



Carcinoma adenóide cístico da traquéia

Mauro Zamboni (1); Walter Roriz (2); Edson Toscano (3)

RESUMO

Os tumores primários da traquéia são raros e ocorrem em 0,2 por 100.000 pessoas por ano. O carcinoma adenóide cístico é o segundo tipo mais comum de neoplasia da traquéia e por sua história natural única deve ser estudado separadamente. Os autores apresentam um caso da neoplasia e fazem revisão da literatura.

ABSTRACT

Primary tracheal tumors are rare, occurring in 0,2 per 100,000 persons per year. Adenoid cystic carcinoma is the second most common histologic type of tracheal malignancy. Its clinical behavior is different from the other tracheal neoplasms and thus should be studied separately. The authors report a case of a patient with this neoplasm and discuss the other cases previously reported in the literature.

Palavras-chaves: Tumores da traquéia, carcinoma adenóide cístico, neoplasias da traquéia, ressecção com YAG laser, braquiterapia.

Key-words: Tracheal tumors, adenoid cystic carcinoma, tracheal neoplasms, YAG laser resection, brachytherapy.

Relato de caso

ALA, 42 anos, masculino, natural de MG, funcionário dos Correios.

Início do quadro clínico em meados de 1994 com tosse eventual, escarros sanguinolentos e, posteriormente, dispnéia aos grandes esforços e dor retrosternal, em pontada, de média intensidade. Em maio de 1995, com a piora dos sintomas, procurou serviço médico, quando foi submetido à tomografia computadorizada do tórax, na qual se podia observar imagem nodular de 0,5cm de diâmetro, localizada

na parede posterior do terço distal da traquéia. Uma broncofibroscopia, realizada em seguida, revelou tumoração com 1,5cm de diâmetro, em parede posterior da traquéia, no seu terço distal, que obstruía 60% da luz do órgão. A biópsia dessa lesão teve como laudo histopatológico carcinoma adenóide cístico. Nessa ocasião, foi indicada a ressecção cirúrgica da lesão, entretanto o paciente recusou a cirurgia. Como houve piora de seus sintomas, repetiu-se a broncoscopia, em julho de 1995, quando se observou crescimento do tumor descrito anteriormente que,

1. Pneumologista do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Câncer-INCA/MS; Presidente da Sociedade de Pneumologia e Fisiologia do Estado do Rio de Janeiro; Secretário Científico da Sociedade Sul-americana de Endoscopia Respiratória.
2. Cirurgião de Tórax do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Câncer-INCA/MS; Presidente da Comissão de Câncer de Pulmão da Sociedade Brasileira de Livre Docente - UFRJ
3. Chefe do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Câncer-INCA/MS

Artigo recebido para publicação no dia 13/12/1998 e aceito para no dia 10/12/1998, após revisão.

