

Adenocarcinoma pulmonar mimetizando tumor *oat cell*

Lung adenocarcinoma imitating oat cell

Júlio Maria de Oliveira*, Paulo César de Oliveira**, Carlos Pereira Nunes***, Valdiner Pires Filho****, Chrystiano Pereira Lobato*****

RESUMO

Os autores descrevem um caso de adenocarcinoma pulmonar mimetizando um carcinoma de pequenas células, avaliando as manifestações clínicas, a agressividade, localização e disseminação comparando com o padrão descrito na literatura.

ABSTRACT

The author describe a report of lung's adenocarcinoma care imitating a carcinoma of *oat cell*, estimating the clinical display, the aggressivity, site and measure spread described in the literature.

Palavras-chaves: câncer de pulmão, metástases, adenocarcinoma, oat cell.

Key-words: lung cancer, metastasis, adenocarcinoma, oat cell.

Introdução

Inúmeras neoplasias podem afetar o pulmão, sendo o carcinoma broncogênico o principal responsável. Determinar o tipo histológico e o estágio da doença é fundamental na abordagem do câncer de pulmão, pois irá definir o tratamento e o prognóstico.

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um paciente com carcinoma pulmonar do tipo adenocarcinoma com apresentação clínica e radiológica sugestiva de carcinoma pulmonar de pequenas células correlacionando estes dados com a literatura.

Relato do caso

Identificação: DCS, 42 anos, negro, masculino, casado, motorista de caminhão, natural de Cachoeiras (ES), com domicílio atual em Magé (RJ).
»» QP: "Tosse seca, dor nas costas e na cabeça."
»» HDA: História iniciada dois meses antes da internação e caracterizada por astenia e adinamia progressivas, associadas a emagrecimento de aproximadamente 8kg. Houve evolução com tosse seca, dor em hemitórax direito, mal definida e sem relação com movimentos respiratórios. Atendido em um serviço de emergência, foi hospitalizado

*Professor Adjunto de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Teresópolis. Pós-graduado em Alergia e Imunologia pela Universidade do Rio de Janeiro (Uni-Rio).

**Professor Titular de Propedêutica da Faculdade de Medicina de Teresópolis. Mestre em Pneumologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

*** Professor Assistente de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Teresópolis. Mestrando em Pneumologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

****Médico-residente do Serviço de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, Faculdade de Medicina de Teresópolis.

*****Diplomado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Teresópolis.

Correspondência: Dr. Júlio Maria de Oliveira - Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano - Av. Delfim Moreira, 2211 - Vale do Paraíso - CEP - 25975-000 - Teresópolis - RJ.

Artigo recebido para publicação no dia 19/06/2001 e aceito no dia 11/07/2001, após revisão.

por 8 dias, com a hipótese diagnóstica de pneumonia – dados clínicos e radiológicos –, recebendo tratamento para tal, com claritromicina. Após a alta, devido a permanência das queixas, procurou o Hospital das Clínicas de Teresópolis, sendo reinternado para investigação do caso.

»» HPP e HFis: nada digno de nota.

»» Hfar: hipertensão arterial sistêmica (pai).

»» HS: tabagista de 27 maços/ano e etilista social. Ao exame: lícido, orientado, com fácies de sofrimento, anictérico, acianótico, corado, hidratado e dispnéico ++/4+. Cavidade oral apresentando placas brancas múltiplas e ligeiramente elevadas, sugestiva de candidose oral.

Exame do pescoço e do tórax mostrou presença de nódulos palpáveis, móveis, isolados, doloridos, tipo grão de ervilha, em número de três, estando dois deles na fossa supraclavicular direita e o último em região cervical lateral. Frequência respiratória de 32 irpm, tórax atípico, sem abaulamentos ou retrações. Elasticidade torácica inalterada, com expansibilidade levemente diminuída em terço médio para superior de hemitórax direito. Frêmito tóraco-vocal aumentado em terço médio para superior de hemitórax direito. Macicez à percussão em terço médio para superior de hemitórax direito. Murmúrio vesicular diminuído em terço médio para superior de hemitórax direito. Ausculta com estertores finos e ronos difusos de predomínio em hemitórax direito.

Ictus cordis próximo ao cruzamento da linha hemiclavicular esquerda com o quinto espaço intercostal, correspondendo a uma polpa digital. Ritmo cardíaco regular com bulhas hipofonéticas, sem sopros ou extrassístoles. Frequência cardíaca de 120bpm, pressão arterial 90x70mmHg.

Abdome plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de visceromegalias, com peristalse presente.

Membros inferiores sem alterações.

Exames complementares (quadro 1).

Laudo do RX de tórax: assinala hipotransparência de densidade tecidual em hemitórax direito.

