

CARCINOMA DO PULMÃO. Revisão da Casuística de 12 Anos Num Serviço de Medicina Interna

MARIA ISABEL COLAÇO, HELENA ESTRADA, RUI MORENO, BARROS VELOSO

Serviço 1 Medicina. Hospital de Santo António dos Capuchos. Lisboa

Resumo

Os autores analisam os processos clínicos dos doentes com carcinoma do pulmão, internados no Serviço 1 de Medicina do Hospital de Santo António dos Capuchos, num período de 12 anos (1978-1989). Dos 112 doentes considerados, 50% tinham confirmação histológica, os restantes tinham forte evidência clínico-radiológica, endoscópica e/ou necrótica ou pesquisa positiva de células neoplásicas na expectoração, secreções brônquicas ou no líquido pleural. Apresentam-se os aspectos clínicos, meios complementares de diagnóstico utilizados, e realça-se o estado geralmente avançado da doença, a dificuldade do seu diagnóstico histológico e a elevada mortalidade (55,4%).

SUMMARY

Lung Cancer

The authors present a retrospective study of medical records of patients with lung cancer, admitted at the Service 1 of Internal Medicine of Santo António dos Capuchos Hospital during a 12 year period (1978-1989). Of the 112 selected patients, 50% had histologic diagnosis, the remaining had strong clinical radiographic, endoscopic and/or autopsic evidence of pulmonary malignancy or malignant cytology in sputum, bronchial secretions or pleural fluid. The clinical symptoms and means of diagnosis are presented and the advanced stage of the disease, at admission, the problems concerning the histologic diagnosis and the high mortality rate (55.4%) are emphasized.

INTRODUÇÃO

O carcinoma do pulmão constitui nalguns países e no sexo masculino a principal causa oncológica de morte^{1,2}. Em Portugal e segundo as últimas estatísticas ocupa o 2º lugar³.

São tumores que atingem preferencialmente o sexo masculino, mas nos últimos anos tem-se assistido a um aumento progressivo do número de mulheres afectadas, constituindo para alguns autores a 2ª causa oncológica de morte no sexo feminino^{1,2,4}.

A incidência desta neoplasia está a aumentar e a taxa de mortalidade ajustada para a idade duplica em aproximadamente 15 anos^{1,2,4}.

Se há duas três décadas se considerava o consumo e fumo do tabaco, o principal e quase que exclusivo agente etiológico implicado como o demonstraram os trabalhos de Doll e Benhamou^{5,6}, entre outros actualmente admite-se que devido a uma maior industrialização da sociedade, existem outros produtos cancerígenos, nomeadamente o radão, o níquel, os radioisótopos e os agentes aromáticos policíclicos que têm um papel determinante no aparecimento da neoplasia maligna do pulmão^{4,6}.

Sendo uma entidade de diagnóstico precoce difícil, com uma sintomatologia inicial inespecífica, leva a que contactemos com a doença em estádios já muito avançados, raramente permitindo uma terapêutica satisfatória.

Confrontados com as dificuldades na abordagem diagnóstica e terapêutica destes doentes e o aumento progressivo da incidência desta entidade foi nosso propósito proceder a revisão casuística dos doentes internados num serviço de Medicina Interna dum Hospital Central, cujo diagnóstico de saída foi carcinoma do pulmão, durante um período de 12 anos (1978-1989).

Recebido para publicação: 5 de Junho de 1991

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efectuado um estudo retrospectivo de todos os processos clínicos do Serviço 1 do Hospital de Santo António dos Capuchos, cujo diagnóstico de saída foi de neoplasia maligna do pulmão referentes aos anos de 1978 a 1989. Com base num protocolo previamente elaborado foram incluídos neste estudo 112 doentes cujo diagnóstico se baseou em forte suspeita clínico-radiológica, endoscópica e/ou necrótica pesquisa positiva de células neoplásicas na expectoração, secreções brônquicas ou líquido pleural e os que tinham confirmação histológica, tendo sido analisados os seguintes parâmetros: sexo, grupo etário, motivo de internamento, iatrotropismo, tempo entre os primeiros sintomas e o internamento, antecedentes pessoais, hábitos tabágicos e etanólicos, alterações laboratoriais, alteração na teleradiografia do tórax, outros meios complementares de diagnóstico, método de diagnóstico, tipo histológico, terapêutica e resultado.