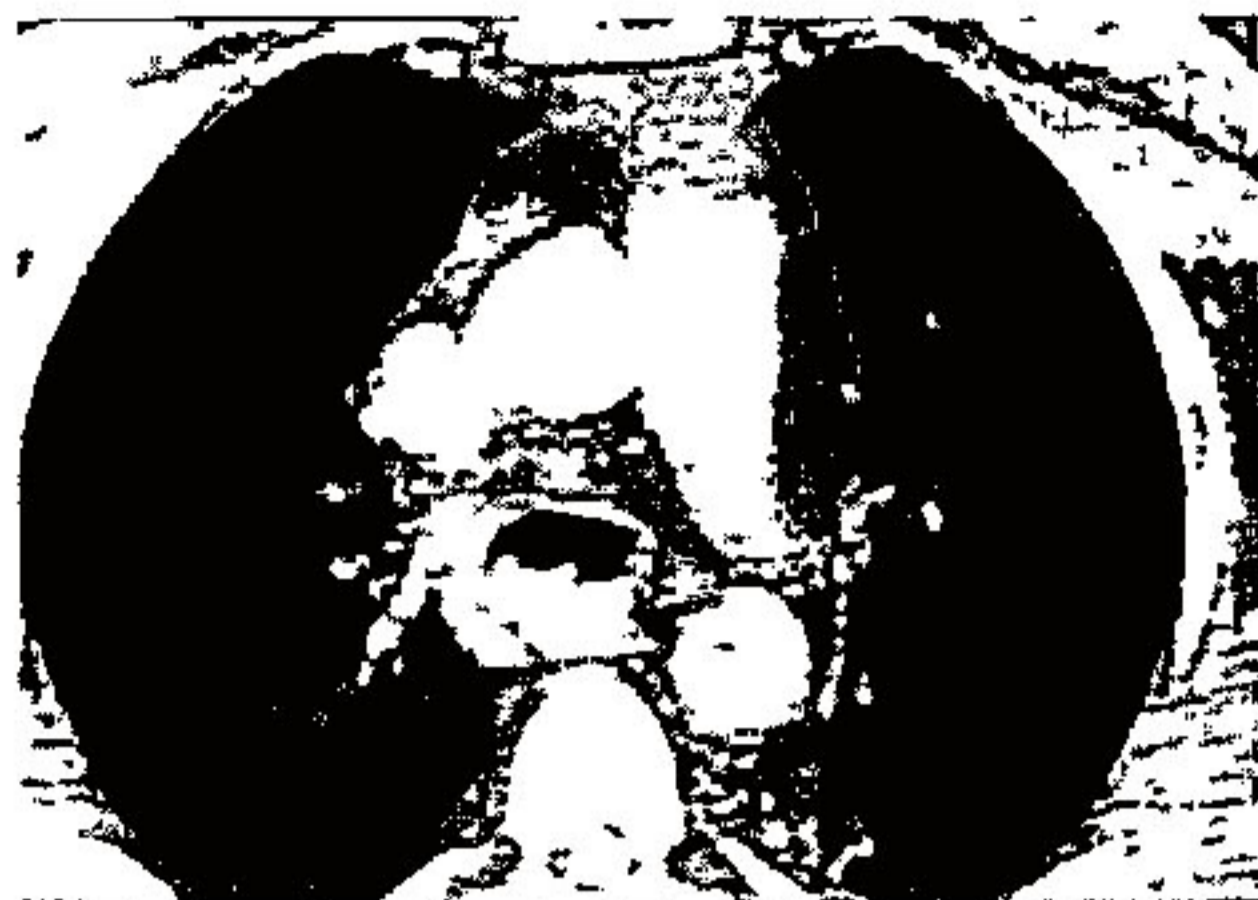


Figura 1

agora, ocluía 90% da luz da traquéia. O paciente foi, então, submetido à radioterapia, numa dose de 7500cGy em 25 frações, terminando o tratamento em agosto de 1995. Nova broncoscopia revelou diminuição do tumor. No final de setembro de 1998, após três anos de controle clínico, estando o paciente praticamente assintomático, houve recrudescimento dos sintomas - tosse, escarros com sangue e dispnéia. Foi realizada outra broncoscopia, em outubro, que evidenciou: infiltração da mucosa e lesão vegetante no terço distal da traquéia; carina principal infiltrada pelo tumor; lesão tumoral em brônquio principal di-



Figura 2

reito ocupando aproximadamente 50% de sua luz; e lesão vegetante em brônquio principal esquerdo com oclusão de 30% da sua luz (figuras 4, 5, 6 e 7). Tomografia helicoidal do tórax mostrou: traquéia com espessamento de parede postero-lateral direita, em seu terço distal, prolongando-se para ambos os brônquios principais (figuras 1, 2 e 3); linfonodomegalia mediastinal; e alterações no parênquima pulmonar compatíveis com pneumonite actínica. Matriculado no INCA em 19 de outubro de 1998.