Laudo da tomografia computadorizada de tórax: desvio de traquéia para a direita, com massa neoplásica com epicentro no lobo superior direito, estendendo-se preferencialmente para o lobo médio e invadindo amplamente o mediastino e, especialmente, o saco pericárdio, determinando notável espessamento de sua parede. Há também extensa invasão pulmonar predominante do componente

intersticial bilateral, ainda mais proeminente à direita. Presença de derrame pleural direito. Exame sugestivo de carcinoma broncogênico de pequenas células (*oat cell*) (Figuras 1,2,3,4 e 5).

Broncoscopia: cordas vocais normais, traquéia centrada com calibre normal e móvel, carina alargada, apresentando lesão endobrônquica à direita, com brônquio fonte edemaciado, brônquio intermediário com lesão vegetante e brônquio lateral superior obstruído.

Evolução

Durante a internação, enquanto era aguardado o resultado da histopatologia, o paciente evoluiu com quadro grave de tamponamento cardíaco, vindo a falecer, apesar das medidas de suporte realizadas.

Laudo histopatológico: avaliação (e revisão) de lâmina realizada internamente e com consulta inter-institucional sugere diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado.

Diagnóstico final: adenocarcinoma pouco diferenciado (Figuras 6 e 7).

Discussão

Os pulmões são órgãos destinados a realização de trocas gasosas com vistas a oxigenação do sangue. O pulmão direito é dividido em três lobos e o esquerdo em dois, sendo a língua equivalente ao

Quadro 1

Exames complementares:		
	Na internação	Duas semanas após a internação
Leucócitos mm ³	9400	22600
Basófilos %	0	0
Eosinófilos %	5	0
Mielócitos %	0	0
Meta mielócitos %	0	0
Bastões %	2	3
Segmentados %	66	85
Linfócitos %	2	2
Monócitos %	25	10
Hemácias mm ³	4850000	4200000
Hemoglobina g/dl	14,5	11,2
Hematócrito %	42	36
Glicose mg %	124	
Uréia mg/dl	15	
Creatinina mg/dl	0,6	
Sódio mEq/l	135	
Potássio mEq/l	4,8	