RESULTADOS

No período de Janeiro de 1978 a Dezembro de 1989 foram considerados 112 doentes, divididos posteriormente em 2 grupos, 1º com diagnóstico histológico confirmado e o 2º sem confirmação histológica. Destes, 103 eram do sexo masculino (92%) e 9 eram do sexo feminino (8,0%) tendo havido um predomínio do grupo etário com idade superior a 60 anos (69,6%) (Quadro 1).

Em relação aos motivos de internamento (Quadro 2) constata-se que as queixas gerais de anorexia, astenia, emagrecimento e as do foro pulmonar como a tosse, a expectoração, a dor torácica e dispneia foram as mais frequentes, sem diferenças estatísticas significativas entre os 2 grupos de doentes, excepto no que respeita à dor torácica $p < 0,003$.

QUADRO 1 - Carcinoma do pulmão. Sexo versus Grupo etário

Grupo etário	Sem histologia N = 56	Com histologia N = 56
<50 anos	6	7
50-60 anos	5	16
>60 anos	45	33

103 homens; 9 mulheres; relação 11:1.

QUADRO 2 - Carcinoma do pulmão. Motivo de internamento

Motivo de internamento	Sem histologia N = 56	Com histologia N = 56	P	%
Astenia/anorexia	40	36	NS	67,9
Emagrecimento	38	32	NS	62,5
Tosse	28	29	NS	50,9
Dor torácica	32	15	<0,003	42,0
Dispneia	16	25	NS	36,6
S. de metastização	14	19	NS	28,6
Expectoração hemoptóica	9	15	NS	21,4
Febre	8	15	NS	20,5
Achado radiológico	3	5	NS	7,1

Relativamente aos primeiros sintomas estes são dominados pelo foro pulmonar seguindo-se as queixas gerais (Quadro 3).

Nos 93 doentes em que foi possível avaliar o tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o internamento, verificou-se em 68,8% foi superior a 3 meses (Quadro 4).

QUADRO 3 —Carcinoma do pulmão. Iatrotropismo

Iatrotropismo	Sem histologia N = 56	Com histologia N = 56	P	%
Dor torácica	17	22	NS	34,8
Tosse	17	16	NS	29,5
S. Gerais	13	13	NS	23,2
Dispneia	6	14	NS	17,9
Expectoração hemoptóica	4	12	<0,06	14,3
Metástase	4	11	NS	13,4
Outros	10	15	NS	22,3

Nos antecedentes pessoais salienta-se que em 41 casos havia história compatível com a D.P.C.O. 20 sem diagnóstico histológico e 21 com diagnóstico histológico e destes 14 eram carcinomas epidermóides (Quadro 5) (36,6%), em 20 (17,9%)

QUADRO 4 - Carcinoma do pulmão. Tempo entre o 1º sintoma e o internamento

Tempo entre o 1º sintoma e o internamento	Sem histologia N = 56	Com histologia N = 56	%
<3 meses	14	15	25,9
3-6 meses	16	18	30,4
6-12 meses	6	10	14,3
>12 meses	10	4	12,5
Não determinado	10	9	17,0

QUADRO 5 - Carcinoma do pulmão. Patologia associada

	Sem histologia	Adenocarcinoma	Espino-celular	Grandes células	Pequenas células
DPCO	20	3	14	1	3
TP	9	4	6	1	1

tuberculose antiga e em 17 (15,2%) úlcera péptica. Os hábitos tabágicos foram importantes em 75 doentes, 40 sem diagnóstico histológico e 35 com esse diagnóstico, sobretudo no carcinoma epidermóide (22 casos) (67,0%), inexistentes em 17 (15,2%) e desconhecidos em 20; 8 sem diagnóstico histológico e 12 com o tipo de tumor identificado (17,9%). Os hábitos etanólicos foram relevantes em 60 doentes (53,6%), inexistentes em 22 (19,1%) e desconhecidos em 30 (26,8%)

Constatou-se a existência de anemia em 42 doentes (37,5%) leucocitose em 67 (59,8) e V.S. elevada em 83 (74,5%).

A apresentação radiológica mais frequente foi condensação, com ou sem atelectasia em 53 doentes, seguindo-se, o derrame pleural em 33 e o nódulo solitário em 10 (Quadro 6), não havendo praticamente diferenças entre os 2 grupos de doentes considerados.

