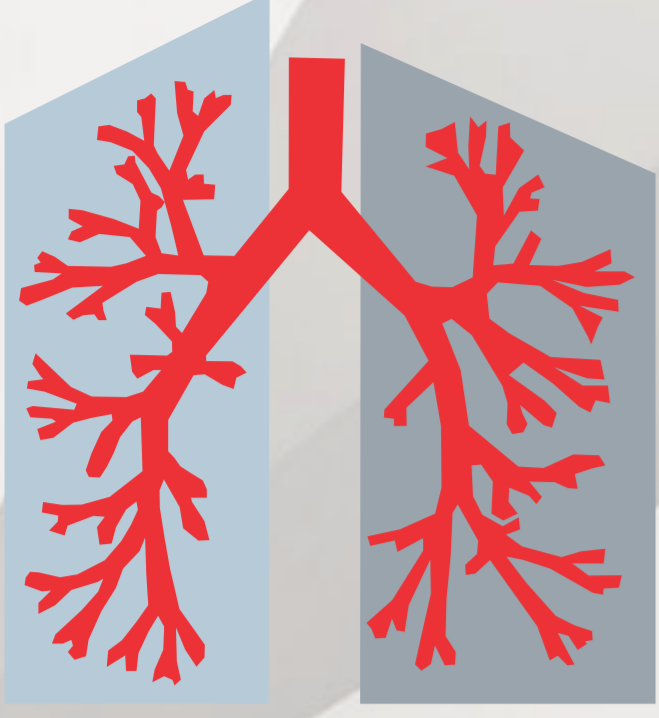


TRATAMENTO D ENDOSCÓPICO E TUMOR CARCINOÍDE TÍPICO BRÔNQUICO

LEONARDO C. S. OLIVEIRA, FRANCISCO MATHEUS T. F. VIEIRA, RYAN N. LIMA, DAVI S. CYPRIANO, NATHALIA S. S. ZACARIAS, ANTERO GOMES-NETO, FRANCISCO MARTINS-NETO

Contato: Leonardo Oliveira - leonardo@toracica.med.br



CIRURGIA TORÁCICA
HOSPITAL DE MESSEJANA
Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Fortaleza - Ceará

RELATO DE CASO

Mulher, 71 anos, diabética e hipertensa que descobriu de maneira acidental diminuto nódulo intrabronquico em tomografia realizada por motivo de dor torácica. Tomografia computadorizada evidenciava nódulo de 4,7mm fixo na parede anteromedial do terço distal do brônquio fonte esquerdo. Broncoscopia mostrava diminuta lesão vegetante no mesmo local. Biópsia broncoscópica demonstrou carcinóide pulmonar, achado confirmado na imunohistoquímica com Ki67 de 1%. Como na tomografia computadorizada com contraste não havia componente extra-brônquico e a dimensão da lesão era menor que 20mm foi oferecida ressecção endoscópica exclusiva da lesão. A ressecção foi realizada através de broncoscopia rígida com uso de traqueoscópio de lúmen total de 12mm com ótica de videobroncoscopia rígida de 5,5mm e pinça de biópsia porta-ótica. Após a retirada de toda a lesão com a pinça foi realizada eletrocoagulação do local de implantação da lesão com haste flexível de eletrocoagulação endoscópica guiada por dobrador endoscópico porta-ótica. Cuidado redobrado no uso de energia monopolar endo-brônquica deve ser tomado retirando-se qualquer suplementação de oxigênio maior que 21% por pelo menos 30 segundos antes do acionamento para diminuir o risco de fogo de via aérea. A paciente saiu de alta no dia seguinte ao procedimento sem intercorrências. A única queixa da paciente foi a persistência de tosse produtiva nos primeiros 20 dias após a ressecção endoscópica que respondeu ao uso de levofloxacina e mucofluidificantes. Primeiro controle endoscópico após 30 dias mostra ainda a persistência de diminuta úlcera fibrinoide no local de implantação do tumor. Conforme preconizado pela literatura, em tumores sem componente extra-brônquico e com tamanho menor que 20mm, a ressecção endoscópica é uma boa opção. Um acompanhamento rigoroso de um mínimo de 2 anos é essencial.