Em 22 de dezembro de 1998 foi submetido à videobroncofibroscopia com ressecção por YAG laser da lesão vegetante do brônquio principal direito. Em 23 de dezembro de 1998 e em 12 de janeiro de 1999, foi submetido a braquiterapia com alta taxa de dose, duas aplicações de 750cGy cada, com ótima resposta clínica e endoscópica (figuras 8, 9 e 10).

Discussão

Os tumores primários da traquéia são raros, sua incidência é de somente 0,2 casos por 100.000 pessoas por ano (1). Os tumores malignos deste órgão são responsáveis por menos de 0,1% das mortes por câncer a cada ano. O tipo histológico mais frequentemente encontrado é o carcinoma escamoso que em 90% dos casos acomete os indivíduos do sexo masculino (2).

O carcinoma adenóide cístico (CAC) é o segundo tipo mais comum de tumor da traquéia (2,3), afetando tanto homens como mulheres, principalmente na faixa dos 45 aos 60 anos (1,2,4,5,6,7,8). O quadro clínico se caracteriza pela presença de sinais e sintomas pouco intensos - tosse seca, rouquidão, sibilos, estridor e hemoptise (2, 3, 9) - que cursam de forma indolente, por cerca de 12 meses em média (10). Em consequência, os portadores deste tumor são tratados, muito comumente, por meses ou anos, como se tives-



Figura 3



Figura 4
Lesões vegetantes e infiltração submucosa na parede posterior da traquéia no seu terço distal.

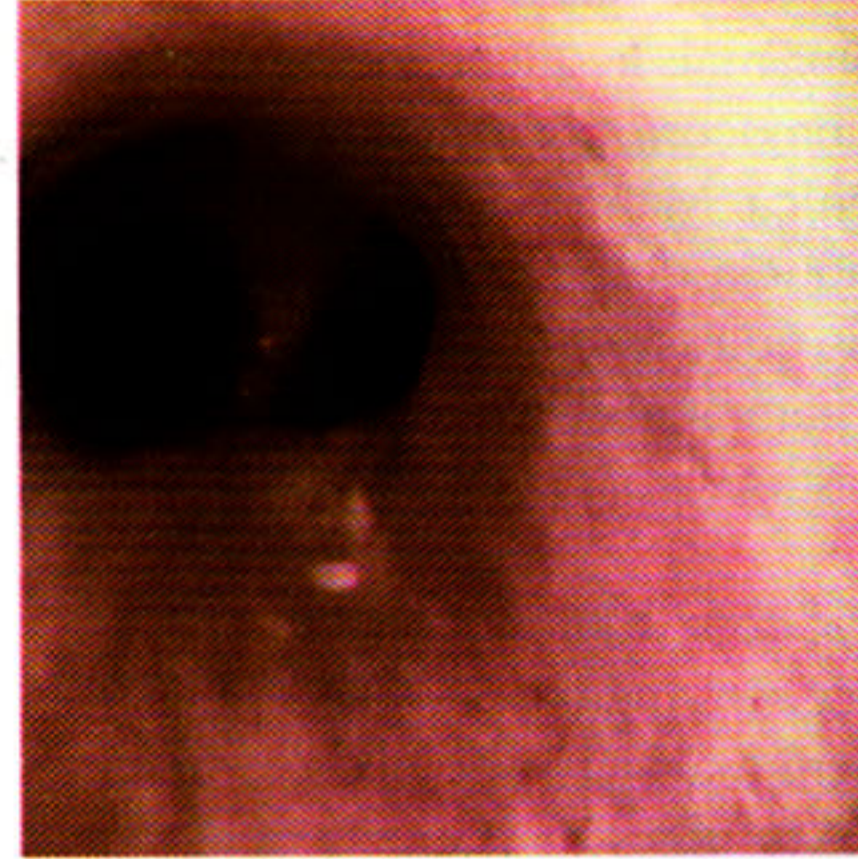


Figura 8
A mesma foto da figura 4 após braquiterapia.