QUADRO 6 - Carcinoma do pulmão. Alterações radiológicas

Alterações radiológicas	Sem histologia N = 56	Com histologia N = 56	%
Condensação	24	23	42,0
Derrame pleural	13	14	24,1
Nódulo solitário	5	5	8,9
Condensação + derrame	3	3	5,4
Atelectasia	4	2	5,4
Outros	2	2	3,6
Não referida	5	7	10,7

A partir dos processos clínicos em que foi possível obter o resultado da citologia na expectoração, secreções brônquicas ou líquido pleural verifica-se que dos 53 doentes em que foi registada a citologia da expectoração, a pesquisa de células neoplásicas foi positiva em 12 e negativa em 41, relativamente às secreções brônquicas foi positiva em 10 e negativa em 6 e no líquido pleural positiva em 13 e negativa em 8 (Quadro 7).

QUADRO 7 - Carcinoma do pulmão. Melos cito-histológicos

Melos cito-histológicos	Positivos	Negativos
Cél. neopl. expectoração	12	41
Cél. neopl. secrec. brônquicas	10	6
Cél. neoplásicas líquido pleural	13	8
Biópsia brônquica	19	10
Biópsia pulmonar	6	5
Biópsia pleural	4	4
Biópsia ganglionar	13	2

No (Quadro 8) são apresentados os métodos complementares de diagnóstico que permitiram a identificação do tipo histológico do tumor nos 56 doentes em que tal foi possível. De destacar que dos 24 exames de necrópsia realizados, em 21 o diagnóstico de carcinoma do pulmão foi feito mas desconhece-se o tipo histológico.

O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma epidermóide em 32 doentes (57,1%), seguindo-se o adenocarcinoma e o carcinoma de pequenas células (Quadro 9).

Em termos de terapêutica apenas 3 doentes foram submetidos a cirurgia, 13 a radioterapia, 13 a quimioterapia anti-neoplásica e 2 a terapêutica mista.

A mortalidade intra-hospitalar foi de (55,4%) 62 doentes.

QUADRO 8 - Carcinoma do pulmão. Meios de diagnóstico

Meios de diagnóstico	Nº
Biópsia brônquica	19
Biópsia ganglionar	13
Biópsia pulmonar	6
Biópsia pleural	4
Necrópsia	3
Biópsia óssea	2
Biópsia nódulo cutâneo	1
Biópsia massa supraclavicular	1
Diagnóstico prévio	7

QUADRO 9 - Carcinoma do pulmão. Tipo histológico

Tipo histológico	Nº	%
Carcinoma epidermóide	32	57,1
Adenocarcinoma c/bronquiolo-alveolar	13	23,2
Carc. pequenas células	8	14,9
Carc. grandes células	3	5,4

DISCUSSÃO

No estudo que efectuamos observa-se um nítido predomínio do sexo masculino em relação ao feminino com uma relação de 11:1, valor significativamente superior ao encontrado noutras séries^{1,4,7}.

Este aspecto poderá estar relacionado com o menor consumo de tabaco e com a menor exposição a outros agentes cancerígenos nos nossos doentes e ao facto do nosso Serviço não ser um centro de referência de neoplasia do pulmão.

A maioria das neoplasias malignas do pulmão ocorrem em ambos os sexos entre os 35 e os 75 anos, com um pico de incidência entre os 55 e os 65 anos^{1,2}. No nosso Serviço constatámos que 64,9% dos doentes tinham idade superior ou igual a 60 anos.

Os primeiros sintomas são geralmente do foro pulmonar e o tempo que mediou entre o aparecimento destes e o internamento foi em 68,8 superior a 3 meses.

Os sintomas que justificaram o internamento foram sobretudo os de carácter geral seguindo-se os do foro pulmonar em percentagens semelhantes às encontradas noutras séries portuguesas^{7,8}, no entanto Feinstein em 678 doentes apenas encontrou 34% que apresentavam sintomas sistémicos⁹ e Moura e Sá 22,3% em 161 casos¹⁰. De referir que 32 doentes (28,6%) tinham à data de internamento queixas provocadas por metastização, o que traduz o estágio avançado da doença, achado aliás constatado noutras séries⁹. No entanto alguns centros vocacionados para o despiste destas situações as percentagens são significativamente mais baixas. À semelhança de outras revisões, constatamos que 7,2% dos doentes eram assintomáticos, tendo sido a descoberta da neoplasia um achado radiológico ocasional^{8,9}.

Os síndromas paraneoplásicos, classicamente tão frequentes neste tipo de patologia^{2,11} só foram identificados em 2 doentes devendo-se talvez este facto a uma deficiente investigação clínica, aspecto este que julgamos dever ser revisto.

Os antecedentes de doença pulmonar crónica e tuberculose pulmonar foram frequentes nos nossos doentes, bem como a existência de hábitos tabágicos e etanólicos significativos.

