

Tumor Carcinóide

Alexandre Pinto Cardoso 1
Wilza Claudia dos Anjos 2

1. Professor Adjunto da F. Medicina da UFRJ
- Chefe Serviço Pneumologia da HUCFF-
UFRJ

2. Residente R3 do HUCFF/UFRJ

Pulmão-RJ. Vol. 4 - nº 1; 55 a 57, 1994

Resumo:

Os tumores carcinóides atual denominação dos adenomas brônquicos, correspondem a 1-5% de todas as neoplasias pulmonares primárias, sendo seu comportamento maligno associado a invasão local, metastases. Relatamos um caso, em que a apresentação clínica relacionava-se ao crescimento infra-luminal de um tumor periférico com imagem endoscópica bastante sugestiva do diagnóstico histológico de um tumor carcinóide.

Palavra-chave: tumor carcinóide. Adenoma brônquico. Broncofibroscopia.

Introdução

Os tumores carcinóides correspondem aproximadamente 1-5% de todas as neoplasias pulmonares primárias; não tendo associação com o tabagismo ou exposição a outros carcinógenos. O presente relato de caso tem o objetivo de discutir as principais características patológicas, clínicas e radiológicas; ressaltando o papel da broncofibroscopia no diagnóstico deste tipo de neoplasia.

Relato de Caso

Homem, branco, 60 anos, viúvo, pedreiro, natural de Pernambuco, evoluindo há 3 meses com febre não aferida associada a emagrecimento (7kg em 1 semana). Após uso de penicilina procaína por doze dias, notou melhora significativa exceto por persistência de tosse seca e da imagem radiológica de hipotransparência não homogênea no lobo inferior esquerdo do (Figura 1). Antecedentes de três pneumonias nos últimos dois anos sem documentação radiológica,

tabagismo 80 maços/ano e estilismo.

O exame físico demonstrava diminuição universal do murmúrio vesicular. Realizadas baciloscopia e pesquisa de células neoplásicas no escarro que foram negativas. Submetido a broncofibroscopia que evidenciou lesão vegetante de superfície lisa e mucosa intacta, vermelho-vinhosa, no segmento basal posterior do lobo inferior esquerdo (Figura 2). As biópsias feitas sem sangramento significativo, tiveram sua análise

