

Tumor Carcinóide

Mauro Zamboni (*)

Relato do Caso

Paciente do sexo feminino de 30 anos, não fumante, portadora de endometriose, diagnosticada há dois anos. Nos últimos dez meses apresentou vários episódios da tosse associados a escarros com raias de sangue. Seu exame físico era normal. A radiografia do tórax, nas incidências PA e perfil esquerdo, era normal. A tomografia computadorizada do tórax mostrou pequena lesão polipóide, homogênea, de contornos regulares, com 12mm de diâmetro, em parede ântero-lateral do brônquio principal esquerdo, logo após a sua abertura (Fig.1).

Na videobroncofibroscopia, observou-se uma lesão polipóide, vinhosa, de superfície lisa e brilhante, bastante vascularizada, localizada na parede ântero-lateral do brônquio principal esquerdo, a aproximadamente 2cm da carina principal (Fig.2). A paciente foi submetida a toracotomia esquerda com ressecção segmental do brônquio principal esquerdo e broncoplastia. O diagnóstico histopatológico foi de tumor carcinóide típico.

Discussão

O carcinóide é um tumor neuroendócrino, de baixo grau de malignidade, que se origina das células de Kultschitzky. É o segundo tumor mais freqüente da árvore traqueobrônquica e representa 0,5 a 1% de todos os tumores brônquicos. Os carcinóides são divididos em típicos e atípicos. Os carcinóides atípicos representam 11 a 24% de todos

os tumores carcinóides e têm um comportamento de maior malignidade quando comparados aos carcinóides típicos (1, 2, 3). Aproximadamente 50% dos pacientes com tumor carcinóide são assintomáticos.

As manifestações clínicas mais importantes são a hemoptise, a pneumonia pós-obstrutiva e a dispnéia (4). Várias síndromes paraneoplásicas estão associadas aos tumores carcinóides: a síndrome carcinóide, a síndrome de Cushing - associada a produção ectópica do ACTH e a acromegalia - secundária a produção ectópica do hormônio do crescimento (4). Os tumores carcinóides são os tumores malignos pulmonares mais comuns nas crianças (5).

Nas radiografias e tomografias computadorizadas do tórax, as calcificações puntiformes ou difusas podem estar presentes em aproximadamente 30% dos casos desses tumores (6).

O diagnóstico citológico, através do exame do escarro ou através da punção aspirativa com agulha fina, raramente é possível (7).

Setenta e cinco por cento de todos os tumores carcinóides são visíveis endoscopicamente e a biópsia, usualmente, fornece o diagnóstico. O aspecto endoscópico da lesão é o de um tumor arredondado, de superfície lisa e brilhante, bastante vascularizado, com a cor da cereja, e às vezes, polipóide.

O tratamento ideal dos tumores carcinóides do pulmão é o cirúrgico. A linfadenectomia mediastinal está recomendada nos casos dos tumores carcinóides

(*) Presidente da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro; Presidente da Comissão de Câncer do Pulmão da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Secretário Científico da Sociedade Sul Americana de Broncologia.

Caso da Clínica de Doenças Respiratórias Dr. Mauro Zamboni.

Artigo recebido para publicação no dia 08/06/1998 e aceito no dia 12/06/1998, após revisão.