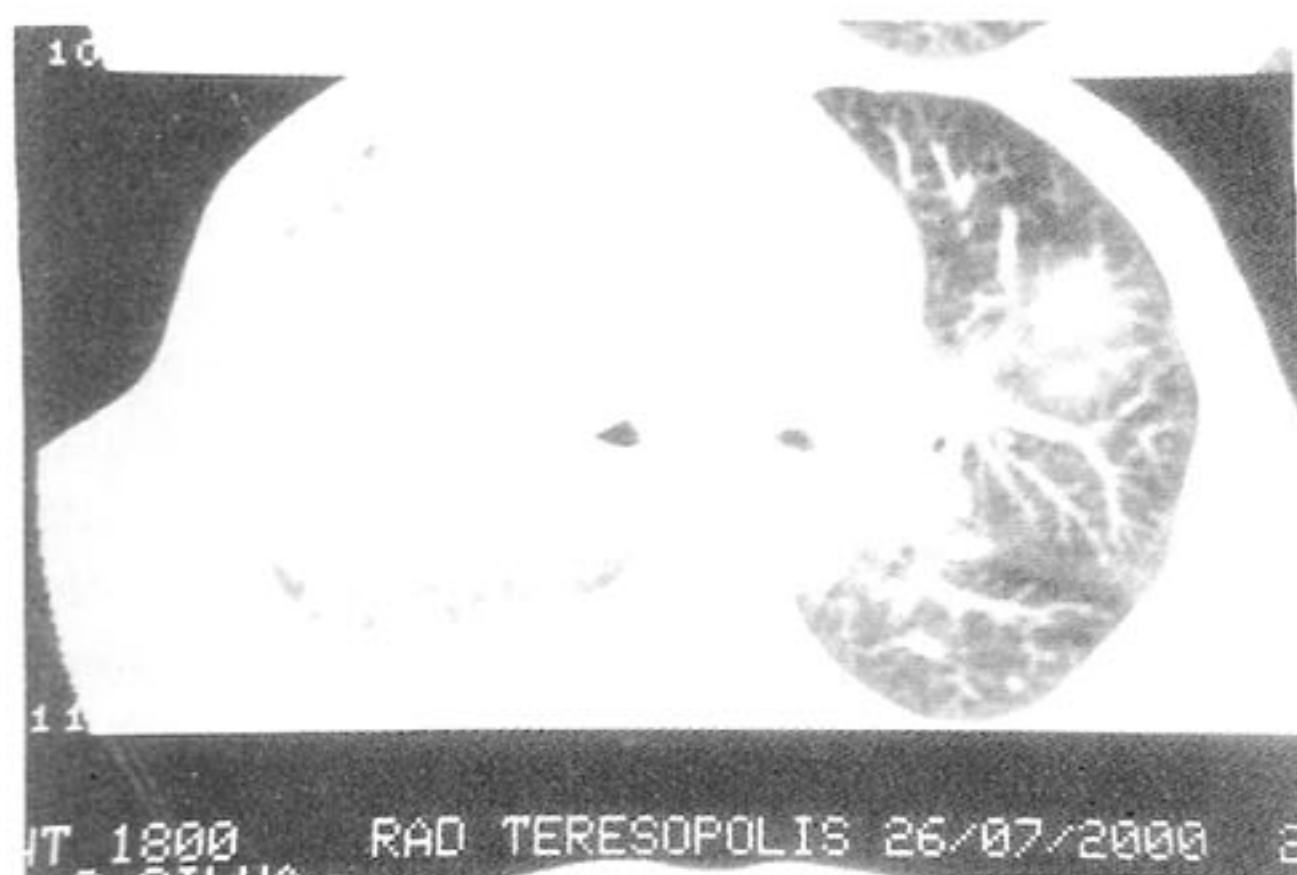


Figura 1 - Janela pulmonar. Massa neoplásica comprometendo grande parte do pulmão direito e parte do esquerdo.

lobo médio. As vias aéreas pulmonares, os brônquios principais direito e esquerdo, originam-se na traquéia e ramificam-se dicotomicamente, dando origem a vias aéreas progressivamente menores, onde provavelmente, as mutações celulares se iniciam⁽¹⁾.

Van Swieten em 1745 descreveu o quadro clínico e morfológico do carcinoma de pulmão no *Commentaria Hum Boerhaave Aphorismos*, denominando-o de angina scirrhusa. Contudo, a história do câncer de pulmão começa realmente no início do século XX, quando as principais minas foram abertas em *Schneeberg e Joachimsthal* (Alemanha), regiões ricas em minerais radioativos. Os mineradores desenvolviam a *Bergsucht* (Mal da Montanha) chamada por *Paracelso Morbus Metallicorum Imprimis Pulmonum*. Posteriormente, tal entidade foi reconhecida com câncer de pulmão, sendo em sua maioria carcinoma de pequenas células^(2,3).

Nos tempos atuais, o câncer de pulmão é uma das doenças viscerais malignas mais frequentes⁽²⁾,

