

Tumor Glômico em Região Traqueal: Relato de Caso

Leonardo Rodrigues Fusco de Souza ^{1,*}

¹ Departamento de Cirurgia Torácica, Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Brasília, DF, Brasil.

* Correspondência: leonardo_rodrigues_00@hotmail.com.

Resumo: Relatar um caso raro de tumor glômico em traqueia mediastinal. Homem de 53 anos com quadro de estenose traqueal, onde foi submetido a procedimentos invasivos até descoberta de lesão traqueal benigna na forma de tumor glômico, sendo realizado diagnóstico através de broncoscopia e tomografia de torax, e fora submetido ao tratamento cirúrgico, uma broncoscopia com crioblação e após recidiva do quadro optado por realizar uma traqueoplastia mediastinal. Além da raridade deste tipo de lesão traqueal, achamos importante o seu relato, pois a lembrança de tumor glômico em lesões benignas, ajudará a comunidade médica afeita ao tratamento desta afecção, na sua correta conduta terapêutica desta patologia cirúrgica.

Palavras-chave: Tumor Glômico; Tumor de Traqueia; Traqueoplastia Mediastinal.

Citação: Souza LRF. Tumor Glômico em Região Traqueal: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr28.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr28>

Recebido: 9 Setembro 2024

Aceito: 6 Outubro 2024

Publicado: 17 Outubro 2024



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Tumores glômicos são tumores perivasculares, tendo como principal sítio a região ungueal, embora também possam estar presentes na mão, punho, antebraço e pé, e menos frequentemente na parede torácica, osso, estômago, cólon, nervos, nariz, traqueia e mediastino [1]. São tumores perivasculares cujas células se assemelham a células musculares lisas modificadas do corpo glômico [2]. No contexto de tumor glômico na traqueia, eles podem estar distribuídos ao longo de toda a traqueia, no entanto, são habitualmente mais localizados no terço inferior da traqueia, com lesões na parede posterior traqueal. A maioria é endoluminal, mas há relatos de casos extratraqueais [3].

As manifestações clínicas dos tumores glômicos na traqueia dependem da localização, do tamanho da lesão e de quanto a lesão oclui o diâmetro da traqueia. Casos mais leves podem apresentar tosse e dispneia, sendo facilmente confundidos com o diagnóstico de asma, enquanto casos mais graves podem incluir hemoptise e estridor devido à obstrução do fluxo de ar, fatos que demandam uma investigação mais detalhada [4]. Também estão associados a quadros de pneumonia, devido ao acúmulo de secreção na árvore traqueobrônquica [5].

Os tumores traqueais são extremamente raros, representando 0,3% de todos os tumores [4]. Apenas 10 a 20% dos tumores primários da traqueia são benignos, incluindo o tumor glômico. A maioria tem origem mesenquimatosa, sendo que cerca de 50% ocorrem no terço inferior da traqueia e 25% no terço médio e superior. São pediculados, ao contrário dos tumores malignos. Os papilomas de células escamosas são os mais comuns, entrando no diagnóstico diferencial junto com tumores malignos, como o carcinoma de células escamosas, que é o tumor mais comum encontrado na traqueia [6].

Neste artigo, apresentamos um caso de tumor glômico na traqueia, destacando seus sintomas, os meios para o diagnóstico adequado e o tratamento correto.