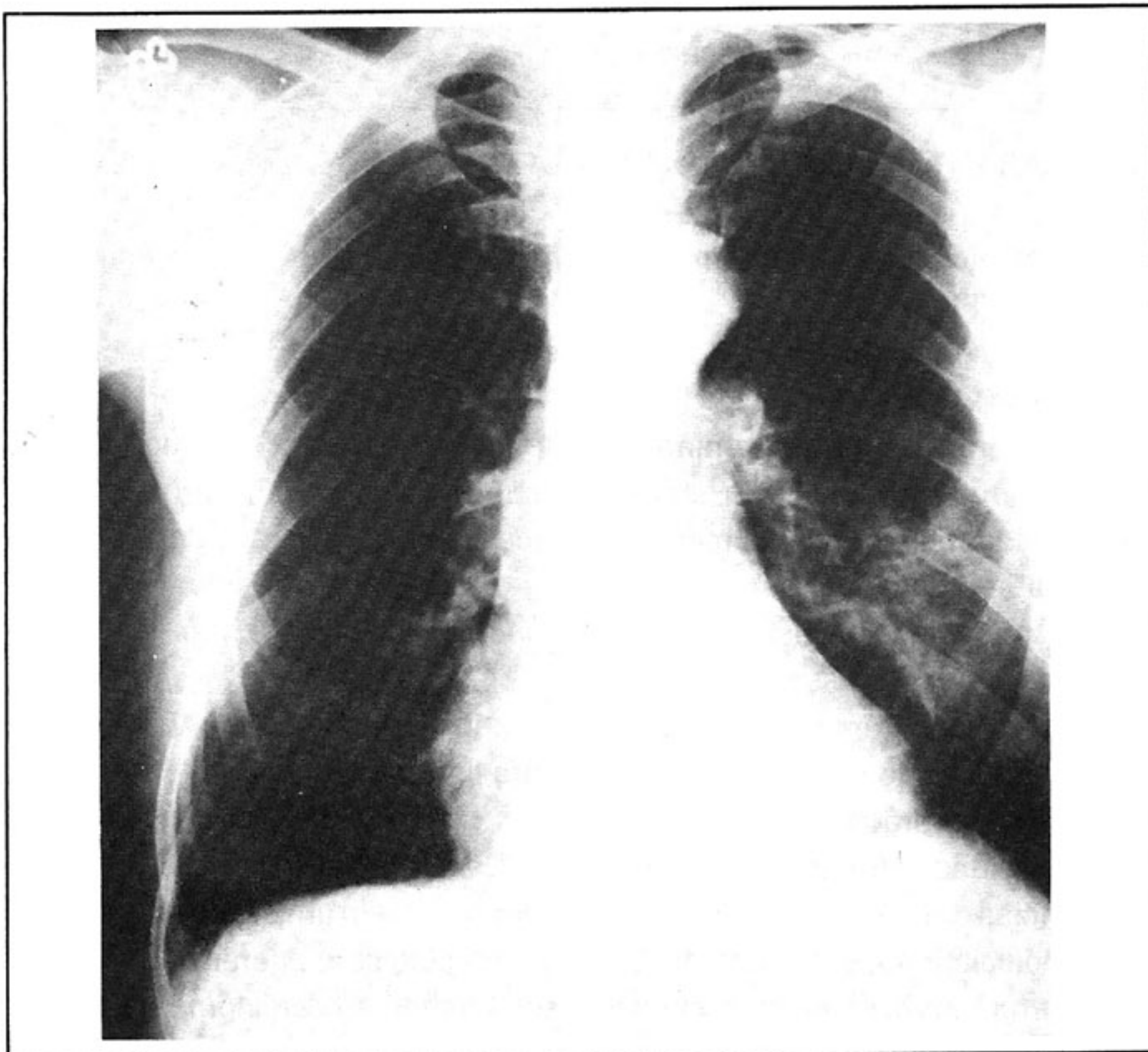


Figura 1 A - Telerradiografia de tórax PA



Figura 1 B - Telerradiografia de Tórax - Perfil

histopatológica compatível com tumor carcinóide (Figura 3).

Discussão:

Anteriormente denominados adenomas brônquicos por serem considerados benignos; os carcinóides devido a seu potencial para invasão local e metástase a distância para linfonodos, fígado, osso e adrenais, são tidos como tumores malignos. São neoplasias de crescimento lento do tipo neuroendócrina tanto em vista sua capacidade de sintetizar várias substâncias químicas (amilase, bombesina, calcitonina, etc.) encontradas no sistema nervoso central e células epiteliais de diversos órgãos.

Os tumores carcinóides, em sua

maioria, localizam-se em brônquio de grande calibre (10% em brônquio fonte e 90% em brônquio lobar), sendo que, em 15% dos casos, os brônquios segmentares são acometidos. Comumente são massas únicas bem delimitadas que ocluem parcial ou totalmente a luz brônquica. Preservando a mucosa subjacente. Dez por cento dos pacientes têm extensão extra-brônquica, sendo que 15% destes são para linfonodos.

A apresentação anatomo-patológica tem um espectro que varia de um polo bem diferenciado a outro semelhante ao carcinoma de pequenas células. O primeiro abrange 90% de todos os carcinóides que são chamados de típicos e compostos por

células poligonais pequenas bem organizadas com citoplasma claro, eosinofílico abundante e núcleo oval com cromatina finamente granular. Neste tipo, as metástases ocorrem em apenas 5%. O outro polo corresponde a um tumor com células com citoplasma raro e pleomórfico, núcleo hiper cromático, com várias figuras mitóticas e áreas de necrose; sendo comuns as metástases.

Observa-se predomínio da incidência destes tumores na faixa etária entre os 30 e 40 anos sem disparidade entre sexos. Os primeiros sintomas estão relacionados ao crescimento local endobrônquico, entre eles: tosse persistente, hemoptise, infecção e atelectasia; entretanto, pode-se encontrar um paciente assintomático com achado de um nódulo pulmonar periférico. A síndrome carcinóide (rash cutâneo, sibilância torácica, diarreia crônica e em fases avançadas, doença valvular) ou outras síndromes paraneoplásicas são raras a menos que exista extensa metástase à distância.

Radiologicamente, a incidência pósterio-anterior (PA) demonstra alterações em 75% das vezes; sendo 15% caracterizadas como nódulo pulmonar solitário e 60% massa central, pneumonia obstrutiva e perda de volume. A broncofibroscopia não só estabelece a presença de tumor como permite a suspeita diagnóstica de seu tipo histológico. A partir do aspecto endoscópico. A lesão endobrônquica pode ser central ou periférica, arredondada com coloração