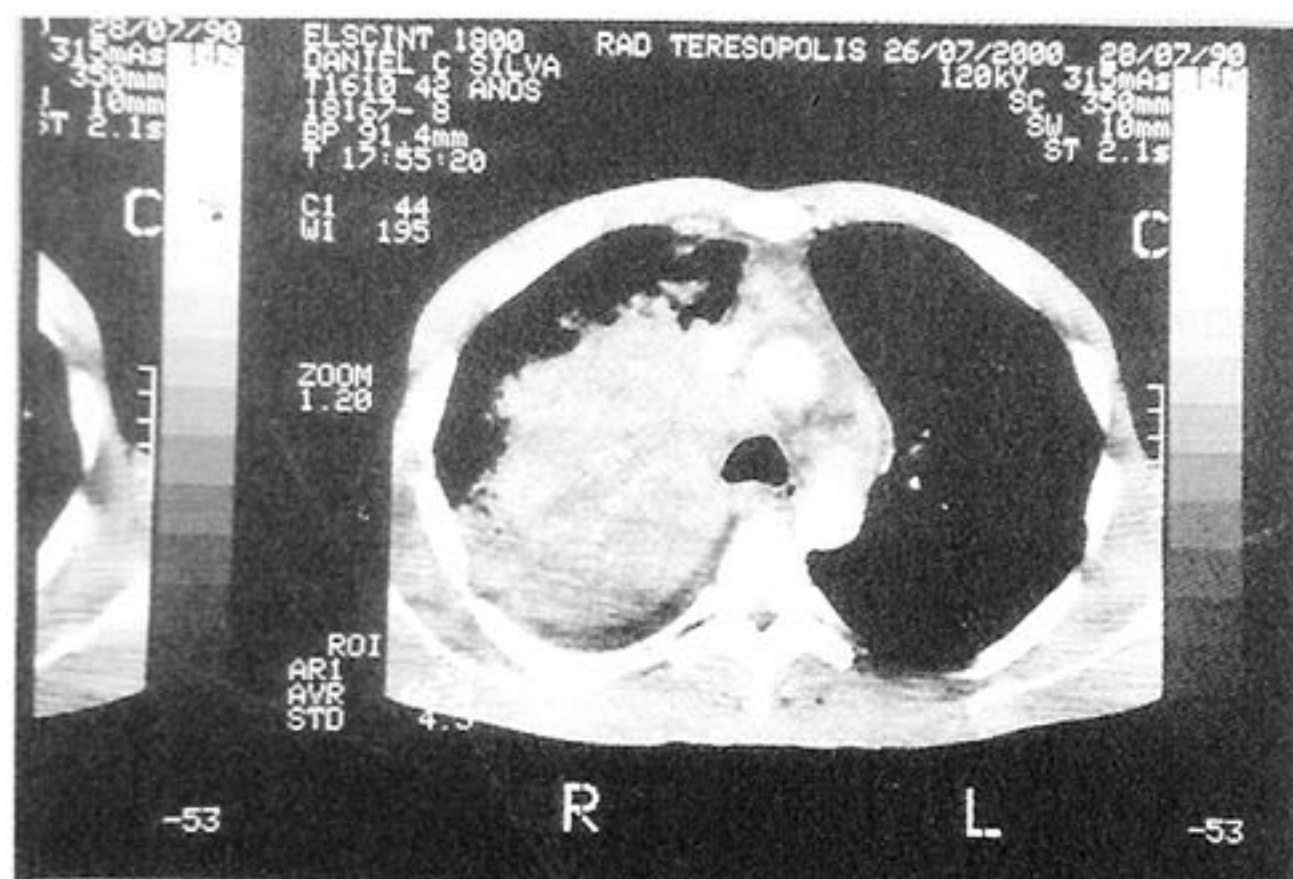


Figura 3 - Massa tumoral no pulmão direito com invasão de mediastino.

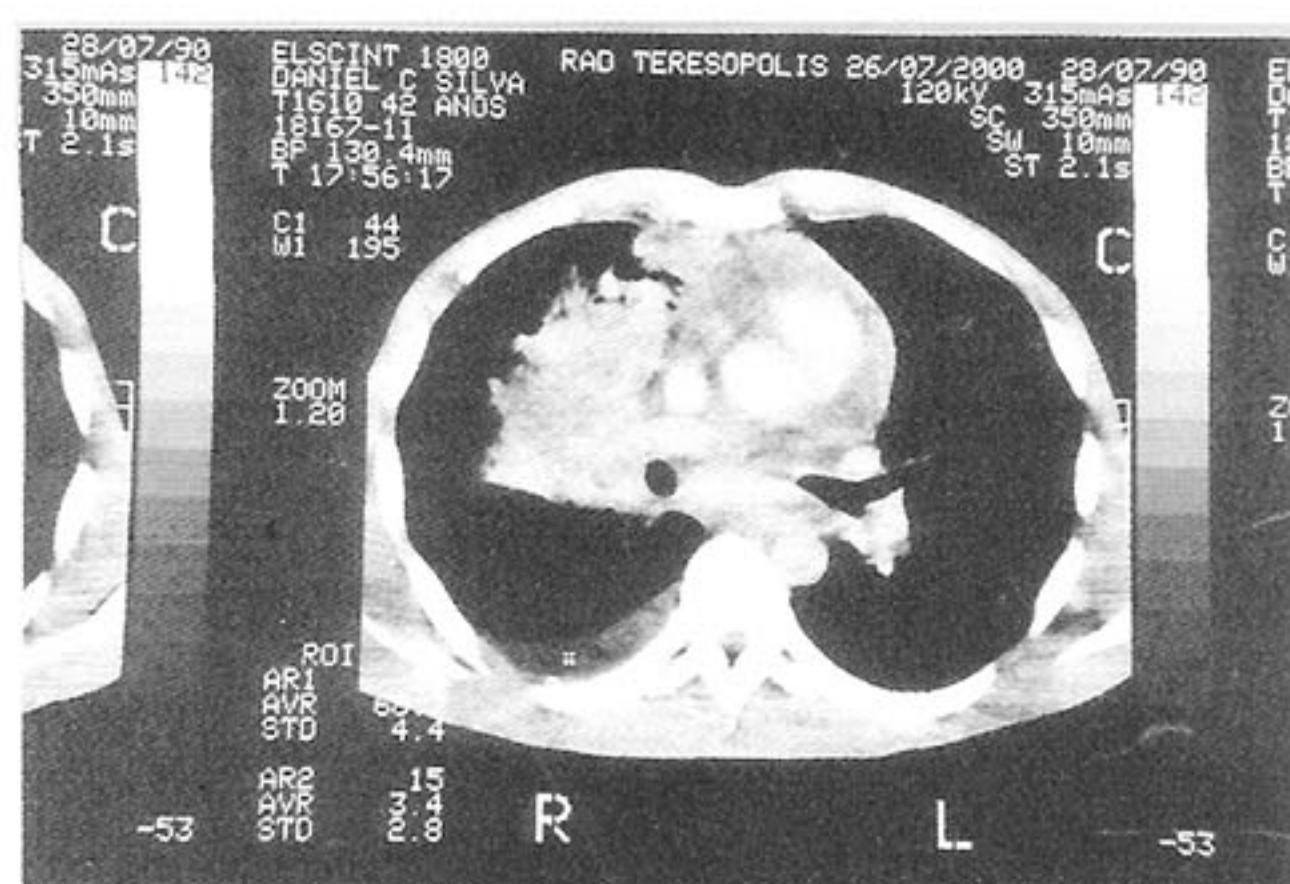


Figura 2 - Comprometimento mediastinal.

sendo estimado que representará aproximadamente 13% dos novos casos de câncer no decorrer do ano 2001, além de poder ser responsabilizado por até 28% das mortes por neoplasias neste ano⁽⁸⁾.