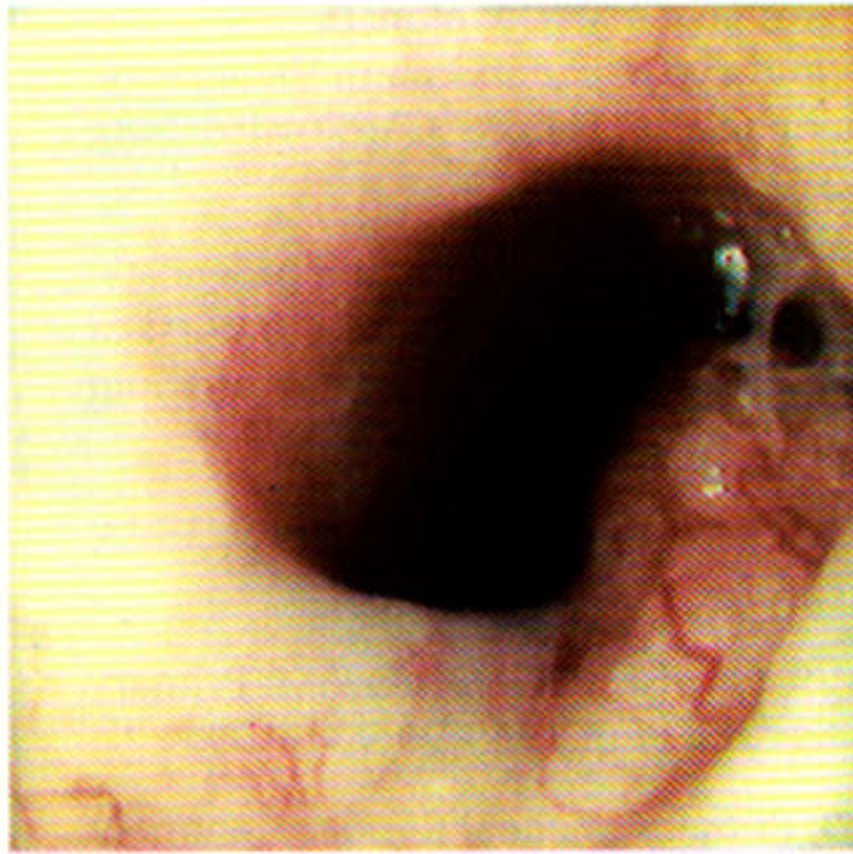


Figura 5
Lesão vegetante na parede latero-posterior do brônquio principal direito, logo na sua abertura.

