

Tumor carcinóide: broncotomia como alternativa técnica*

PAULO M. PÊGO FERNANDES¹, LUÍS GUSTAVO S.I. CASTILHO², MARCELO G. GREGÓRIO³, FABIO B. JATENE⁴

Geralmente, o tratamento para tumores carcinóides típicos em brônquio é a ressecção pulmonar econômica, com ou sem broncoplastia. Este é um relato de caso de uma paciente com tumor carcinóide típico no brônquio lobar inferior esquerdo, junto à carina lobar. Foi realizada broncotomia longitudinal, ressecção do tumor e sutura do brônquio, preservando o parênquima pulmonar. A paciente evoluiu bem e apresenta três anos de pós-operatório sem evidências de recidiva da doença nas broncoscopias de controle.

(J Pneumol 1999;25(4):225-228)

Carcinoid tumor: bronchotomy as a technical alternative

The treatment of typical carcinoid tumors in bronchus is usually done by a small pulmonary resection with or without bronchoplasty. The authors report the case of a patient with typical carcinoid tumor in the left lower lobar bronchus, next to the lobar carina. They performed a longitudinal bronchotomy, tumor resection, and suture of the bronchus, preserving the lung tissue. The patient is currently well, three years after surgery, without any evidence of recurrence in the bronchoscopic control.

Descritores – Tumor carcinóide de brônquio. Broncoplastia. Broncotomia. Parênquima pulmonar. Cirurgia.

Key words – Bronchial carcinoid tumor. Bronchoplasty. Bronchotomy. Lung tissue. Surgery.

INTRODUÇÃO

Os tumores carcinóides representam 0,5 a 5% de todos os tumores do pulmão^(1,2).

A história clínica desse tumor é arrastada e está relacionada ao crescimento intraluminal da neoplasia, sua capacidade de produzir metástases e possibilidade de elaborar aminas vasoativas.

Os tumores carcinóides típicos perfazem 90% de todos os tumores carcinóides. Seu diagnóstico é feito pela clínica, radiologia, laboratório e broncoscopia.

O tratamento ideal é a ressecção do tumor, endoscópica ou cirúrgica, sendo as lobectomias, acompanhadas ou não de broncoplastias, o procedimento mais frequentemente realizado.

Em geral, a sobrevida de cinco anos para os tumores carcinóides típicos é acima de 50%.

Neste relato de caso vai ser demonstrado um procedimento cirúrgico que visa à preservação do parênquima pulmonar, com acompanhamento até o presente momento sem recidivas da neoplasia.

RELATO DO CASO

Este é um relato de caso sobre uma paciente de 31 anos de idade referindo história de tosse, hipertermia e dor em hemitórax esquerdo havia um mês.

Não apresentava antecedentes importantes, negando tabagismo e etilismo.

Ao exame físico não apresentava outras alterações, excetuando a diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda.

A radiografia de tórax mostrava atelectasia de lobo inferior esquerdo.

A tomografia computadorizada do tórax apresentava atelectasia de lobo inferior esquerdo à custa de lesão neoplásica que obstruiu o óstio do brônquio lobar inferior esquerdo e se estendeu à carina secundária que separa este brônquio do brônquio lobar superior esquerdo.

À broncoscopia, a lesão era de coloração violácea, bastante freqüente nos tumores carcinóides típicos. A biópsia

* Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

1. Médico Assistente Doutor da Disciplina de Cirurgia Torácica.
2. Acadêmico do 6º ano de Medicina da Universidade de Taubaté.
3. Médico Assistente da Endoscopia da Santa Casa de São Paulo.
4. Professor Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Torácica.

Endereço para correspondência – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas – Divisão Cirúrgica – 2º andar, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 – 05403-900 – São Paulo, SP. Tel/fax (011) 3069-5248.

Recebido para publicação em 20/3/99. Reapresentado em 5/5/99. Aprovado, após revisão, em 17/5/99.