Apesar de ser uma das condições malignas mais agressivas da oncologia, é clinicamente silenciosa na maior parte de sua evolução. Os sinais e sintomas, usualmente, representam doença avançada, e o prognóstico é o pior do que quando um carcinoma se apresenta como uma anormalidade radiográfica assintomática. Os sinais e sintomas podem ser divididos em quatro categorias⁽⁵⁾:

- »» Aqueles causados no local pelo crescimento tumoral.
- »» Aqueles causados pela invasão tumoral das estruturas adjacentes.
- »» Aqueles causados pela doença metastática.
- »» As síndromes paraneoplásicas.

Segundo a *American Society Cancer*, os tumores malignos do pulmão são histologicamente divididos em dois grandes grupos – câncer de pequenas

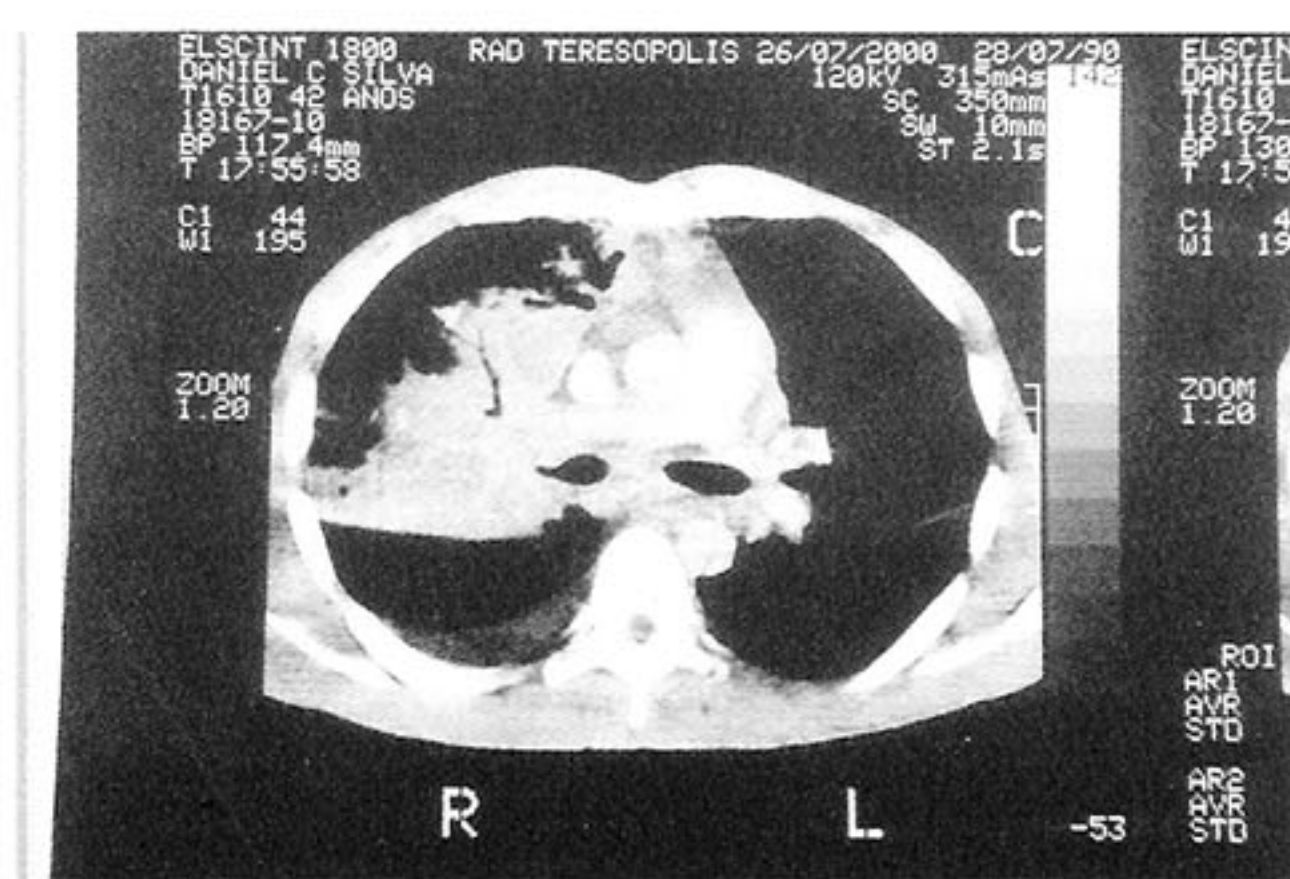


Figura 4 - Notar aerobroncograma.