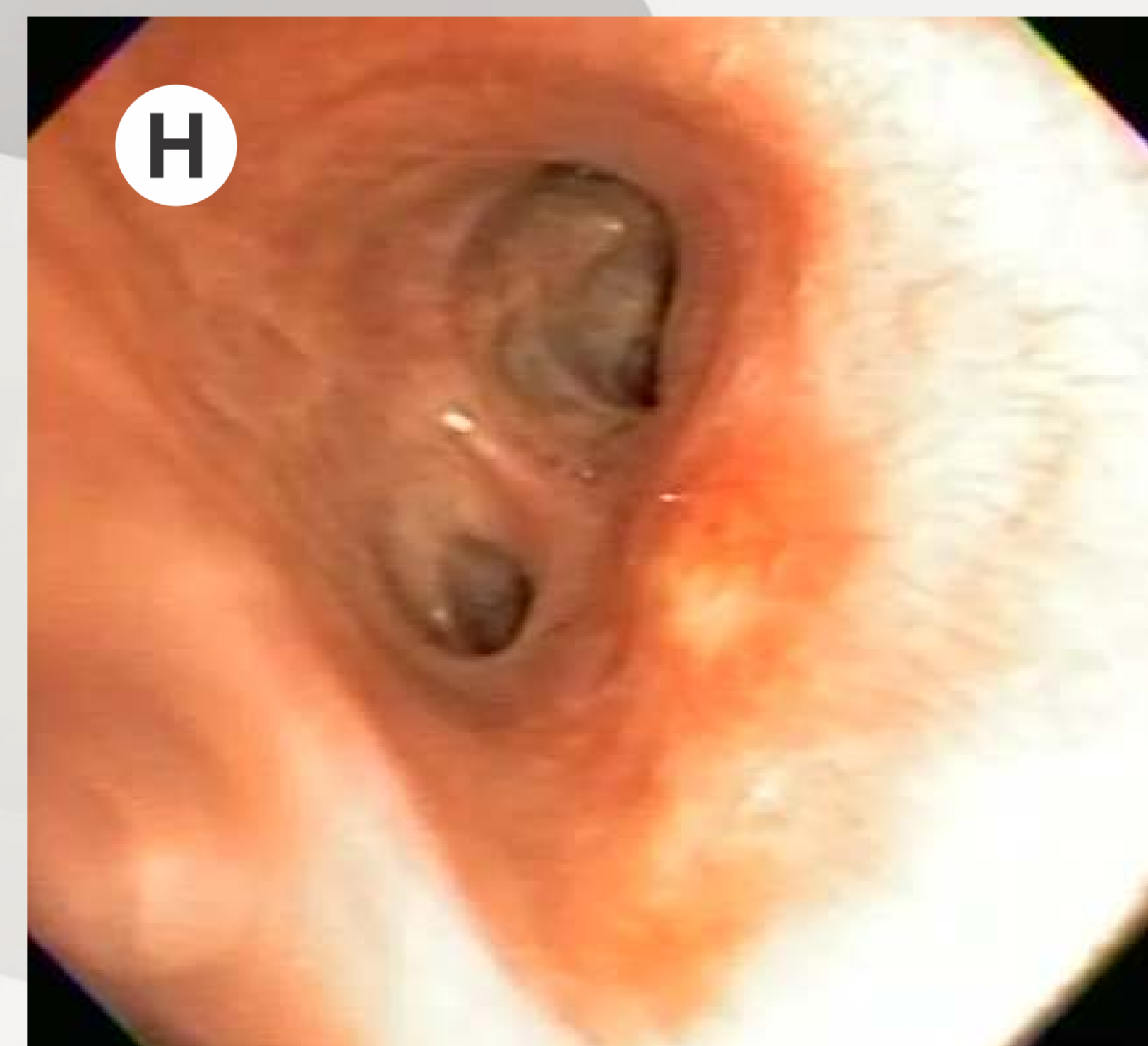
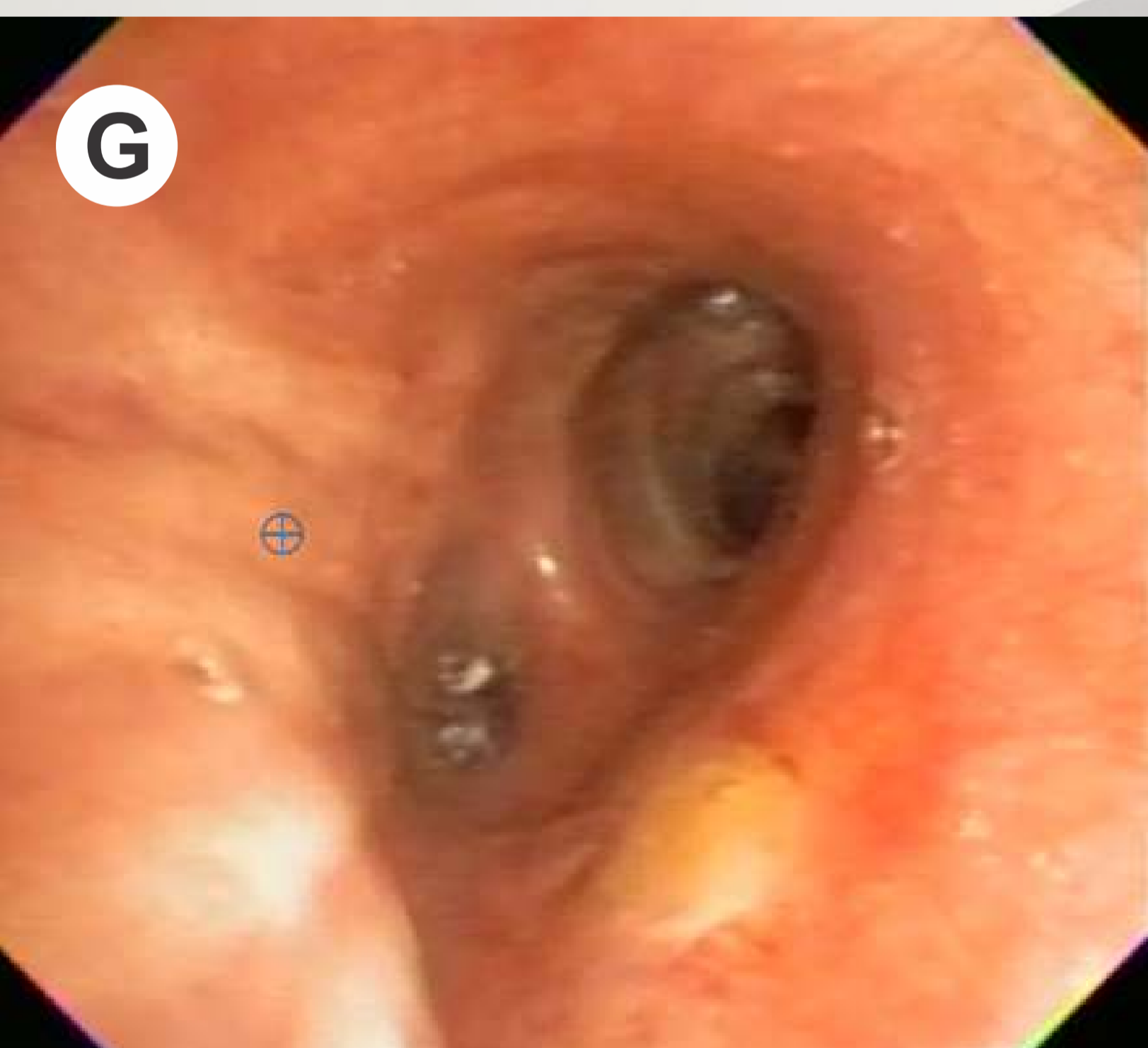
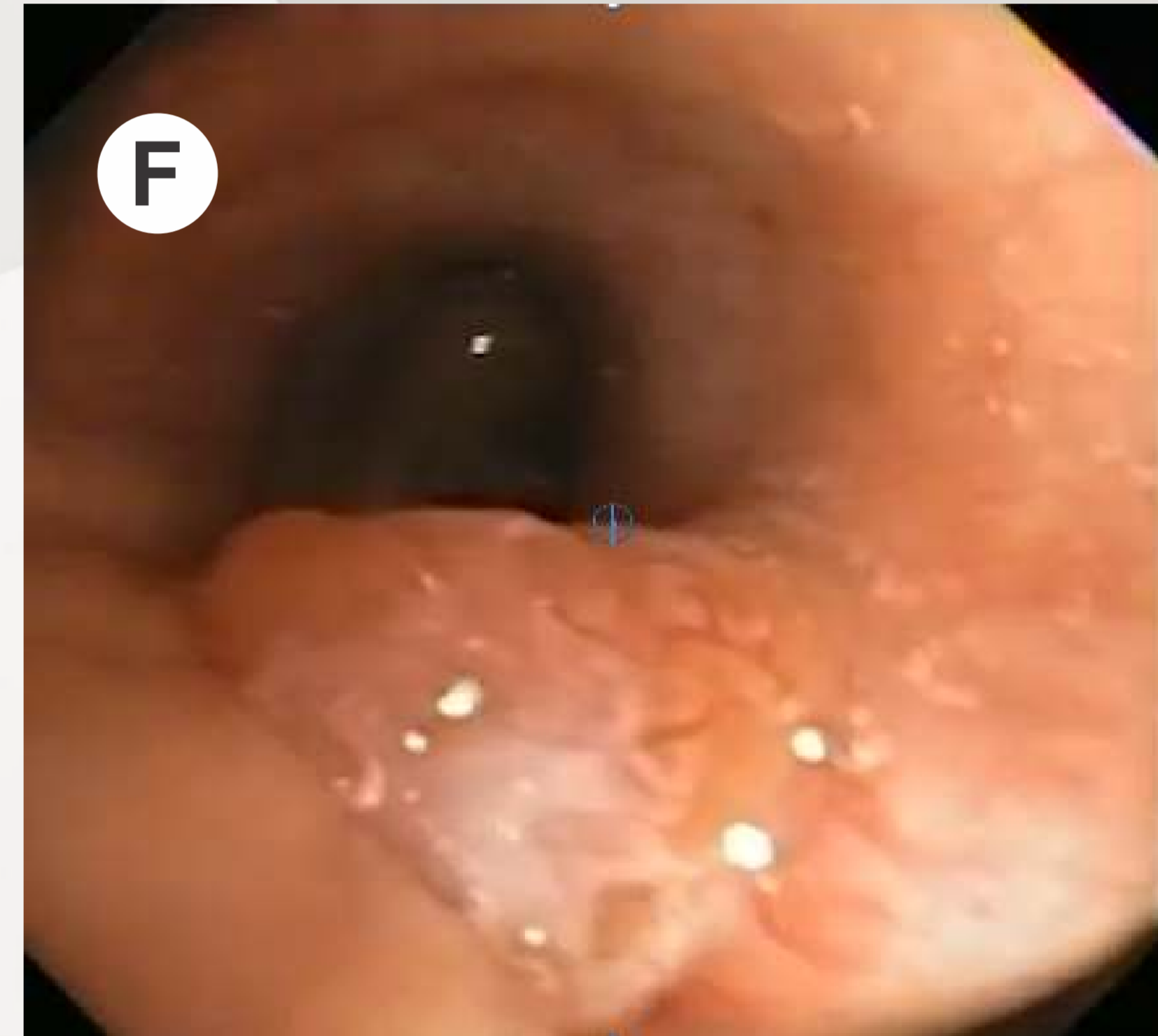
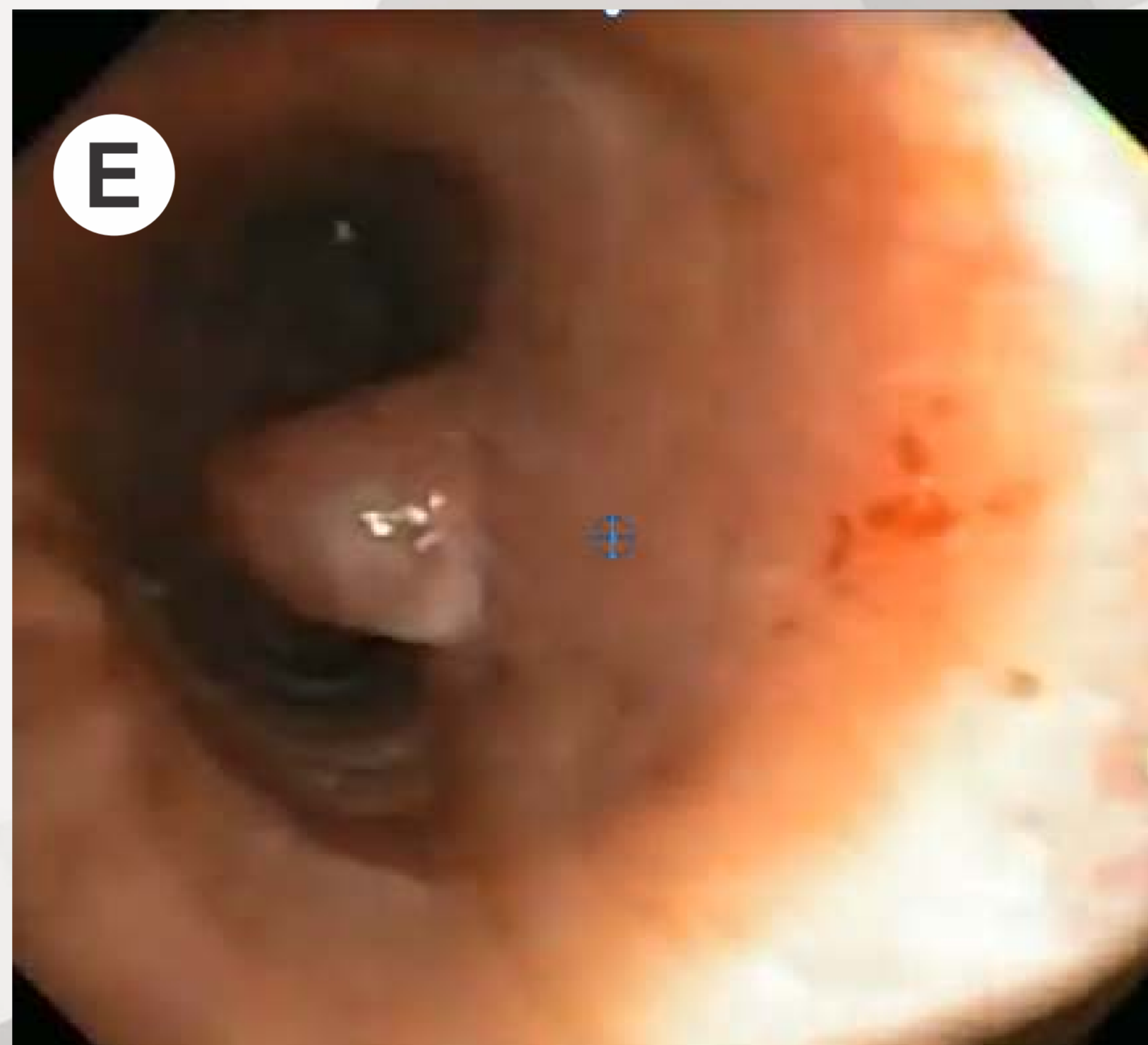
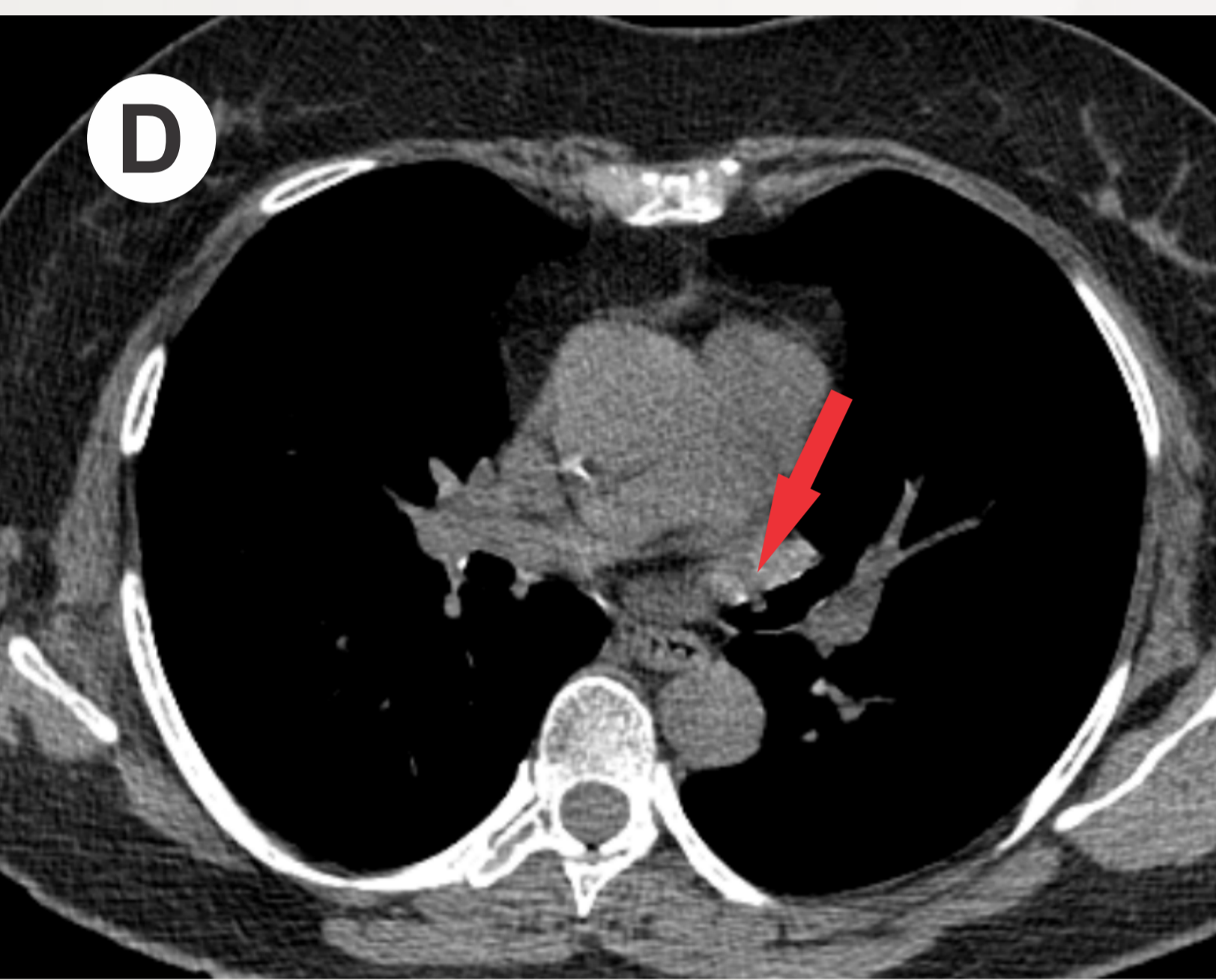
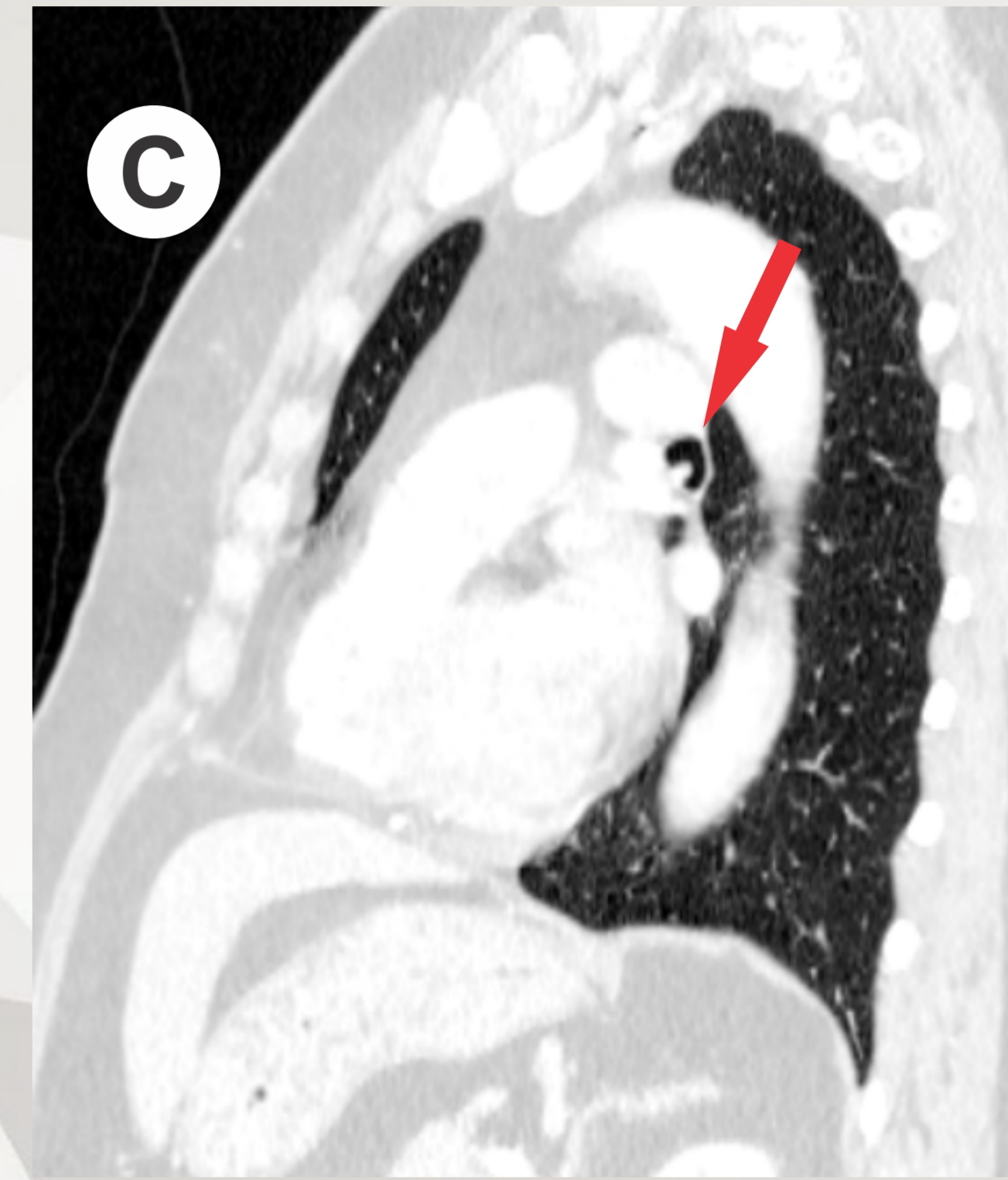
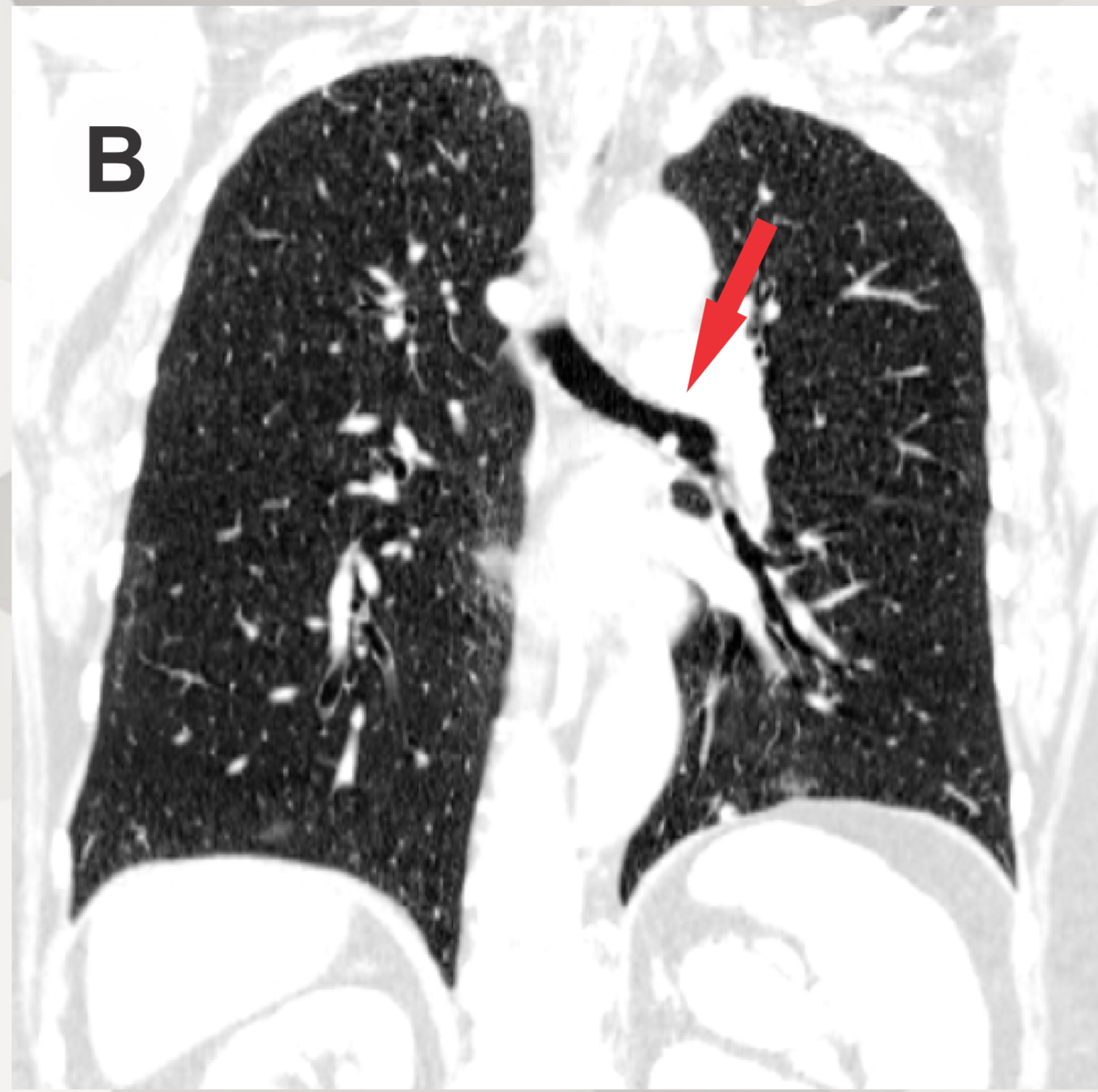
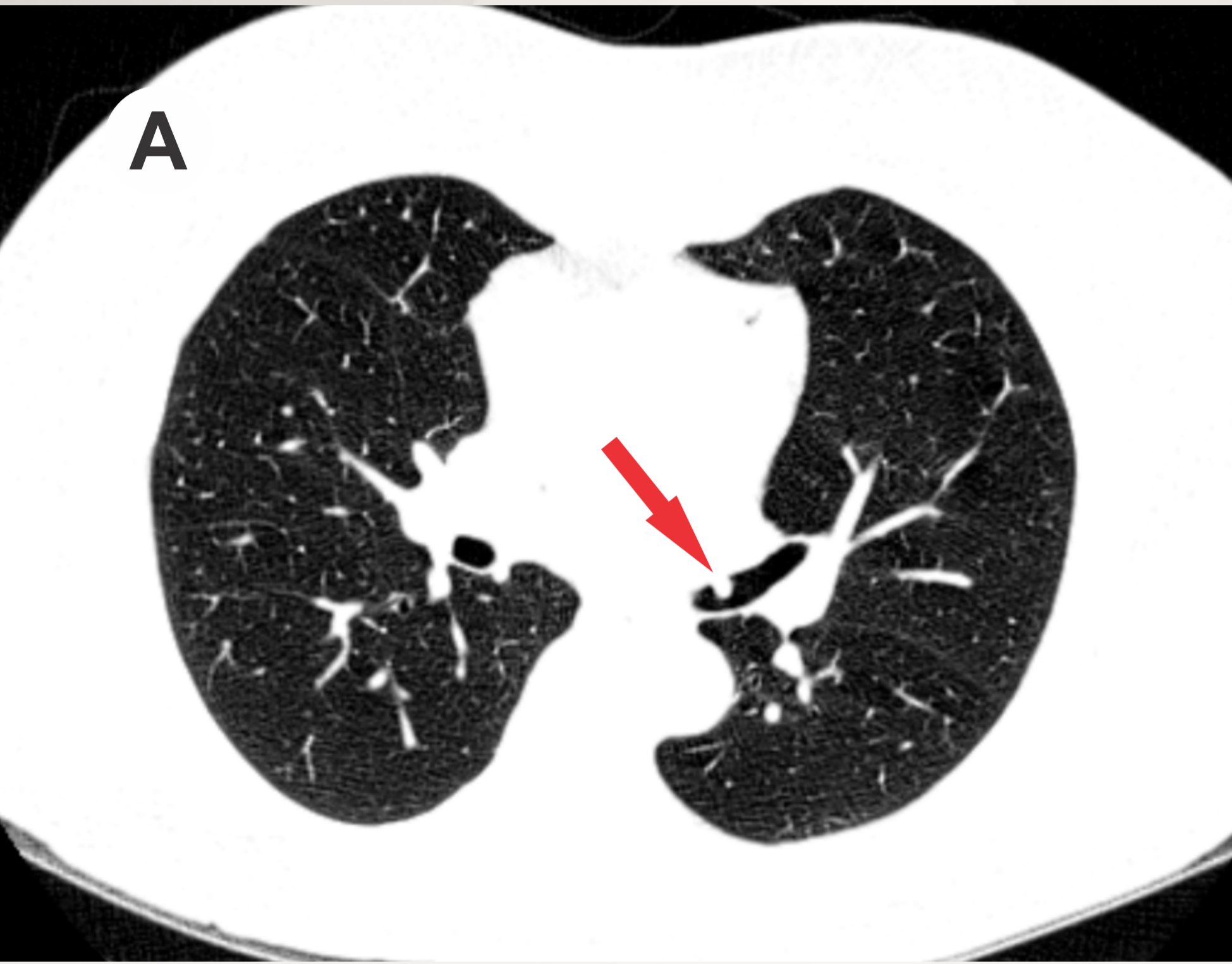


FIGURA 1: Tomografia computadorizada mostrando lesão vegetante em brônquio principal esquerdo (A), (B), (C) e (D); Foto de broncoscopia flexível com lesão vegetante pediculada (E) e (F); Foto de broncoscopia flexível 1,5 meses após a ressecção (G); Foto de broncoscopia flexível 3 meses após a ressecção (H).

DISCUSSÃO

A neoplasia neuroendócrina de baixo grau pulmonar, antigamente conhecido como tumor carcinóide típico, é tumor de crescimento lento e surgem do epitélio brônquico e bronquiolar com origem das células de Kilchitsky, corpos neuroepiteliais ou células tronco pluripotentes bronquiais. Na árvore traqueobrônquica costuma comprometer a parede brônquica e manifestar um efeito “iceberg”, quando o componente visível intrabronquico é a menor parte do extraluminal. Representam <1% das neoplasias pulmonares e, embora malignos, os carcinóides típicos determinam metástases em menos de 10-15% dos casos. Além disso apenas 5-10% dos carcinóides brônquicos são polipóides sem extensão pela parede cartilaginosa (1). A cirurgia é o tratamento de escolha pela existência do efeito “iceberg”. Entretanto, a ressecção com ablação por laser ou eletrocirurgia, podendo esse método ser opção curativa e menos mórbida(2). Um detalhe importante é que na falta de trabalhos que mostrem que a taxa de sobrevida livre de doença seja equiparável ao tratamento cirúrgico um seguimento frequente