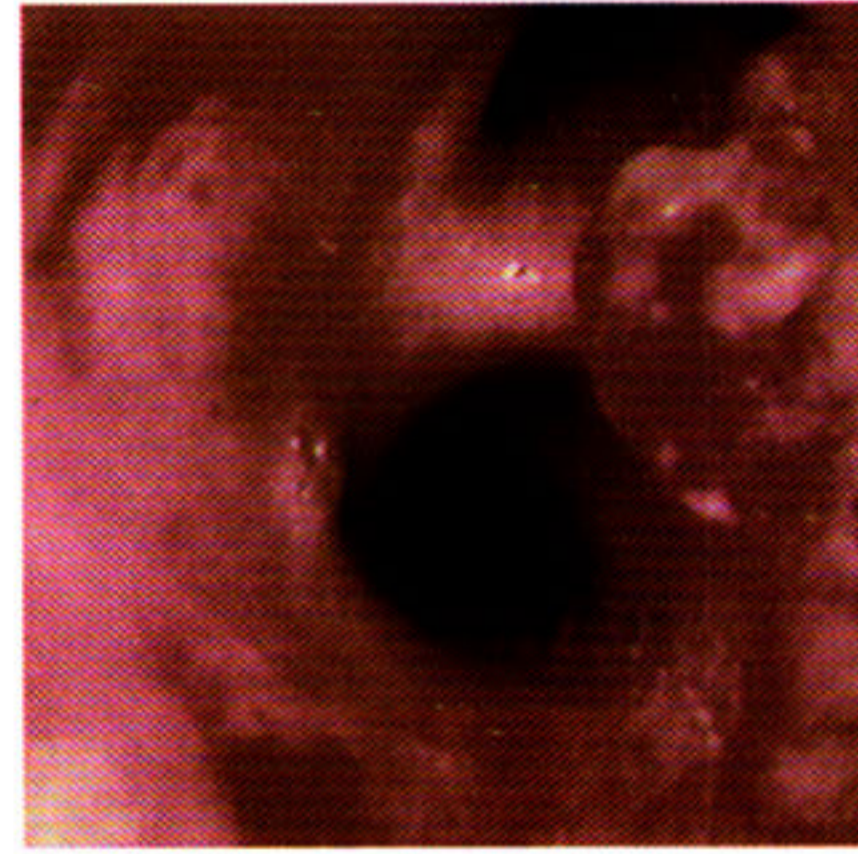


Figura 9
A mesma foto da figura 5 após tratamento com laser e braquiterapia. Observe a redução significativa do tumor, permitindo a visão do brônquio do lobo superior direito.

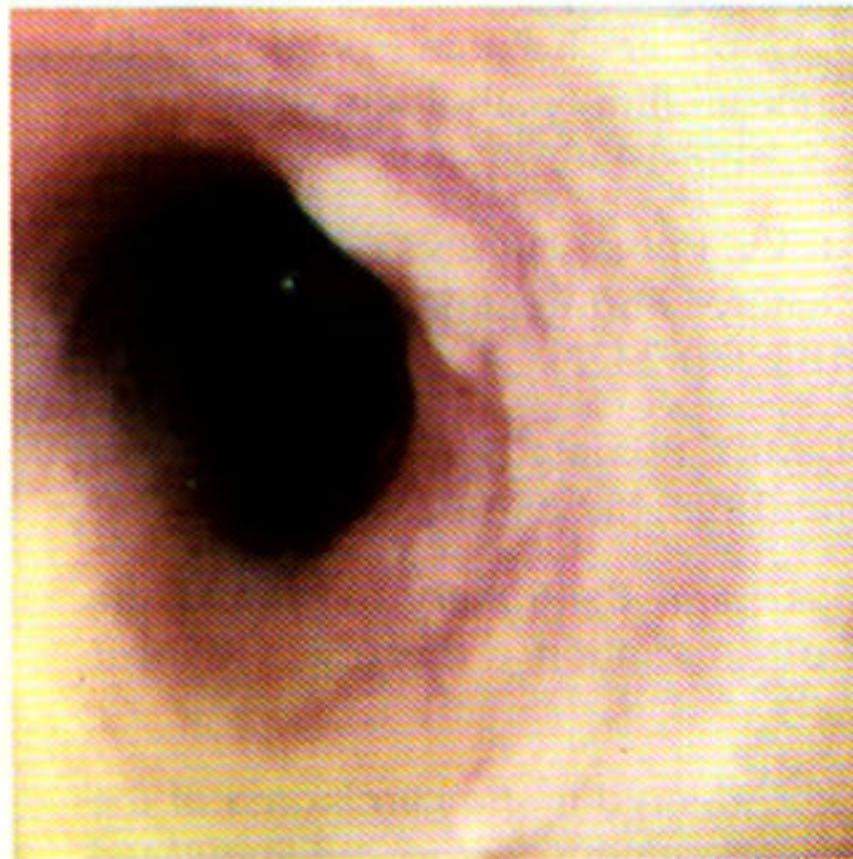


Figura 6
Lesão vegetante na parede antero-lateral do brônquio principal esquerdo.