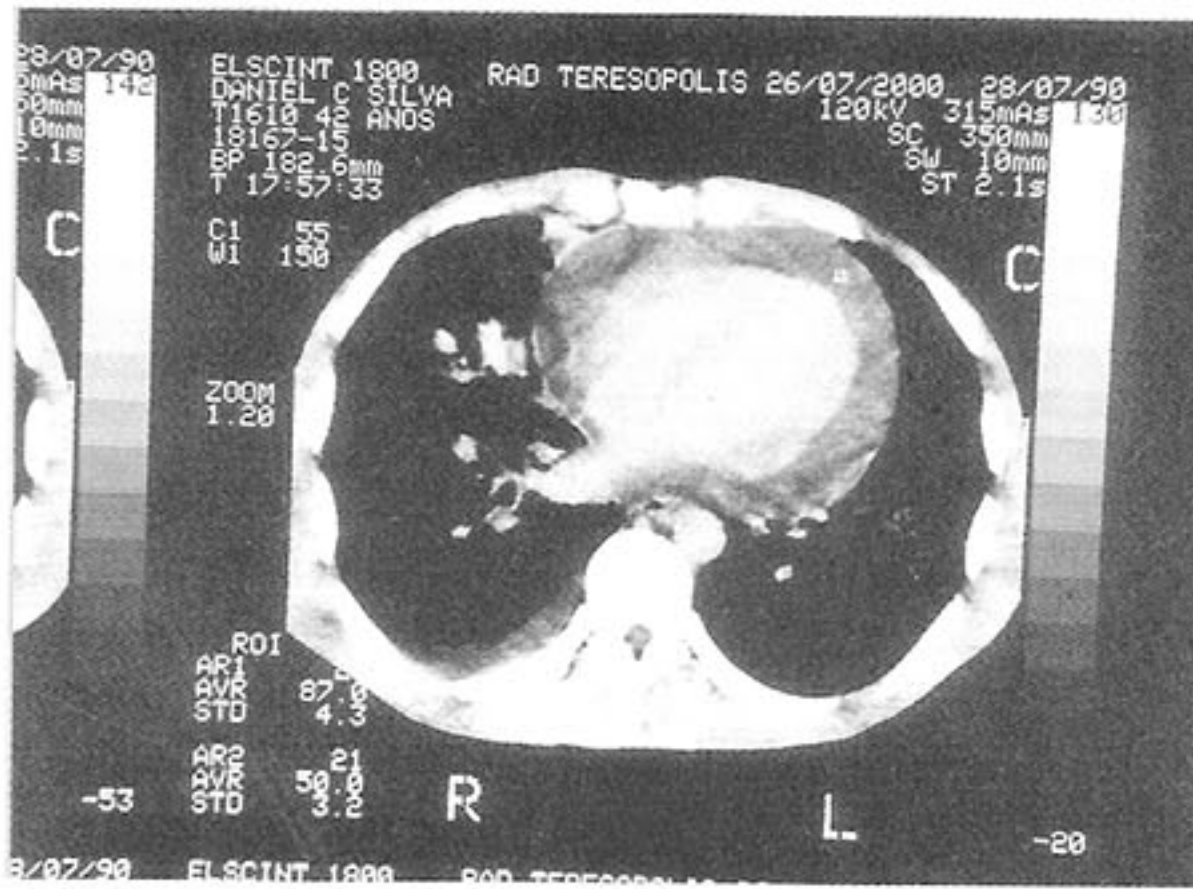


Figura 5 - Invasão do saco pericárdico.

células e câncer de não pequenas células. Este último grupo, que engloba 80% dos cânceres de pulmão é subdividido em carcinoma de células escamosa (cerca de 30%), adenocarcinoma (aproximadamente 40%) e carcinoma indiferenciado de grandes células⁽⁸⁾.

Os diversos tipos histológico deste tumor, além de apresentarem morfologia diferentes, também diferem por ocasião do diagnóstico, 15% localizados, 25% apresentam com acometimento de gânglios regionais e 55% com metástase à distância. Os espinocelular e *oat cell* mostram-se como massas centrais, em contrapartida os adenocarcinomas e câncer de grandes células como nódulos ou massas periféricas⁽⁶⁾.

O adenocarcinoma é o tipo mais comum de câncer de pulmão nas mulheres e nos não-fumantes. São, em geral, localizados mais periféricamente, tendem a ser menores e variam histologicamente desde tumores bem diferenciados, com elementos glandulares óbvios, a lesões papilares semelhantes a outros carcinoma papilares, a massa sólida com