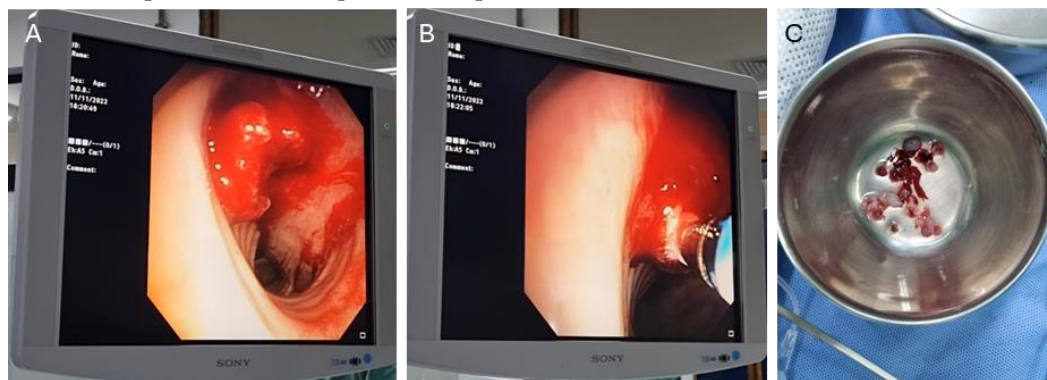
2. Relato de Caso

Homem, branco, 53 anos, compareceu ao Pronto Socorro do Hospital de Base do Distrito Federal devido à presença de dispneia aos esforços moderados. Durante o exame físico, constatou-se estado geral regular, anictérico, acianótico, afebril, avaliação cardíaca sem alterações, com presença de leve estridor, taquipneico (FR em torno de 22 IRPM e SatO₂ de 92%), abdome sem alterações, membros inferiores sem edemas, e exames laboratoriais sem achados dignos de nota. Durante a anamnese, o paciente relatou ser portador de hipertensão arterial sistêmica, em uso de captopril, e doença do refluxo gastroesofágico, em uso diário de omeprazol. Negava etilismo, tabagismo e cirurgias prévias. Relatou ainda um pigarro excessivo, com sensação de algo preso na traqueia há aproximadamente 3 meses, que vinha piorando.

Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax durante a admissão do paciente na emergência, que revelou espessamento parietal da parede póstero-lateral direita da traqueia torácica superior, a cerca de 5,4 cm da carina, comprometendo a túnica adventícia. Além disso, observou-se um componente polipoide projetando-se para o interior da luz traqueal, determinando uma redução luminal de cerca de 50%, com extensão da lesão de 1,6 cm.

Após esse achado na TC, optou-se por realizar broncoscopia com proposta de crioterapia para ressecção tumoral, a fim de aliviar os sintomas e obter um diagnóstico da lesão vegetante evidenciada na tomografia. Foi realizada biópsia incisional, com envio de material para análise patológica e imuno-histoquímica da lesão, além de redução da área de obstrução luminal, o que melhorou os sintomas do paciente.

Figura 1. A. Presença da lesão endotraqueal. B. Realizada biópsia por crioterapia C. Produto de biópsias realizadas por crioterapia.