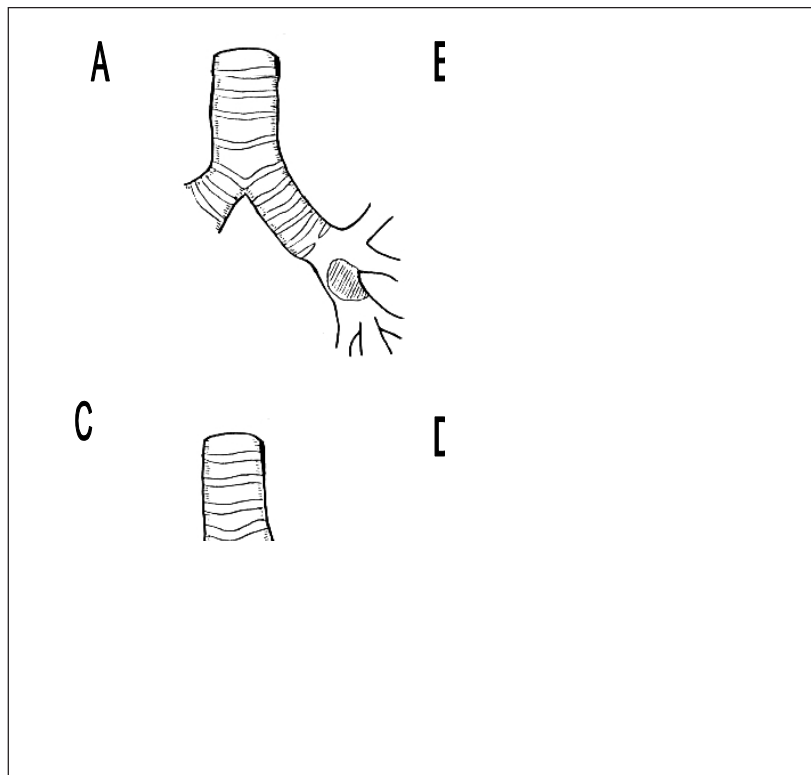


Figura 1 - Ilustração da técnica operatória: A) localização do tumor; B) broncotomia longitudinal; C) ressecção do tumor; D) sutura do brônquio.

dessa lesão mostrou tumor carcinóide em parede brônquica. Houve grande sangramento, sendo interrompido o exame.

Foi então indicada a cirurgia. A paciente foi submetida a toracotomia póstero-lateral esquerda, sendo dissecada a árvore brônquica esquerda. A broncoplastia seria de difícil execução por estar junto à bifurcação brônquica, sendo talvez necessário realizar pneumectomia.

Realizada broncotomia com incisão longitudinal, identificando tumoração intraluminal de 3cm. À sua mobilização ocorreu saída de grande quantidade de pus. Ressecou-se o tumor, fez-se a cauterização do local de implante do mesmo, no intuito de diminuir a probabilidade de recidiva, e sutura do brônquio (Figura 1). Optou-se pela manutenção do mesmo, devido à boa expansão do lobo inferior esquerdo. Ainda foi realizada uma proteção da broncotomia, com um retalho de pleura parietal.

A paciente evoluiu bem, sem sinais de infecção respiratória, sendo extubada no pós-operatório imediato com alta da unidade de terapia intensiva (UTI) em 24 horas com boa expansão pulmonar. Recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório.

A patologia confirmou tumor carcinóide típico.

Hoje encontra-se com três anos de pós-operatório, assintomática, e não apresenta recidiva da doença nas broncoscópias de controle, realizadas semestralmente.

DISCUSSÃO

Os tumores carcinóides perfazem de 1 a 5% de todos os tumores do pulmão⁽¹⁾; outros autores relatam de 0,5 a 1%⁽²⁾. Representam 85 a 90% dos chamados carcinomas de baixa malignidade e em 90% dos casos atingem pacientes com menos de 55 anos, como nossa paciente, podendo incluir crianças e idosos, sem preferência de sexo⁽³⁾. Alguns trabalhos mostram a média de idade dos pacientes entre 43 e 47 anos^(4,5). Não existe nenhuma relação com o fumo ou fatores ambientais⁽¹⁾, o que se mostrou verdadeiro em nosso caso, pois a paciente nega tabagismo.

Ainda não se definiu o fator causal para os tumores carcinóides; contudo, sua patogenia é melhor entendida através de estudos que mostram a origem neural do tumor, de células do sistema APUD (*Amine Precursor Uptake Decarboxylase*), sendo estas responsáveis pela secreção de polipeptídeos hormonalmente ativos^(3,6).