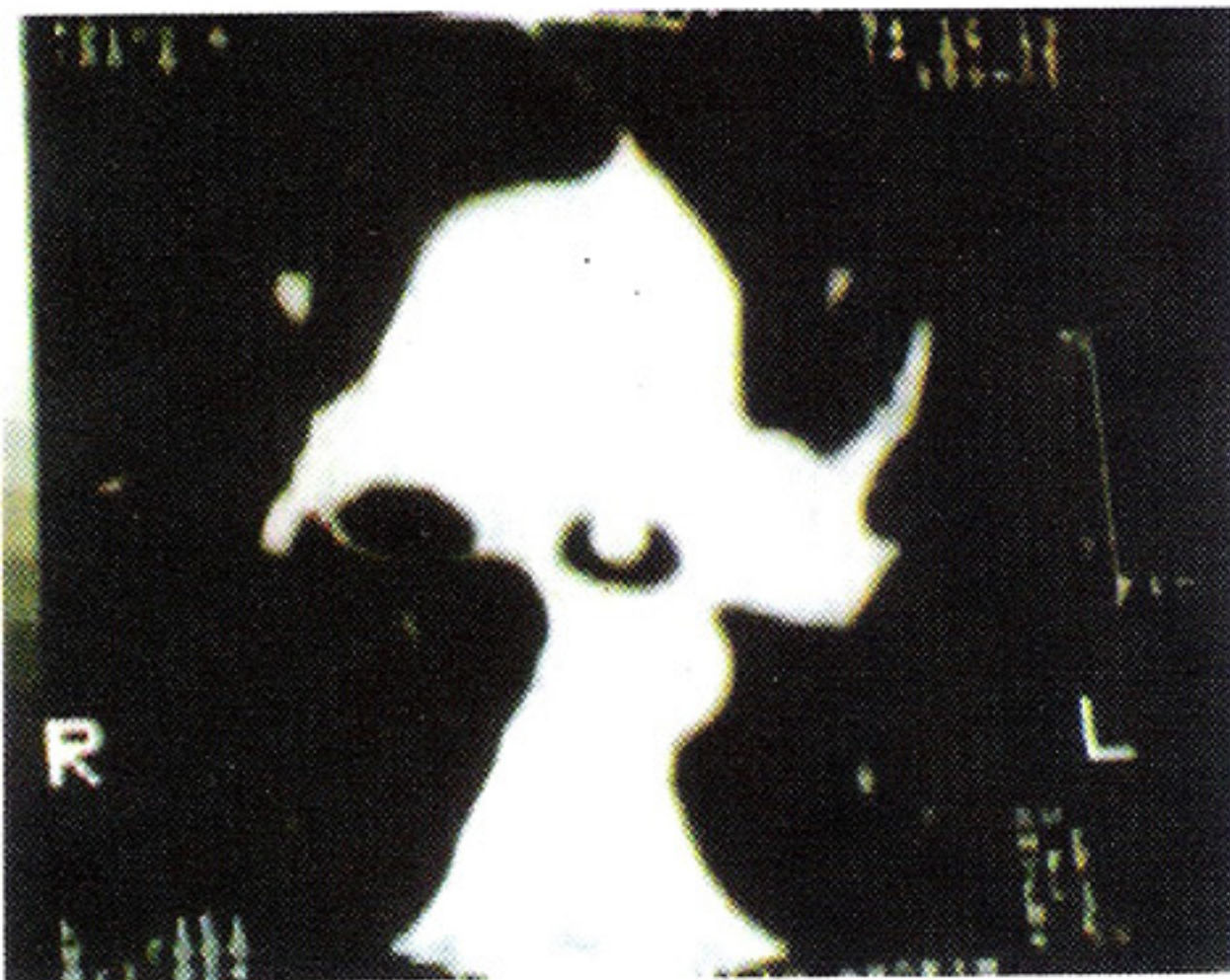


Figura 1

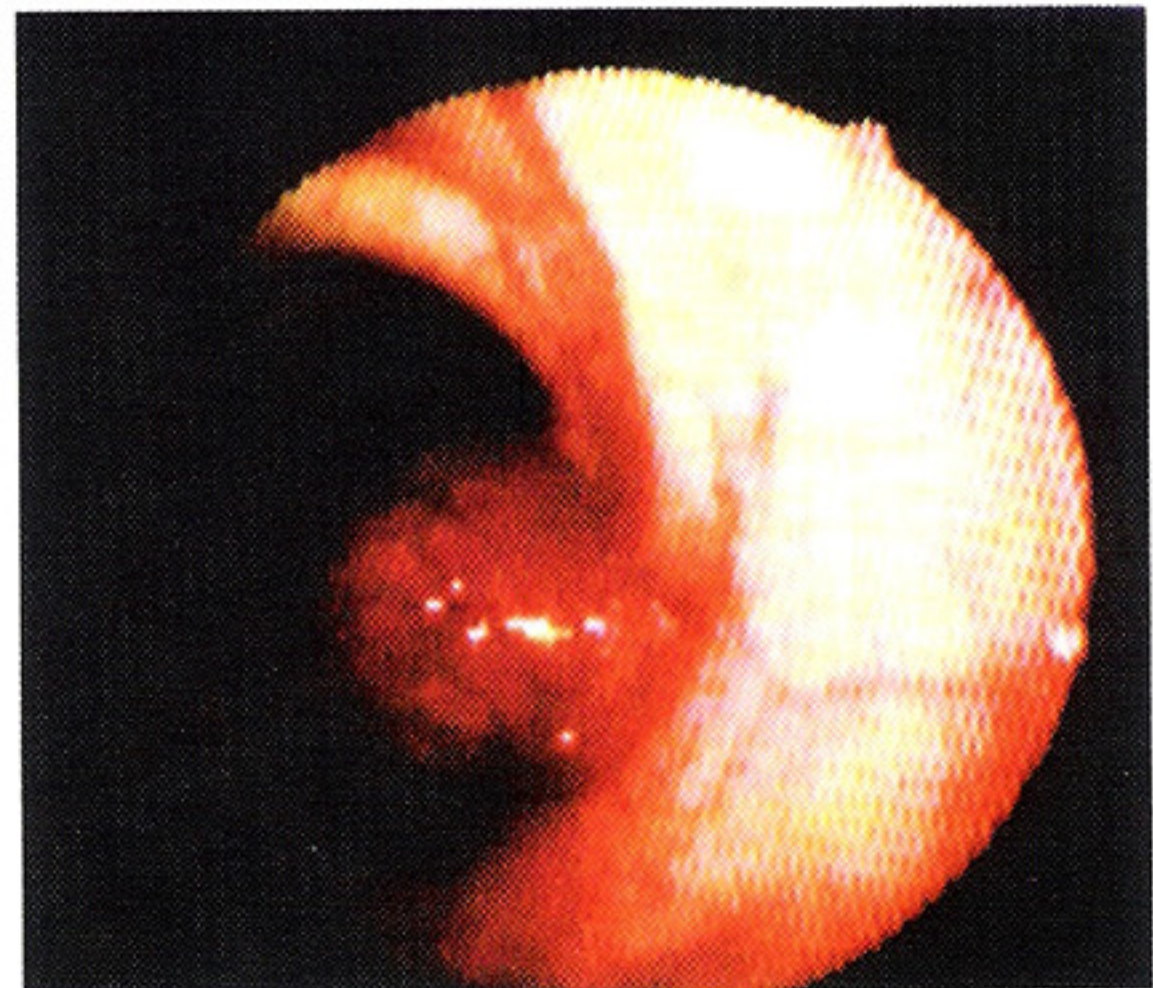


Figura 2

atípicos. A lobectomia é a cirurgia mais frequentemente realizada e a pneumectomia é rara. Ocasionalmente, nas lesões centrais, a ressecção brônquica em manga com broncoplastia é a melhor opção porque se pode evitar, assim, a pneumectomia. A ressecção endoscópica pode ser considerada naqueles casos nos quais a cirurgia esteja contra indicada. A radioterapia pós-operatória está indicada para os portadores de tumores carcinóides atípicos com metástase linfonodal. A quimioterapia, semelhante à utilizada para o tratamento dos carcinomas indiferenciados de pequenas células do pulmão, tem uma resposta em torno de 50% dos pacientes. A sobrevida em cinco anos para os pacientes com carcinóides típicos é maior do que 90% e é menor do que 60% nos casos de carcinóides atípicos (4, 8, 9,10).

Referências Bibliográficas

- 1-Arrigoni MG, Woolner LB, Bernatz PE. Atypical carcinoid tumors of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1972; 64: 413-421.
- 2-Colby TV, Koos MN, Travis WD. Tumors of the lower respiratory tract. *Atlas of tumor Pathology*, 3d. series. Washington, DC, Armed Forces Institute of Pathology, 1995.
