doi: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v105i6(ed.esp.)e-242873 Rev Med (São Paulo). 2025 nov.-dez.(6 ed.esp.):e-242873.

Carta ao Editor

Caso raro de Timoma recidivado com invasão da coluna toracolombar

Giovanni Scorzoni Paro[1], Matheus Augusto Maciel Santiago[2], Italo Gerardo Rotondo[3], Douglas Kenji Narazaki[4]

Paro GS, Santiago MAM, Rotondo IG, Narazaki DK. Caso raro de Timoma recidivado com invasão da coluna toracolombar. Rev Med (São Paulo). 2025 nov.-dez.(6 ed.esp.):e-242873.

O timoma é um tumor epitelial do timo cuja taxa de recidiva varia amplamente, mesmo após ressecção completa, entre 5 a 50%. Metástase e disseminação pleuropulmonares são incomuns, mas descritas na literatura em aproximadamente 5% dos pacientes[1]. A ressecção cirúrgica completa com margens livres incluindo casos avançados ou recorrentes é o tratamento de escolha, conforme diretrizes atuais[1].

Apresenta-se o caso de uma paciente de 73 anos com quadro de dor lombar crônica há cinco meses, caracterizada por caráter contínuo e progressivo, sem irradiação, exacerbada com a movimentação e importante piora durante o período noturno, resultando em significativo impacto nas atividades de vida diária. O quadro álgico associava-se a manifestações sistêmicas, incluindo febre intermitente, tosse seca e desconforto respiratório, com negativa de sintomas sugestivos de miastenia gravis, condição paraneoplásica que afeta até 40% dos pacientes com timoma[3]. Os antecedentes pessoais revelaram história oncológica relevante: diagnóstico prévio para Timoma em 2013 e recidiva em base pulmonar direita em 2022, ambos tratados mediante ressecção completa, com margem livre e radioterapia adjuvante. No exame físico, a paciente apresentava dor à palpação da região tóraco-lombar, sem déficits motores ou sensitivos identificados, tampouco alterações esfincterianas, classificando o status neurológico como Frankel E. Diante do cenário clínico, em especial a natureza da dor e o histórico de neoplasia prévia em sítio próximo ao da sintomatologia atual, a hipótese diagnóstica de nova recidiva em base pulmonar direita se impõe como principal e urgente necessidade de investigação.

Ao exame de ressonância nuclear magnética, a confirmação da hipótese de recidiva em base pulmonar direita foi confirmada. A lesão acometia pulmão, pleura e pilar diafragmático direitos e apresentava notável proximidade com as vértebras T11 e T12, caprichosamente poupando-as e invadindo o forame intervertebral entre T11-T12 e acometendo o XI nervo espinal. Este aspecto imediatamente paravertebral da lesão implicava, para garantia da margem cirúrgica livre, a necessidade de incluir a ressecção de parte das coluna vertebral, apesar destas estarem absolutamente sadias segundo o exame de imagem.

A paciente foi tratada com ressecção completa por costotransversectomia associada a osteotomia sagital de T11 e T12, com a retirada em bloco da peça cirúrgica e posterior artrodese de T9 a L2. Em tomografia computadorizada de controle após 3 meses observava-se ausência de sinais de recidiva e instrumentação vertebral adequada, com bom posicionamento dos parafusos pediculares, refletindo em sintomatologia ausente e funcionalidade preservada. O exame anatomopatológico confirmou margens claras, livres de neoplasia.

Em virtude da raridade dos timomas e à incomum ocorrência de metástase, não existem estudos clínicos randomizados ou séries robustas que comparem rotineiramente a inclusão da coluna vertebral, quando necessário, na ressecção para

1. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, SP. Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-8090-1379
2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, São Paulo, SP. Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-9735-1487
3. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP. Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5075-7827
4. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP. Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7895-4830

Endereço para correspondência: Giovanni Scorzoni Paro, Rua Oscar Freire 1967, São Paulo, São Paulo. Brasil. CEP: 05409-011

garantia de margem cirúrgica livre. Essa escassez de evidência cria uma lacuna clínica significativa quanto à estratégia ideal para equilíbrio entre controle oncológico e preservação funcional, especialmente quando a coluna vertebral não apresenta lesão óssea franca nas imagens.

Galeno, anatomista grego do século II d.C., já enfatizava a importância de obter margens cirúrgicas adequadas ao tratar o que então se entendia por câncer, observando que "o câncer pode infiltrar tecido adjacente além do que o olho nu vê"[3]. Hoje, a ressecção cirúrgica completa com margens livres permanece o padrão quando viável para o tratamento do timoma, independente do grau de evolução ou padrão de acometimento. No entanto, é preciso ponderar e melhor estudar casos como este, no qual a preservação da margem livre implica abordagem da coluna vertebral sadia.

Este relato, sendo singular e observacional, tem limitações inerentes: amostra única, ausência de grupo controle e risco de vieses de seleção e publicação, portanto permite apenas inferências descritivas. Ainda assim, demonstra que a ressecção em bloco incluindo o componente vertebral sadio alcança controle da doença, melhora dos sintomas clínicos e funcionalidade. A decisão de sacrificar tecido vertebral presumivelmente íntegro deve ser individualizada e discutida em contexto multidisciplinar, pesando risco oncológico, morbidade cirúrgica e qualidade de vida. Estudos prospectivos, registros multicêntricos e análises de séries longas são necessários para definir critérios que orientem quando a extensão vertebral é justificável para garantia de margens livres.

REFERÊNCIAS

1. Luo T, Zhao H, Zhou X. The clinical features, diagnosis and management of recurrent thymoma. J Cardiothorac Surg. 2016;11(1):140. Doi: https://doi.org/10.1186/s13019-016-0533-9
2. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Thymomas and Thymic Carcinomas. Version 2.2025. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/thymic.pdf
3. Pêgo-Fernandes PM, Ebaid GX, Galizia MS, Marchiori P, Suso FV, Jatene FB. Timoma: discussão sobre tratamento e prognóstico. J Pneumol. 2001;27(6):320-7. Doi: https://doi.org/10.1590/S0102-35862001000600001
4. Ferrari M, Montalto N, Piero N. Novel Approaches in Surgical Management: How to Assess Surgical Margins. In: Critical Issues in Head and Neck Oncology. Springer, Cham. 2021. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-63234-2_7.