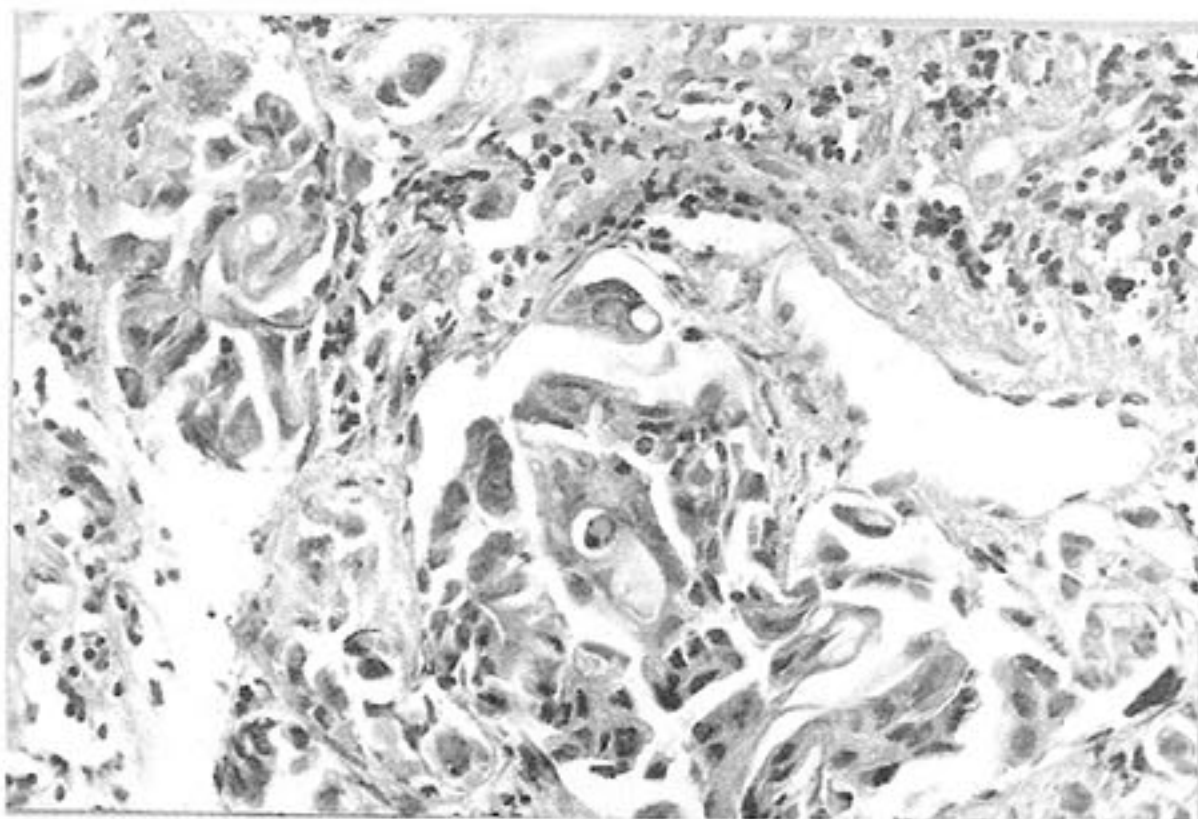


Figura 7 - Coloração hematoxilina - eosina. Grande aumento.