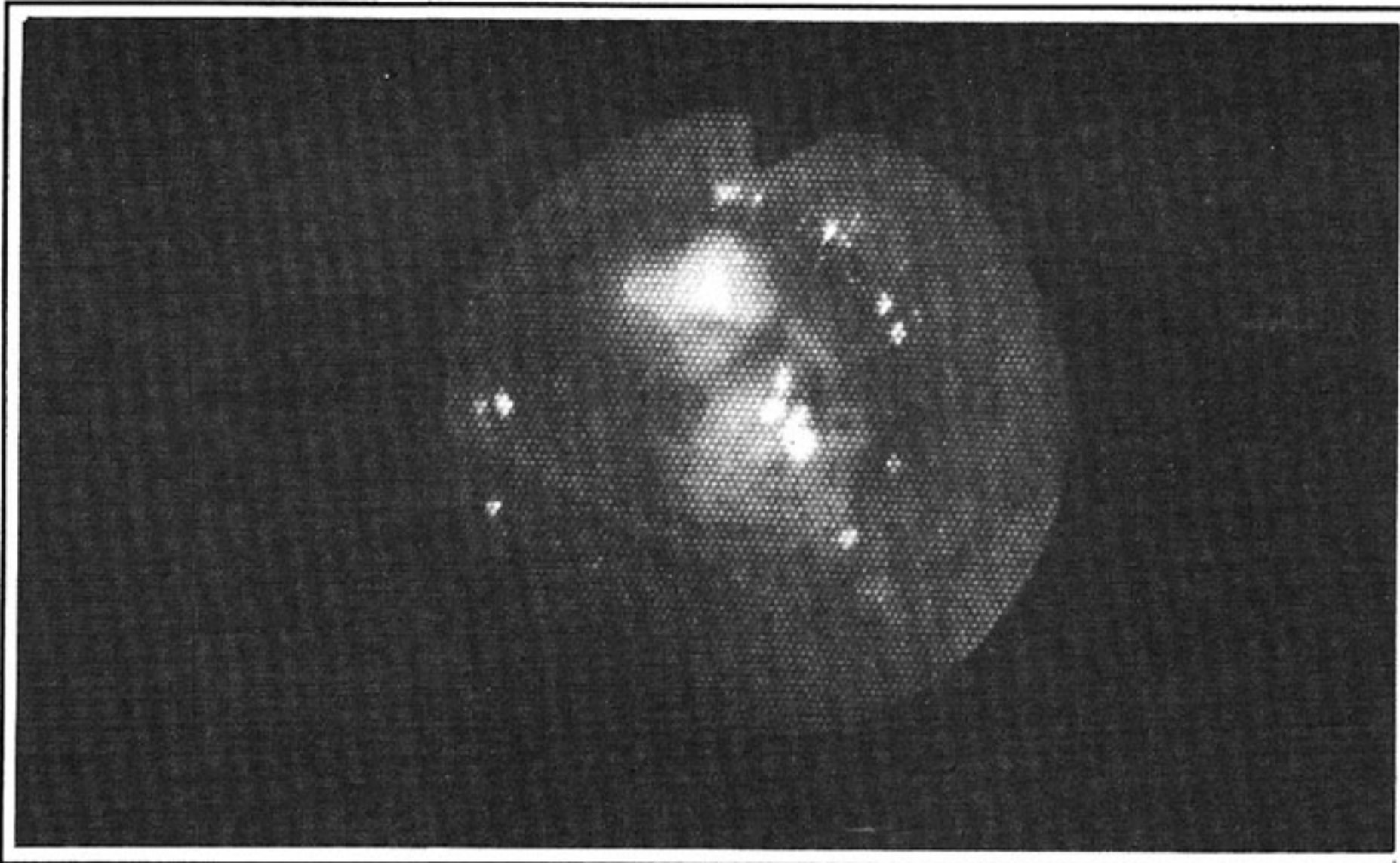


Figura 2 - Corte Histológico de Biópsia de Lesão Vegetante - HE 450X.