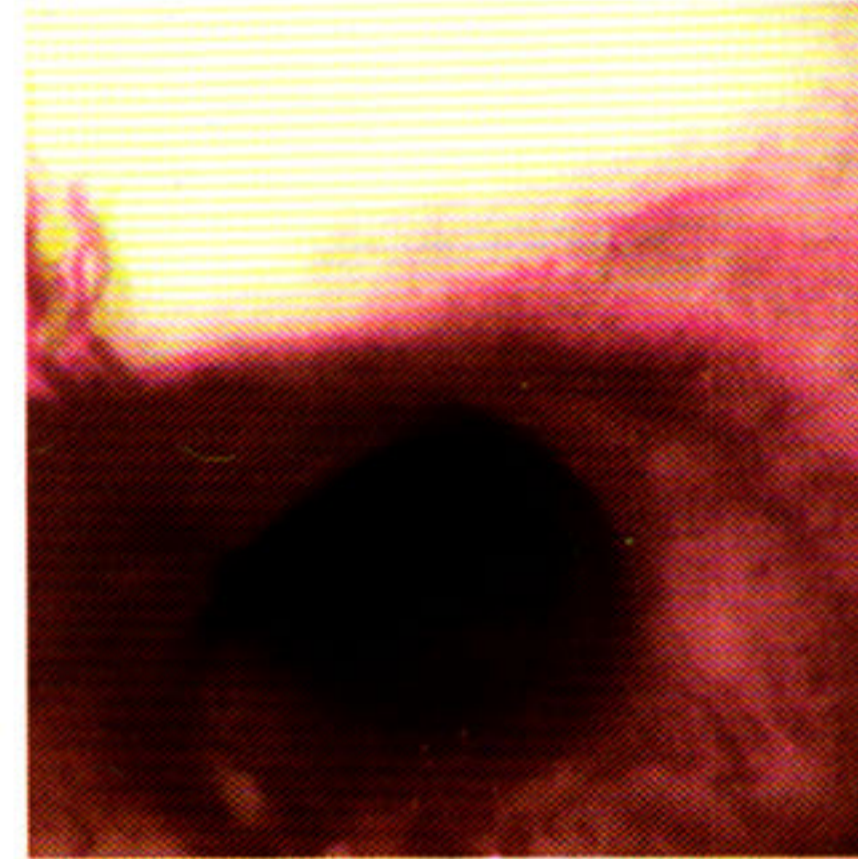


Figura 10
Brônquio principal esquerdo após braquiterapia.



Figura 7
Lesões vegetantes na parede lateral do brônquio principal esquerdo, no seu terço distal e na abertura do brônquio do lobo superior esquerdo.

sem outras doenças respiratórias-asma, por exemplo - antes de terem o diagnóstico esclarecido em definitivo (3). O CAC acomete o terço superior da traquéia em 45,5% dos casos, o terço médio em 20,5% e o terço inferior em 34% dos casos. A localização do tumor tem sido relacionada com o seu prognóstico, o qual será tanto pior quanto mais distal se posicionar o tumor (3, 6, 8, 11). Essa observação provavelmente está relacionada com a dificuldade encontrada para se ressecar os brônquios principais, assim como a carina principal, visto os altos índices de complicações verificados nessas cirurgias.

O CAC se dissemina mais freqüentemente por extensão direta - pela submucosa, por invasão perineural e pela via hematogênica. Mais de 50% dos pacientes com CAC da traquéia desenvolvem metástases hematogênicas, sendo que as pulmonares são as mais comuns - podendo permanecer assintomáticas por muitos anos. As metástases por via linfática são raras (1, 2, 6, 12).

A recorrência local desse tumor ocorre muito habitualmente e aparece, em média, 51 meses após o tratamento inicial, bem mais tarde do observado na recorrência de outros tumores da traquéia que, em média, é de 18 meses após o tratamento (2).

As opções terapêuticas para o CAC incluem a cirurgia e a radioterapia, isoladas ou combinadas (1-5, 7-13). Entre as diferentes abordagens cirúrgicas estão incluídas: a ressecção primária da lesão seguida da reconstrução traqueal, a ressecção do tumor e a ressecção endoscópica - mecânica ou com o auxílio do laser. Devido ao padrão de comprometimento locorregional do CAC da traquéia a ressecção completa de lesão muitas vezes é extremamente difícil. A ressecção completa é definida como sendo a não permanência grosseira, palpável ou microscópica do tumor (2). Essa definição tem importância na análise da sobrevida desses pacientes: no grupo de Toronto, por exemplo, a sobrevida em 10 anos foi de 69% para os casos com ressecção completa e de 30% para os com ressecção incompleta. Contudo, essa diferença não foi considerada estatisticamente significativa (1).