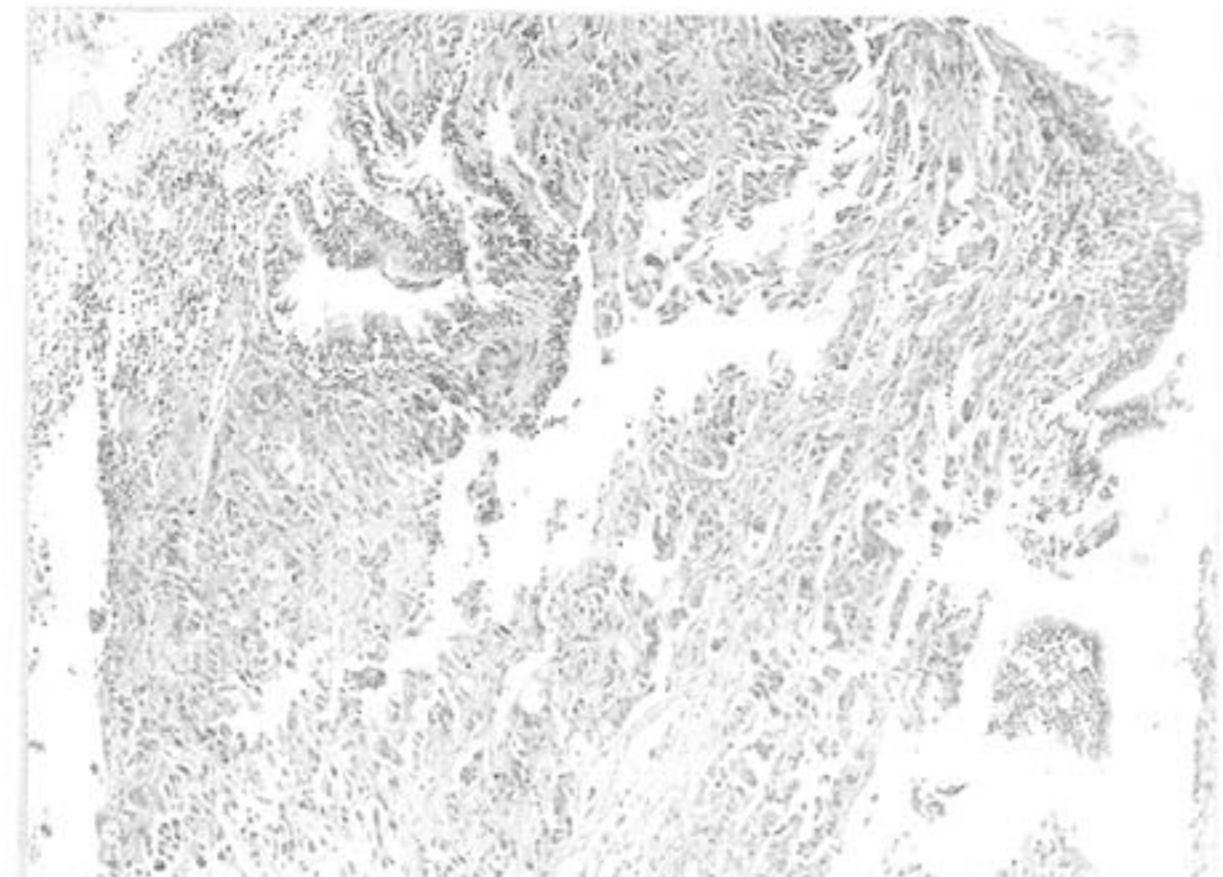


Figura 6 - Coloração hematoxilina - eosina. Pequeno aumento.

células e glândulas produtoras ocasionais de mucina. Aproximadamente 80% contém mucina. Os adenocarcinomas estão menos frequentemente associados com história de fumo do que os carcinomas de células escamosas ou pequenas células⁽¹⁾. Deve-se ressaltar, ainda que quanto ao padrão de disseminação da doença, seu acometimento nodal é freqüente, e metástases para o sistema nervoso central são encontrados em mais da metade dos pacientes com esta neoplasia. Em 12% destes pacientes, a disseminação ocorre somente para o sistema nervoso central⁽²⁾.

O carcinoma de pulmão de pequenas células (*oat cell*), por sua vez, constitui de 20% a 25% de todos os cânceres de pulmão, possui o menor tempo de dobra celular, menor tempo de dobra tumoral (29 dias) contra 161 dias do adenocarcinoma, desenvolvem metástase mais precocemente com apresentação disseminada mais freqüente, menor sobrevida com média de seis meses nos pacientes sem tratamento e menor taxa de cura com 5 anos de acompanhamento⁽²⁾.

Quatro subtipos compõem os adenocarcinomas na classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS): acinar, papilar, bronquíolo-alveolar e sólido formadores de muco. A distinção entre estes subtipos pode não ser matéria simples, o que levou à proposta de uma nova classificação dos subtipos, não mais em quatro, e sim em dois grupos: bronquíolo-alveolar e não bronquíolo-alveolar. Esta proposta também encerra obstáculos quanto à identificação e distinção, sabendo que alguns autores não encaram o carcinoma bronquíolo-alveolar como um grupo à parte. Permanecendo o debate, mantém-se a taxonomia da OMS perdurando, portanto, os quatro subtipos anteriormente referidos⁽²⁾.

O acometimento de gânglios linfáticos torácicos, mediastinais, supraclaviculares, é comum, principalmente no de pequenas células⁽⁶⁾. Além disso, os achados de comprometimento cardíaco são encontrados em cerca de 40% dos pacientes com carcinoma de pequenas células, sendo pouco comuns nos outros tipos. Podem ser vistos arritmias, derrame pericárdio e tamponamento cardíaco⁽⁶⁾. O carcinoma de pequenas células pode ser subdividido em: carcinoma de pulmão de pequenas células, carcinoma de pequenas células – grandes células e carcinoma de pequenas células combinadas⁽⁷⁾.

O presente relato difere de um caso distinto da maioria das situações clínicas de apresentação de carcinoma pulmonar, pela particularidade de os dados clínicos sugerirem carcinoma de pequenas células, mas do ponto de vista histológico, ter confirmado tratar-se de adenocarcinoma pouco diferenciado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Lester Kobzik. O Pulmão. In: Coltran RS, Kumar V, Collins T. Patologia Estrutural e Funcional. 6º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000: 666-677.
- 2-Guimarães CA, Barros Franco CA, Santiago Lima FP, Paschoal MEM, Bethlem N. Câncer de pulmão, tumores pleurais, costais, partes moles e outros. In: Bethlem N. Pneumologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2000: 508-570.
- 3-Corrêa AD, Siqueira-Batista R. Paracelso – o “Médico maldito”. Principais contribuições para o desenvolvimento da medicina e química. Arq Bras Med 1996; 70: 641-644.
- 4-Moreira JS, Porto NS, Geyer GR. Câncer de pulmão. In: Tarantino AB. Doenças Pulmonares. Rio de Janeiro: Editora Afiliada, 1997: 651-659.
- 5-Miller YE. Neoplasias pulmonares. In: Bennett JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997: 482-488.
- 6-Mina JD. Neoplasias de pulmão. In: Fauci A, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hausen S, Longo DL. Harrison Medicina Interna. 14 ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1998: 589-600.
- 7-Yesner R. Classification of lung cancer histology. N Engl J Med 1985; 312: 652-653.
- 8-American Society Cancer home page. ■

V i s i t e



A Sociedade de Pneumologia e
Tisiologia do Estado do
Rio de Janeiro na internet.

www.sopterj.com.br