), revelando opacidade elíptica bem delimitada em região média de hemitórax direito, derrame pleural ipsilateral. Já a incidência em perfil permite confirmar a existência de opacidade fusiforme na topografia

cisural, ademais pode-se observar inversão da trama vascular e aumento de índice cardio-torácico;

O estudo com radiograma em perfil costuma esclarecer o caso, já que mostra a topografia da “massa” sobre a pequena cissura que, além disso, apresenta aspecto fusiforme⁵. O exame de ecocardiografia, também solicitado trouxe uma nova perspectiva para a abordagem clínica da paciente, descrevendo uma Insuficiência cardíaca com fração de ejeção em 43%, bem como presença de trombo apical mural, aneurisma apical,



Figura 01. Ultrassonografia abdominal. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

comprometimento da função global do ventrículo esquerdo de grau importante e acinesias das regiões médio-basal da parede ântero-septal, médio-basal do septo, apical da parede inferior e apical da parede lateral. Já o eletrocardiograma da paciente (figura 03), apresentou ritmo sinusal e alterações difusas de repolarização.

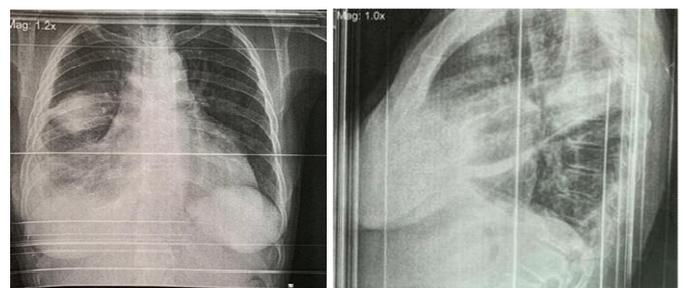


Figura 02. Radiografia de tórax PA e Perfil. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

Figura 03 – Eletrocardiograma. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento. Sorologias para hepatite e HIV também foram solicitadas devido achado clínico e ultrassonográfico de hepatomegalia, porém todos os resultados foram negativos. Diante de todos os exames e suspeições diagnósticas, uma tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste fora solicitada para confirmação diagnóstica, sendo apresentada pelas figuras 04, 05 e 06: Por meio da imagem tomográfica observada na figura 4 pode-se perceber imagem de contornos bem delimitados na topografia da cissura horizontal do hemitórax direito isodensa em relação aos líquidos corporais, sendo compatível com o diagnóstico de tumor fantasma de pulmão.

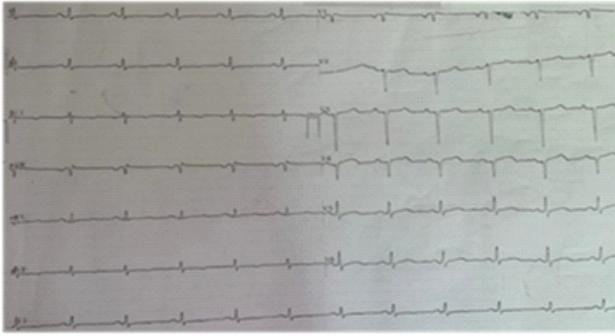


Figura 03. Eletrocardiograma. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento



Figura 04. Tomografia de tórax. Janela de mediastino. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento



Figura 05. Tomografia de tórax. Janela de mediastino. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

Figura 05 – Tomografia de tórax. Janela de mediastino. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento. A figura 5 nos permite confirmar os dados vistos anteriormente pelo ecocardiograma, elucidando o trombo localizado no ventrículo esquerdo (seta amarela).

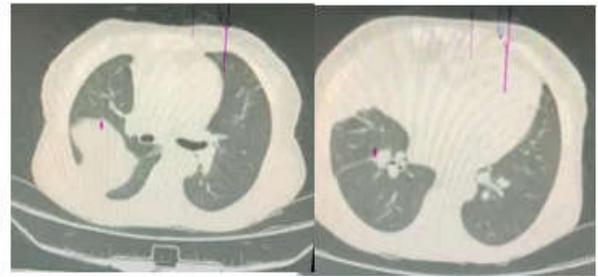


Figura 06. Tomografia de tórax. Janela de pulmão. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

A janela de parênquima pulmonar (figura 06) nos permite confirmar a existência do tumor fantasma como uma imagem isodensa em relação ao derrame pleural adjacente. Diante dos dados colhidos na anamnese e exame físico, bem como pelos exames complementares solicitados, manteve-se como principal hipótese diagnóstica o Tumor fantasma de pulmão secundário a cardiopatia congestiva e trombótica, excluindo-se diagnósticos diferenciais como a neoplasia pulmonar primária ou metastática. A abordagem terapêutica foi iniciada com suporte clínico e monitoramento dos sinais vitais da paciente, bem como terapia diurética com Furosemida EV em dose de 60mg 8/8h inicialmente, além de anticoagulação terapêutica com Clexane 60mg subcutânea de 12/12h, protetores gástricos e analgesia se dor intensa, ácido fólico e sulfato ferroso objetivando a melhora do quadro anêmico. Após 7 dias de internação hospitalar a paciente apresenta melhora do estado clínico geral, ausência de edema periorbital, de membros inferiores e dorso, bem como abdome plano e indolor a palpação sem ascite clinicamente detectável.