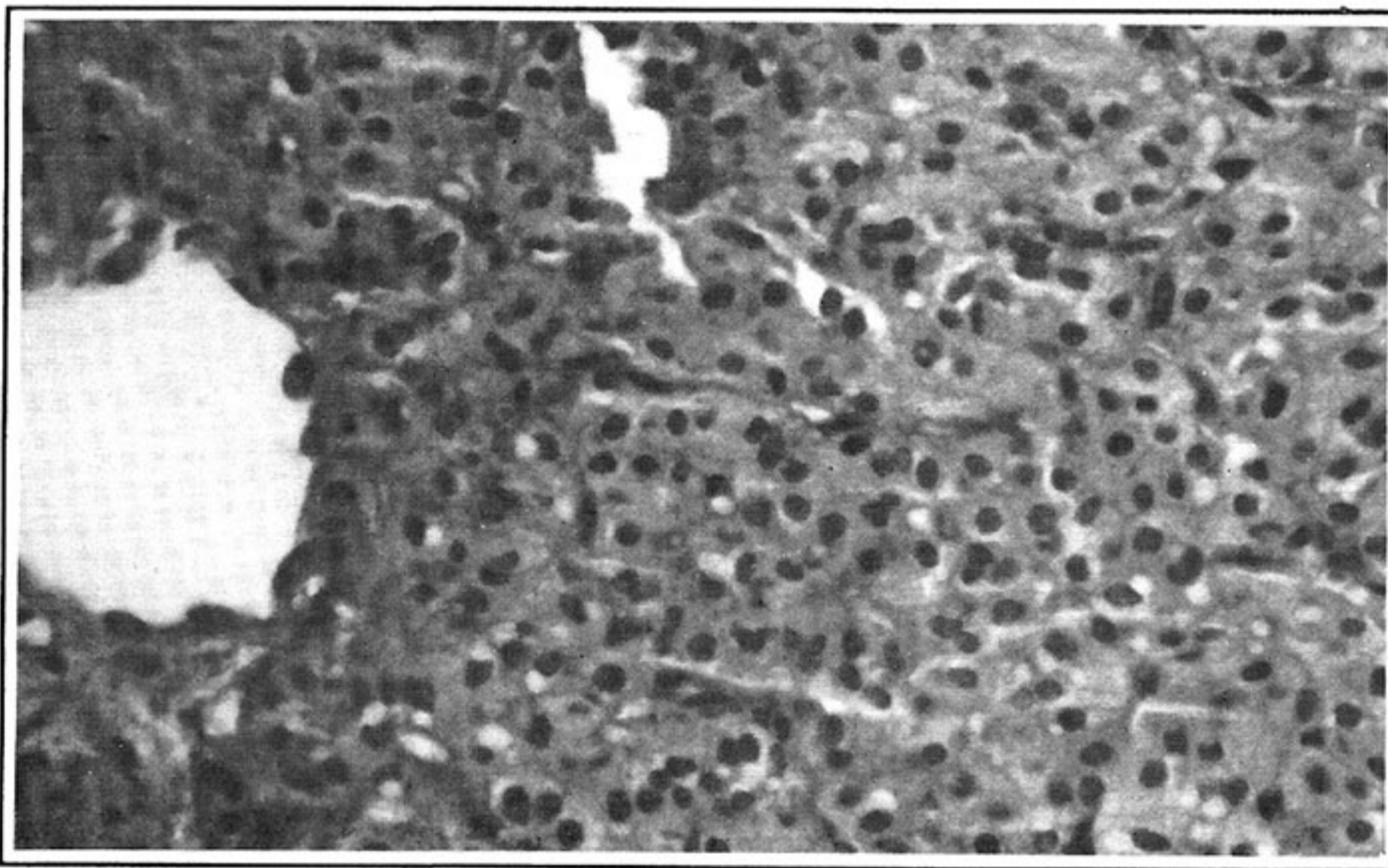


Figura 3 - Corte Histológico de Biópsia de Lesão Vegetante - HE 450X.

vermelho-vinhosa, vermelho-cereja ou rósea, recoberta por mucosa intacta. Este último fato justifica a negatividade da pesquisa de células neoplásicas no escarro. A biópsia da lesão é diagnóstica em 85% dos casos, podendo ser realizada tendo em mente o risco de sangramento devido a

grande vascularização tumoral. Como a mortalidade secundária a esta complicação é em torno de 2,6%, a biópsia pode ser proscrita quando há história de hemoptóicos ou hemoptise. Sendo este um assunto controverso pois existem centros de endoscopia respiratória que o praticam sempre e

outros que não o fazem nunca.

Referências Bibliográficas:

1. Alp M, Ucanok K, Dogan R, Kaia S, Cetin G, Unlu M. Surgical Treatment of Bronchial Adenomas: Results of 29 Cases and Review of Literature. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1987;35:290-294.
2. Andrade M. R. Tumor Carcinóide Brônquico. Rev. Imagem - SP;1982 4(2), 91-97.
3. Arrigoni M. G, Wodner L. B, Bernatz P. E. Atypical Carcinoid Tumors of the Lung. I. Thorac. Cardiovasc. Surg.; 1972;64º, 413-421
4. Donahue J. K, Weichert R. F, Ochsner J. L. Bronchial Adenoma. Ann. surg. 1968;167:873-884.
5. Fishman A. P. Pulmonary Diseases and Disorders. 1992;130 (3) 2081-2085.
6. Hurt R, Bates M. Carcinoid Tumors of the Bronchus: a 33 Years Experience. Thorax 1984;39:617-623.
7. Okike N, Bernatz P. E., Wodner L. B. Carcinoid Tumors of the Lung. Ann. Thorac. Surg., 1976;22:270-275.
8. Payne W. W, Fontana R. S, Wodner L. B. Bronchial Tumors originating from mucous glands - Current Classification and Unusual Manifestations Med. Clin. North Am. 1964;68:495-960.
9. Souza G. R. M, Sant'Anna C. C, Silva J. R. L, Bethlen N. Carcinóide Brônquico: Relato de dois Casos em Crianças. J. Pneumologia, 1984; 10(2) 81-84.