A história clínica desse tumor é arrastada, variando em média de 17 a 42 meses^(3,7), sendo esta relacionada ao crescimento intraluminal da neoplasia, sua capacidade de produzir metástases e possibilidade de elaborar aminas vasoativas⁽¹⁾.

Entre os sintomas mais comuns estão a tosse, dor torácica, como no caso descrito, além de hemoptise e infecções respiratórias de repetição; isso nos tumores brônquicos cen-

trais^(2,5), sendo os tumores brônquicos periféricos em geral assintomáticos e, na maioria das vezes, representam um achado radiológico^(1-3,6,8).

Estudos por microscopia eletrônica têm demonstrado a semelhança celular entre os tumores carcinóides e os carcinomas avencelulares (*oat-cell*) do pulmão, ou carcinoma de células pequenas^(3,5,6,9,10). Por esse motivo, alguns autores têm recomendado estudo mais aprofundado no sentido de estabelecer uma classificação mais precisa dessa neoplasia, pois o termo tumor carcinóide nem sempre reflete a benignidade ou malignidade do tumor⁽⁹⁾.

Dessa forma, as melhores classificações na literatura colocam o tumor de acordo com suas características anatomopatológicas e aspectos biológicos em: tipo I – carcinóide típico (diagnosticado no caso de nossa paciente); tipo II – carcinóide atípico; tipo III – carcinoma de células pequenas; Warren (1985) ainda divide o tipo III em dois grupos: tipo III – carcinoma diferenciado de pequenas células e tipo IV – carcinoma indiferenciado de pequenas células^(3,10).

Os tumores carcinóides típicos perfazem 90% de todos tumores carcinóides.

O conceito de “tumor carcinóide atípico” não é definido a partir da presença de metástases ganglionares, mas por achados como: atividade mitótica aumentada, hiper cromatismo, aumento da celularidade, arquitetura desorganizada e áreas de necrose⁽³⁾.

Vinte e cinco por cento dos tumores carcinóides ocorrem na periferia, sendo estes em sua maioria assintomáticos e são diagnosticados pela presença de nodulosidade à radiografia de tórax. Setenta e cinco por cento ocorrem em brônquios de maior calibre, sendo relacionados aos sintomas de obstrução brônquica⁽⁷⁾, tendo como aspecto radiológico mais freqüente imagens correspondentes a atelectasias, como a encontrada em nosso caso. Freqüentemente, essas neoplasias acometem o pulmão direito (69%) e os lobos inferiores (41%).

O diagnóstico do tumor carcinóide é feito pela clínica, aspecto radiológico, exames laboratoriais à procura de aminas vasoativas, aspecto à broncoscopia, exame anatomopatológico de biópsia e até tomografia computadorizada^(2,6).

Alguns trabalhos mostram que o aspecto da lesão à broncoscopia é de cor rosa-violácea, liso e sangrante, da mesma forma que a endoscopia de nossa paciente mostrou; esse aspecto está presente em 71,4% dos tumores carcinóides típicos e em apenas 16,7% nos atípicos ($p < 0,05$)^(2,9). Por último, existe uma controvérsia sobre as biópsias pelo risco de hemorragias graves durante o procedimento, o qual é descrito como sendo mínimo quando usado broncoscópico rígido, pois este pode estancar facilmente uma hemorragia pela simples compressão⁽⁵⁾.

O tratamento ideal é a ressecção, endoscópica ou cirúrgica⁽²⁾. Atualmente, é em grande parte feito por ressecção endoscópica, tendo baixa mortalidade e morbidade. Contudo,

esse procedimento pode ser de difícil realização, pelo fato de ser um tumor altamente sangrante.

Outros tipos de tratamentos são descritos, como através de ressecções do parênquima pulmonar junto com o tumor através de lobectomias, que são as mais freqüentemente realizadas, ou pneumectomias, que são raras^(2,4,9,10), ambas acompanhadas ou não de traqueobroncoplastias^(5,7,11). Esses procedimentos são altamente agressivos, pois há perda do parênquima pulmonar. Alguns autores descrevem a retirada do seguimento do brônquio acometido e anastomose término-terminal dos cotos brônquicos⁽¹²⁾; existem ainda trabalhos indicando técnicas de ressecção através de endoscopia combinada a laser (*Yag-laser*)⁽¹³⁾. Por outro lado, existem descrições de desencadeamento de crise carcinóide e até mesmo de espasmo coronariano e parada cardíaca durante a manipulação broncoscópica desses tumores⁽¹⁴⁾.