e a longo prazo deve ser feito para detectar recidivas precoces (3). A ressecção endoscópica deve ser considerada como opção nos casos de tumores puramente intraluminais, polipóides, menores de 20mm e independente do grau histológico (4, 5).

REFERÊNCIAS

1. Detterbeck FC. Management of carcinoid tumors. *Ann Thorac Surg.* 2010;89(3):998-1005.
2. Neyman K, Sundset A, Naalsund A, Espinoza A, Solberg S, Kongerud J, et al. Endoscopic Treatment of Bronchial Carcinoids in Comparison to Surgical Resection: A Retrospective Study. *J Bronchol Intervent Pulmonol.* 2012;19(1):29-34.
3. Petrella F, Guarize J, Spaggiari L. The Role of Endobronchial Treatment for Bronchial Carcinoid: Considerations from the Thoracic Surgeon's Point of View. *Respiration; international review of thoracic diseases.* 2018;96(2):204.
4. Reuling E, Dickhoff C, Plaisier PW, Coupe VMH, Mazairac AHA, Lely RJ, et al. Endobronchial Treatment for Bronchial Carcinoid: Patient Selection and Predictors of Outcome. *Respiration; international review of thoracic diseases.* 2018;95(4):220-7.
5. Papaporfyrion A, Domayer J, Meilinger M, Firlinger I, Funk GC, Setinek U, et al. Bronchoscopic diagnosis and treatment of endobronchial carcinoid: case report and review of the literature. *Eur Respir Rev.* 2021;30(159).