Exames laboratoriais apresentam dados descritos na tabela 02:

| | |
|-------------|-------------|
| Hemoglobina | 10,70 mg/dL |
| Leucócitos | 4.190 mg/dL |
| Ureia | 22,5 mg/dL |
| Creatinina | 0,69 mg/dL |
| Sódio | 141 mg/dL |
| Potássio | 2,70 mg/dL |

Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento.

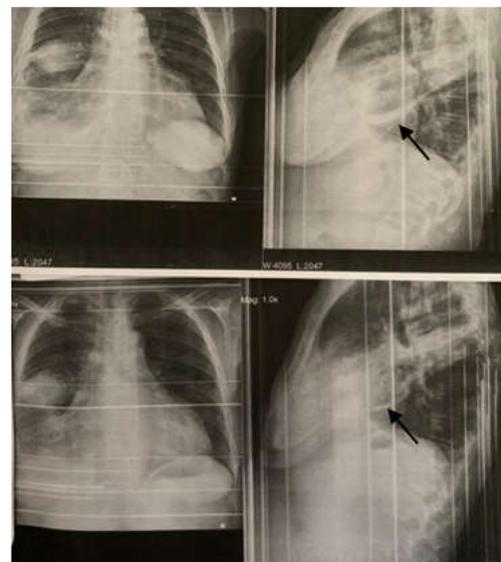


Figura 7. Radiografias PA e Perfil antes e após o tratamento. Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento.

Pôde-se observar, portanto, uma melhora significativa dos níveis de ureia, hemoglobina e leucócitos da paciente, em consonância à sua evolução clínica favorável. Contudo, diante ainda de uma hipocalcemia significativa, optou-se pela administração de KCl 19,1% + 100mL Suco cítrico VO de 8/8h. Por fim, com objetivo de averiguar o estado radiológico pulmonar da paciente, foi realizado uma nova radiografia de tórax PA e perfil, que evidenciou redução significativa da opacidade característica no hemitórax direito pela incidência pósterio-anterior, bem como encurtamento da imagem fusiforme pela coleção cisural observada pela incidência em perfil (setas pretas) e do derrame pleural, pela figura 7 podemos comparar a diferença radiológica entre o início da terapia (imagem superior) e 7 dias após (imagem inferior):

DISCUSSÃO

Não são raras as situações em que lesões não malignas simulam carcinoma broncogênico. Esta é uma questão sempre presente, frente à necessidade inelutável de decidir sobre a verdadeira natureza de uma doença torácica, cada vez que a possibilidade de neoplasia maligna esteja em pauta, para que se torne possível a conduta correta⁵. A fisiopatologia dos tumores fantasmas está relacionada com aderências e obstruções do espaço pleural em torno da borda da cissura devido a ocorrência de pleurite⁴. Outros mecanismos estão implicados, como o aumento local da complacência pulmonar e pequenas atelectasias que produzem um efeito de sucção, favorecendo a loculação de líquido, mesmo na ausência de aderências pleurais^{10,11}. O caso apresentado aborda uma clínica altamente compatível com a fisiopatologia do tumor fantasma, já que a sobrecarga de volume ocasionado pela insuficiência cardíaca abriu possibilidade para o surgimento de edema agudo de pulmão.

CONCLUSÃO

O tumor fantasma de pulmão é uma entidade que sempre deve ser levada em consideração diante de um paciente com descompensação cardíaca que apresenta sinais clínicos e

radiológicos de congestão, que apresente imagem característica na topografia cisural pulmonar. Reconhecer precocemente este achado radiológico relacionado à ICC é importante para evitar procedimentos diagnósticos desnecessários e erros terapêuticos¹². Trazendo uma abordagem polida e eficaz aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. SaundersElsevier, 2012.
- 2 HAMMER, G. D.; MCPHEE, S. J. Fisiopatologia da doença: uma introdução à medicina clínica. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.
- 3 MILLARD CE. Vanishing or phantom tumor of the lung; localized Interlobar effusion in congestive heart failure. Am Coll Chest Phys. 1971;59(6): 675-77.
- 4 GOUVÊA, R. PAZ, O. Tumor Evanescente: Um achado radiológico raro da Insuficiência Cardíaca. Braz. J. Hea. Rev, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 19070-19075, nov./dez. 2020
- 5 LOPES et al. Diagnóstico de falsos tumores do pulmão. Pulmão (RJ). 2005;14(1): 33-42.
- 6 K. P. BUCH AND R. S. MOREHEAD. Multiple leftsided vanishing tumors. Chest. 2000; 118 (5): 1486-89.
- 7 STEELE JM. A report of two cases of localized pleural effusion in heart failure. Am Heart J 1931;212-4.
- 8 STEIN ID, SCHEWEDEL JB. Interlobar effusion in patients with heart disease. Am Heart J 1934;10:230-4.
- 9 JOSÉ M et al. Tumor evanescente: un reto diagnóstico, Revista Colombiana de Cardiología, Volume 25, Issue 2, 2018.
- 10 F. G. FLEISCHNER. Atypical arrangement of free pleural effusion. Radiologic Clinics of North America. 1963; (1): 347-62.
- 11 P. STARK AND A. LEUNG. Effects of lobar atelectasis on the distribution of pleural effusion and pneumothorax. Journal of Thracic Imaging. 1996; 11 (2): 145-9.
- 12 SANTANA B et al. Tumor fantasma de pulmão. Revista Associação Médica Brasileira. Elsevier editora. Rio de Janeiro/RJ. 2012.