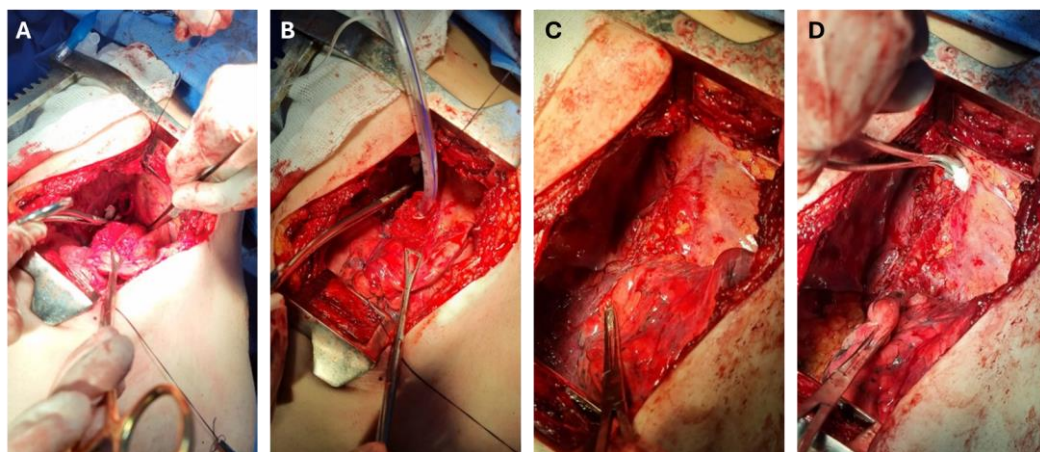


Através das imagens, observamos a presença da lesão sangrante próxima à carina (Figura 1A). Na Figura 1B, vemos a realização da crioterapia para ressecção da lesão, e na Figura 1C, o material retirado pela crioterapia, que foi enviado para análise patológica e realização de imuno-histoquímica. O paciente permaneceu internado por mais um dia para controle hematimétrico e avaliação da melhora dos sintomas respiratórios no pós-operatório, recebendo alta no segundo dia, com encaminhamento para acompanhamento no ambulatório de cirurgia torácica. Na consulta ambulatorial pós-cirúrgica, a imuno-histoquímica confirmou que a lesão era um tumor glômico. Em tomografias de controle no ambulatório, observou-se que, mesmo após o procedimento, a lesão apresentava crescimento. O último laudo indicava sinais de ressecção parcial da lesão situada na parede póstero-lateral direita da traqueia torácica, com parte do componente posterior ainda presente, medindo cerca de 1,8 x 0,8 cm.

Foi realizado tratamento cirúrgico da lesão em 02/10/2023, aproximadamente um ano após a primeira broncoscopia com crioterapia. O procedimento consistiu em uma

traqueoplastia mediastinal, com toracotomia póstero-lateral direita de aproximadamente 10 cm. Toda a pleura mediastinal foi aberta, e a veia ázigos foi ligada para melhor exposição da traqueia. Ressecaram-se 1,5 cm de comprimento da traqueia, com margens livres de doença. A sutura traqueal foi realizada com pontos separados de PDS 3.0, e um dreno torácico número 30 foi inserido para vigilância de possível fístula traqueal. Alguns passos da cirurgia foram registrados na figura 2. Após o procedimento, o paciente permaneceu internado por mais 7 dias, recebendo alta hospitalar e sendo encaminhado para o acompanhamento ambulatorial.

Figura 2. A. Margem proximal da lesão B. Margem distal da lesão com um tubo utilizado para a ventilação do paciente C. Pós realização de traqueoplastia mediastinal D. Resultado final da cirurgia.



3. Discussão

Os tumores glômicos são incomuns, representando apenas 2% dos tumores de tecidos moles. Geralmente, são encontrados nos dedos, mãos e pés. No entanto, um local de acometimento mais raro são as vias aéreas, tanto superiores quanto inferiores, e até mesmo o pulmão [7]. Os glomos são responsáveis por controlar a temperatura corporal na superfície da pele [8]. Os tumores glômicos são tumores mesenquimais, que se acredita estarem relacionados às células musculares lisas [7].

No que diz respeito aos tumores traqueais, são extremamente raros, apresentando uma taxa de incidência de 0,2 por 100.000 habitantes, sendo cerca de 180 vezes mais raros que os cânceres de pulmão [4]. Esses tumores podem estar distribuídos por toda a traqueia, mas, geralmente, estão localizados no terço inferior da traqueia, com lesões na parede posterior traqueal. A maioria é endoluminal, embora haja relatos de casos extratraqueais [3]. Seus sintomas podem mimetizar um quadro asmático, levando a diagnósticos errôneos até estágios mais graves. Os sintomas mais comuns são tosse e dispneia (dependendo do grau de comprometimento da luz traqueal), além de estridor, o que pode ser facilmente confundido com outras patologias pulmonares, como asma e traqueobronquite crônica [6].

As situações em que os tumores da traqueia mimetizam asma incluem: (1) melhora de curta duração com tratamento à base de corticoides orais (devido à redução do edema que envolve o tumor); (2) tumores pediculados podem exercer um efeito de válvula (ball-valve), causando hiperinsuflação pulmonar [6]. Tosse e expectoração são comuns devido ao acúmulo de secreção endotraqueal causado pela obstrução do tumor, o que provoca um grande turbilhonamento do ar na traqueia, predispondo à ocorrência de hemoptises, que ocorrem em cerca de 30% dos casos e podem causar obstrução das vias aéreas por coágulos, representando risco de vida para o paciente [6].

