



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

revista@aborlccf.org.br

Associação Brasileira de
Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-
Facial
Brasil

Molinari Nardi, Carlos Eduardo; Bandini Vieira, Victor; Pfuetzenreiter Jr., Elio Gilberto;
Aparecido Dedivitis, Rogério
Hemangiopericitoma de língua

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 78, núm. 2, marzo-abril, 2012, p. 136
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437919024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Hemangiopericytoma of the tongue

Hemangiopericitoma de língua

Carlos Eduardo Molinari Nardi¹, Victor Bandini Vieira², Elio Gilberto Pfuetzenreiter Jr.³, Rogério Aparecido Deditivis⁴

Keywords: hemangiopericytoma, immunohistochemistry, tongue neoplasms.

Palavras-chave: hemangiopericitoma, imunoistoquímica, neoplasias da língua.

INTRODUÇÃO

Hemangiopericitoma é um tipo raro de tumor, sendo primeiramente descrito em 1942 por Stout & Murray^{1,2}. Acredita-se que o hemangiopericitoma é originado de células vasculares denominadas pericitos de Zimmerman. Esses pericitos são encontrados por todo o corpo espiralado que envolve capilares e vênulas pós-capilares³. Há uma predileção pelo sistema músculo-esquelético⁴. Representa cerca de 1% de todos os tumores vasculares², ocorrendo geralmente em adultos⁴. Clinicamente, acomete qualquer idade, tendo maior incidência entre a terceira e sexta décadas, sem predileção por gênero. Usualmente cursa com crescimento lento e indolor². Descrevemos o caso de um paciente de 34 anos apresentando este tumor localizado na cavidade oral.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 34 anos, apresentando lesão em rebordo lingual direito de aparecimento havia dois meses, com crescimento lento e progressivo (Figura 1). Havia sido previamente tratado, em outro serviço, com Cefalexina, por sete dias, sem melhora. Optou-se por biópsia excisional, sendo realizada a ressecção completa da lesão, que estava bem delimitada no ato cirúrgico. Ao exame macroscópico, observava-se massa amorfada de consistência gelatinosa, coloração branca opaca com áreas marrom escuro. À microscopia, notou-se estrutura nodular ulcerada constituída de células fusiformes dispostas em feixe com núcleos uniformes e baixa atividade mitótica. Havia áreas com proliferação de vasos sanguíneos. A imunohistoquímica mostrou reação positiva aos marcadores CD34, actina e fator VIII, fechando diagnóstico de hemangiopericitoma. As margens macro e microscópicas estavam livres, razão pela qual não foi indicada



Figura 1. Massa tumoral em borda lingual direita.

radioterapia adjuvante. O paciente não apresentou evidência de doença após 18 meses de seguimento.

DISCUSSÃO

O hemangiopericitoma é incomum na região da cabeça e pescoço². Stout & Murray (1942) descreveram 691 casos de tumores vasculares, e apenas nove destes foram hemangiopericitoma¹. Desde então, aproximadamente 300 casos de hemangiopericitoma têm sido descritos, principalmente no tronco e extremidades inferiores². Somente 15% a 30% desses tumores são encontrados na topografia da cabeça e pescoço³. Nesta localização, afeta principalmente os tecidos moles em torno da cavidade oral, trato sinusal e meninges e, mais raramente, a órbita, glândula parótida, base do crânio e osso temporal².

Características angiográficas podem ajudar na diferenciação entre hemangiopericitomas e outros tipos de tumores hiper-vascularizados. Exames de imagem, como radiografia, tomografia e angiografia, não são específicos. A ressonância magnética revela uma massa sólida com contraste isodeno em T1². Enzinger relatou as seguintes características que são compatíveis com um tumor de alto grau: atipia nuclear, necrose, hemangioma, a presença de mais de quatro mitoses por campo microscópico e tamanho maior que 6,5 cm².

O diagnóstico diferencial de tumores altamente vascularizados em cabeça e pescoço é um desafio, especialmente devido à dificuldade na diferenciação de hemangiopericitomas de outros tumores que têm vascularização proeminente². A diferenciação do hemangiopericitoma com o tumor fibroso solitário é complicada devido à sua morfologia marcante e similar imunohistoquímica. A positividade para os抗ígenos CD-99 e bCl-2 assemelha-se ao tumor fibroso solitário, porém, o CD-34 varia sua reação e mostra-se inconstantemente positivo para o hemangiopericitoma⁵.

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica completa da lesão. Radioterapia adjuvante e quimioterapia podem ser indicadas nos casos em que tenha sido executada apenas a ressecção parcial².

Recidivas e metástases à distância são raras em pacientes tratados com excisão cirúrgica completa, porém, a maioria dos pacientes que apresentou metástases ou recidivas foi diagnosticada após mais de 40 meses de acompanhamento, sugerindo que o acompanhamento pós-operatório para todos os pacientes seja prolongado³.

REFERÊNCIAS

1. Stout AP, Murray MR. Hemangiopericytoma: a vascular tumor featuring Zimmerman's pericytes. Ann Surg. 1942;116(1):26-33.
2. Carvalho JR, Haddad L, Leonhardt FD, Filho MFM, Santos RO, Cervantes O, et al. Hemangiopericitoma maligno de cabeça e pescoço em uma criança: relato de caso. São Paulo Med J. 2004;122(5):223-6.
3. Prado FAP, Romano FR, Voegels RL, Butugan O. Hemangiopericitoma de seio esfenoidal. Arq Otorrinolaringol. 2004;8(3):284-8.
4. Alabdulhadi K, Burezq H, Nguyen VH, Bernard C, Manoukian JJ. Extensive tongue hemangiopericytoma in a child: modified combined modality of treatment to preserve well functioning tongue. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2004;68(2):211-9.
5. Alawi F, Stratton D, Freedman PD. Solitary fibrous tumor of the oral soft tissues. Am J Surg Pathol. 2001;25(7):900-10.

¹ Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa, Santos - SP, Brasil.

² Acadêmico de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos.

³ Mestre em Ciências da Saúde pelo Curso de Pós-graduação do Hospital Heliópolis HOSPEL, São Paulo - SP. (Professor de Cirurgia da Fundação Lusíada UNILUS, Santos - SP. Assistente dos Serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa e da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos).

⁴ Professor Livre Docente pela Fundação Lusíada UNILUS (Médico).

Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Ana Costa, Santos - SP, Brasil.

Endereço para correspondência: Rogério A. Deditivis, Rua Olinto Rodrigues Dantas, 343, conjunto 92, Santos, SP. CEP: 11050-220.

E-mail: deditivis.hns@uol.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 9 de janeiro de 2011. Cod. 7505.

Artigo aceito em 10 de março de 2011.