



Implante tumoral por agulha após biópsia pulmonar percutânea

Leonardo Guedes Moreira Valle¹, Rafael Dahmer Rocha¹,
Guilherme Falleiros Mendes¹, José Ernesto Succ², Juliano Ribeiro de Andrade¹

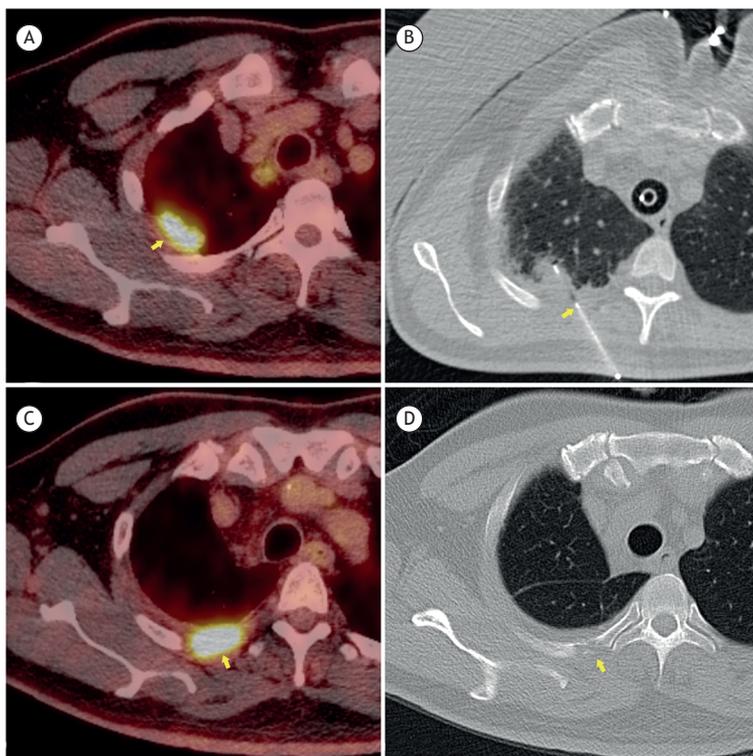


Figura 1. Nódulo em ápice pulmonar direito e biópsia percutânea do mesmo: em A, tomografia por emissão de pósitrons (PET, do inglês *positron emission tomography*) com TC (PET-TC) mostrando o nódulo (seta); em B, TC mostrando o ponto de inserção da agulha coaxial (seta); em C, PET-TC após 6 meses de acompanhamento, mostrando massa em partes moles ávida por ¹⁸F fluorodesoxiglicose; e em D; TC após 6 meses de acompanhamento, mostrando erosão óssea em região posterior do terceiro arco costal (seta).

Um paciente de 56 anos de idade foi submetido a biópsia percutânea de um nódulo em ápice pulmonar direito (Figura 1A). A ponta de uma agulha coaxial de 19 gauge foi posicionada na parede torácica posterior (Figura 1B), e seis amostras da lesão foram obtidas com uma agulha coaxial de 20 gauge. A análise patológica revelou carcinoma de células escamosas. Utilizando uma abordagem anterior, realizamos lobectomia superior direita com margens livres de tumor. Aos 6 meses de acompanhamento, a tomografia por emissão de pósitrons de tórax mostrou uma massa em partes moles ávida por ¹⁸F fluorodesoxiglicose (Figura 1C) no espaço intercostal T3-T4, no trajeto da biópsia, assim como erosão óssea em região posterior do terceiro arco costal (Figura 1D), sugerindo implante tumoral. Posteriormente, a TC de

tórax, realizada dois meses depois, confirmou a progressão da doença local. Foi realizada então uma ressecção em bloco com margens pleurais livres de doença, e a análise patológica confirmou implante tumoral em trajeto de biópsia.

O implante tumoral em trajeto de biópsia é extremamente raro. Certos fatores, como a utilização de agulhas de corte de grosso calibre e tumor do tipo adenocarcinoma, aumentam o risco dessa disseminação de células tumorais.

LEITURA RECOMENDADA

Kim JH, Kim YT, Lim HK, Kim YH, Sung SW. Management for chest wall implantation of non-small cell lung cancer after fine-needle aspiration biopsy; Eur J Cardiothorac Surg. 2003;23(5):828-32. [http://dx.doi.org/10.1016/S1010-7940\(03\)00095-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1010-7940(03)00095-2)

1. Departamento de Radiologia Intervencionista, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo (SP) Brasil.
2. Departamento de Cirurgia Torácica, Hospital Israelita Albert Einstein, Albert Einstein, São Paulo (SP) Brasil.