Em geral, a sobrevida em cinco anos para os tumores carcinóides típicos é acima de 90%^(2,4,5,7,9-13), sendo alguns com sobrevida de até 100% em 15 anos⁽⁷⁾. Para pacientes com tumores carcinóides atípicos, a sobrevida em cinco anos pode variar de 66%⁽⁹⁾, menor que 60%⁽²⁾ e de 40%⁽¹⁰⁾. Para os carcinóides típicos, a radioterapia e quimioterapia se mostram sem necessidade, já que eles têm crescimento lento e com raras metástases⁽¹⁵⁾.

O prognóstico desses pacientes está diretamente relacionado com o diagnóstico histológico, localização do tumor, envolvimento ganglionar e tipo de conduta cirúrgica⁽⁴⁾, devendo sempre ser escolhida a técnica mais conservadora possível⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

Os tumores carcinóides típicos, apesar de serem infiltrativos localmente, têm excelente prognóstico. Seu diagnóstico precoce pode poupar a destruição de parênquima pulmonar.

O tratamento de escolha é a ressecção do tumor, ficando a critério do cirurgião decidir qual a técnica mais adequada caso a caso. Nunca se esquecer de que o objetivo é sempre a ressecção completa do tumor, para evitar recidivas, com preservação máxima do parênquima pulmonar. Dessa forma, a broncotomia com ressecção do tumor e cauterização da área de implante do tumor no brônquio, como foi realizada nesta paciente, pode ser uma alternativa técnica útil em casos selecionados, pois une a facilidade da técnica utilizada à conveniência de não realizar ressecções desnecessárias de parênquima pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. O sistema respiratório. In: Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Robbins, patologia estrutural e funcional. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1991;16:659.
2. Zamboni M. Tumor carcinóide. *Pulmão* 1998;7:159-160.

3. Camargo JJ. Tumores pulmonares menos freqüentes. In: Silva LCC. *Compêndio de pneumologia*. 2ª ed. São Paulo: Editora Fundo Editorial Byk, 1991;67:719-721.
4. Brandt B, Heintz SE, Rose EF, Ehrenhaft JL. Bronchial carcinoid tumors. *Ann Thorac Surg* 1984;38:63-65.
5. Hurt R, Bates M. Carcinoid tumours of the bronchus: a 33 year experience. *Thorax* 1984;39:617-623.
6. Schepens MA, Van Schil PE, Knaepen PJ, Van Swieten HA, Brutel de la Rivière A. Late results of sleeve resection for typical bronchial carcinoids. *Eur J Cardiothorac Surg* 1994;8:118-121.
7. Camargo JJ, Porto NS. Outras neoplasias do pulmão. In: Tarantino AB. *Doenças pulmonares*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1982;25:508-510.
8. Silveira IC. Tumores benignos do pulmão. In: Silveira IC. *O pulmão na prática médica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Médicas Ltda., 1985;36:352-353.
9. Rea F, Binda R, Spreafico G, et al. Bronchial carcinoids: a review of 60 patients. *Ann Thorac Surg* 1989;47:412-414.
10. Harpole Jr DH, Feldman JM, Buchanan S, Young WG, Wolfe WG. Bronchial carcinoid tumors: a retrospective analysis of 126 patients. *Ann Thorac Surg* 1992;54:50-55.
11. Simeonov A. A new variation of tracheobronchoplastic operation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994;107:29-31.
12. Kawahara K, Shiraishi T, Okabayashi K, et al. A new approach for bronchoplastic procedures in the treatment of bronchial carcinoid tumors. *Thorac Cardiovasc Surg* 1995;43:290-292.
13. Peersonne C, Colchen A, Leroy M, Vourc'h G, Toty L. Indications and technique for endoscopic laser resections in bronchology. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986;91:710-715.
14. Mehta AC, Rafanan AL, Bulkley R, Walsh M, DeBoer GE. Coronary spasm and cardiac arrest from carcinoid crisis during laser bronchoscopy. *Chest* 1999;115:598-600.
15. Johnson JE. Idiopathic hyperplasia of pulmonary neuroendocrine cells. *N Engl J Med* 1993;328:581-582.