- 3-McCaughan BC, Martini N, Bain MS. Bronchial Carcinoids: Review of 124 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 89:8-17.
- 4-Rea F, Binda R, Spresfico G, et al. Bronchial carcinoids: a review of 60 patients. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 412-414.
- 5-Lack EE, Harris GBC, Eraklis AJ, Vawter GF. Primary bronchial tumors in childhood. A clinico pathologic study of six cases. *Cancer* 1983; 52:492-497.
- 6-Magid D, Siegelman SS, Eggleston JC, et al. Pulmonary carcinoid tumors: CT assessment. *J Comp Assist Tomogr* 1988; 13: 244-247.
- 7-Szyferbein WK, Ross JS. Carcinoids, atypical carcinoids and small cell carcinomas of the lung: differential diagnosis of fine needle aspiration biopsy specimens. *Diagn Cytopathol* 1988; 4: 1-8.
- 8-Deschamps CR, Jey R, Fetsch J, et al. Bronchial carcinoid: Effect of stagion on later survival. *Chest* 1992; 102:103s.
- 9-Harpole DH, Feldman JM, et al. Bronchial carcinoid tumors: A retrospective analysis of 126 patients. *Ann Thorac Surg* 1992;54: 50-55.
- 10-Martensson H, Bottchwe G, Hambralus G, et al. Bronchial carcinoids: An analysis of 91 cases. *World J Surg* 1984; 11:356-364.