Os principais diagnósticos diferenciais incluem, além do tumor carcinoide, mencionado anteriormente, os paragangliomas e hemangiomas, sendo necessária a diferenciação por meio de exame anatomopatológico e imuno-histoquímico da peça [9]. Podemos classificar os tumores traqueais em benignos e malignos, com origem nas células epiteliais, glândulas traqueais e células mesenquimais [4]. Como métodos de diagnóstico para essa patologia, utilizam-se a tomografia de tórax com contraste endovenoso para avaliar a lesão traqueal, bem como sua localização, tamanho, se há invasão tecidual e a presença ou não de metástase pulmonar. Dependendo da localização e do tamanho do tumor, a espirometria pode variar de normal a um padrão restritivo leve. Após a avaliação do tumor traqueal, é necessário realizar uma broncoscopia, que é o único método capaz de confirmar o diagnóstico de forma segura, permitindo localizar a lesão e avaliar sua extensão [7].

Em termos de tratamento, a cirurgia é a primeira escolha, seja por meio de traqueoplastia mediastinal ou por tratamento endoluminal. Se a traqueoplastia mediastinal for escolhida, há a possibilidade de retirada dos anéis traqueais acometidos pela doença, seguida de anastomose primária. No caso do tratamento endoluminal, em que a lesão se encontra restrita, sem acometimento da parede traqueal, pode ser uma opção para pacientes que não desejam um procedimento mais invasivo ou que apresentam alto risco cirúrgico [10]. Dos 31 casos descritos na literatura, a maioria foi submetida à ressecção cirúrgica seguida de reconstrução, com apenas nove pacientes recebendo ressecção endoscópica combinada com ablação a laser [10].

4. Conclusão

Os tumores glômicos, embora raros, representam uma importante consideração no diagnóstico diferencial de lesões traqueais, especialmente em pacientes com sintomas respiratórios persistentes, como tosse, dispneia e estridor. O caso clínico apresentado ilustra como a avaliação cuidadosa e a investigação adequada são fundamentais para o diagnóstico correto e o manejo eficaz dessa condição. A confirmação através de biópsia, aliada ao tratamento cirúrgico, demonstrou ser uma abordagem eficaz, permitindo não apenas a remoção do tumor, mas também a melhoria significativa na qualidade de vida do paciente. A literatura aponta que, apesar de serem predominantemente benignos, a identificação e o tratamento precoce de tumores glômicos são cruciais para evitar complicações graves e garantir um bom prognóstico. Assim, é essencial que profissionais de saúde estejam cientes das manifestações e da importância de um diagnóstico preciso para otimizar o cuidado ao paciente.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o paciente aprovou o estudo assinando o termo de consentimento informado e que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Não se aplica.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. St Louis, MO: CV Mosby; 1995. p. 701-713.
2. Masson P. Le glomus neuromyoartériel des régions tactiles et ses tumeurs. Lyon Chir. 1924;21:257-261.
3. Sakr L, Palaniappan R, Payan M, et al. Tracheal glomus tumor: a multidisciplinary approach to management. Respir Care. 2011;56(3):342-346.
4. Gibson GJ, Geddes DM, Costabel U, Sterk PJ, Corrin B. Respiratory medicine. 3rd ed. Vol. 2. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 1056-63.
5. Masoum SH, Jafarian AH, Attar AR, Attaran D, Afghani R, Noghabi AJ. Glomus tumor of the trachea. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2015;23(3):325-327.
6. Caiado A, Sá JM. Revisão dos tumores da traqueia – A propósito de um caso clínico de tumor adenóide cístico. Rev Port Pneumol. 2008;14(4):527-534.

7. Norder E, Kynnyk J, Schmitt AC, Gauhar U, Islam S. Glomus tumor of the trachea. *J Bronchol Interv Pulmonol*. 2012;19(3):220-223. doi: 10.1097/LBR.0b013e31825ceef8.
8. Wang C, Ma Y, Zhao X, et al. Glomus tumors of the trachea: 2 case reports and a review of the literature. *J Thorac Dis*. 2017;9(9). doi: 10.21037/jtd.2017.08.54. PMID: 29221350; PMCID: PMC5708514.
9. Mojaverian A, Ost D. Tracheobronchial glomus tumor: case report and review of the literature. *J Bronchol*. 2004;11(3):188-193.
10. Wu HH, Jao YT, Wu MH. Glomus tumor of the trachea managed by spiral tracheoplasty. *Am J Case Rep*. 2014;15:459-465.