A quimioterapia não tem nenhum papel no tratamento do CAC da traquéia (14).

As complicações cirúrgicas acontecem mais freqüentemente nos portadores de CAC do que em pacientes que apresentam outros tipos de tumores traqueais. Estão diretamente relacionadas com a extensão de traquéia ressecada e com a necessidade de laringectomia. Incluem: a fístula traqueoesofágica, a estenose traqueal, a fístula traqueovascular, a fístula do esôfago ou da faringe, a deiscência da anastomose ou das suturas, a paralisia da corda vocal, a disfagia e a pneumonia (1, 5, 7).

A mortalidade operatória varia de 5 a 14%, nos diferentes estudos (1, 3, 5, 15). A sobrevida de 5 anos e de 10 anos varia, respectivamente, de 66 a 100% e de 51 a 62% dos casos, independente do tratamento.

Conclusão

Os tumores da traquéia são raros e os carcinomas adenóides císticos têm história natural única. A

ressecção cirúrgica completa oferece ao paciente a melhor chance de uma sobrevida prolongada, embora a ressecção endoscópica com laser e a braquiterapia forneçam bom controle locorregional da doença. O curso da doença é indolente e a presença de metástases pulmonares sincrônicas não afeta a decisão terapêutica, uma vez que os pacientes podem viver por muitos anos com essas lesões assintomáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maziak DE, Todd TRJ, Keshavjee SH, Winton TL, Norstrand PV, Pearson FG. Adenoid cystic carcinoma of the airway: thirty-two-year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996;112:1522-1532.
2. Regnard JF, Fourquier P, Levasseur P. Results and prognostic factors in resections of primary tracheal tumors: a multicenter retrospective study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996;111:808-813.
3. Allen MS. Malignant tracheal tumors. *Mayo Clin Proc* 1993;111:680-684.
4. Houston HE, Payne WS, Harrison EG, Olsen AM. Primary cancers of the trachea. *Arch Surg* 1969;99:132-139.
5. Grillo HC, Mathisen D. Primary tracheal tumors: treatment and results. *Ann Thorac Surg* 1990;49:69-77.
6. Hadju SI, Huvos AG, Goodner JT, Foote FW, Beattie EJ. Carcinoma of the trachea: clinicopathologic study of 41 cases. *Cancer* 1970;25:1448-1456.
7. Howard DJ, Haribhakti VV. Primary tumors of the trachea: analysis of clinical features and treatment and results. *J Laryngol Otol* 1994;108:230-232.
8. Gelder CM, Hetzel MR. Primary tracheal tumors: a national survey. *Thorax* 1993;48:688-692.
9. Fields JN, Rigaud G, Emami B. Primary tumors of the trachea: results of radiation therapy. *Cancer* 1989;63:2429-2433.
10. Randall D, Parker GS. Adenoid cystic carcinoma of the trachea - a cause of pseudoangina pectoris. *Military Med* 1990;155:440-442.
11. Chow DC, Komaki R, Libshitz HI, Moutain CM, Illerbroek N. Treatment of primary neoplasms of the trachea. *Cancer* 1993;71:2946-2952.
12. Pearson FG, Todd TRJ, Cooper JD. Experience with primary neoplasms of the trachea: clinicopathologic study of 41 cases. *Cancer* 1970;25:1448-1456.
13. Kim KH, Sung MW, Chung PS, Rhee CS, Park CI, Kim WH. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:721-726.
14. Spiro RH, Huvos AG. Stage means more than grade in adenoid cystic carcinoma. *Am J Surg* 1992;164:623-628.
15. Perelman M, Koroleva N. Surgery of the trachea. *World J Surg* 1980;4:5833-5891.