A anemia e a V.S. elevada são características dos estádios avançados da doença, o que está de acordo com os nossos números.

Nenhum dos doentes apresentava uma radiografia do tórax normal sendo de referir que as imagens mais frequentes foram as sugestivas de condensação com ou sem atelectasia e/ou derrame pleural (71,5%).

Em relação aos meios complementares de diagnóstico observa-se que os que mais vezes nos deram o diagnóstico foram a biópsia brônquica, seguindo-se a ganglionar, a pulmonar e a pleural.

Em grandes séries internacionais efectuadas em doentes com neoplasia maligna do pulmão 59 a 74% das lesões foram visíveis em fibroscopia tendo a biópsia e as secreções brônquicas dado o diagnóstico em 86 a 96% dos casos^{12,13}.

Na casuística da Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa a rentabilidade da biópsia e secreções brônquicas foi de 69% do total¹⁴, havendo no entanto séries como a nossa onde é significativamente inferior⁷⁻¹⁰.

A pesquisa de células neoplásicas na expectoração foi positiva em número reduzido de casos (22,6) mas mais rentável nas secreções brônquicas e no líquido pleural, no entanto outras estatísticas nacionais apontam para percentagens muito mais elevadas de citologia positiva da expectoração¹⁰⁻¹⁴.

Em 50% dos doentes foi possível identificar o tipo histológico, constatando-se que o mais frequente foi o carcinoma epidermóide (57,5%), que em grandes séries aparece entre os 34 e 39%, seguido de adenocarcinoma, do carcinoma de pequenas células e finalmente do de grandes células. Salienta-se que na nossa revisão o carcinoma bronquiolo-alveolar foi identificado em 8,9% número nitidamente superior ao de outras séries².

De notar que o diagnóstico de neoplasia do pulmão foi feito por necrópsia em 24 doentes mas apenas em 3 casos se conhece o resultado do tipo histológico.

CONCLUSÃO

Na maioria dos doentes a terapêutica foi paliativa o que está relacionado com o estágio avançado da doença. O panorama tão desolador está documentado em numerosas séries com uma sobrevida aos 5 anos entre 10 a 15%¹⁵. Na nossa revisão a taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 55,4%. Pensamos que estes dados possam estar relacionados com vários factores:

Dificuldade do diagnóstico precoce – Os doentes atingidos são geralmente homens fumadores, com doenças pulmonares crónicas em que a modificação das queixas não é devidamente valorizada, o que atrasa o diagnóstico, pelo que actualmente se aconselha um rastreio na população de risco, com teleradiografia de tórax e citologia da expectoração.

Estádio avançado da doença à data do internamento hospitalar – Os doentes chegam ao hospital com acentuada degradação do estado geral, frequentemente com evidência de metastização o que dificulta e mesmo contra-indica a utilização de alguns meios complementares de diagnóstico e de atitudes terapêuticas.

Dificuldade na identificação do tipo histológico da neoplasia – Para esta situação contribuirá as más condições de recolha e envio dos produtos para pesquisa de células neoplásicas bem como as condições em que são efectuadas as biópsias quantas vezes negativas apesar da visão directa da lesão ser fortemente sugestiva de processo maligno.

Claro que tudo isto dificulta extraordinariamente o papel do anatomopatologista.

Por outro lado, noutros casos, a localização do tumor não o torna facilmente acessível e, ou o estágio da doença contra-indica a utilização de meios complementares coerentes e que pouco iriam beneficiar o doente.

Finalmente pensamos que a modificação do diagnóstico dos doentes não se faz de modo determinante no internamento hospitalar mas muito antes, com a modificação de comportamentos sociais e com o rastreio precoce destas situações para o que contribuirá decididamente o papel dos Serviços Básicos de Saúde e a consciencialização do próprio doente.

BIBLIOGRAFIA

1. MINNA J.D.: Neoplasmes of the Lung: Harrison's Principles of Internal Medicine - 12 ed. McGraw Hill, 1991: 1102-1110.
2. DE VITTA J.R., V.T. HELMAN, S. ROSENBERG S.A.: Cancer Principles and Practice of oncology 2ª Ed. Philadelphia J B Lippincot Company, 1985: 507-597.
3. Óbitos segundo as idades e o sexo dos falecidos, por causas de morte. Estatísticas de Saúde, Açores e Madeira. Instituto Nacional de Estatística, 1989: 240-259.
4. FREITAS E COSTA M.: Epidemiologia e prevenção. Cancro do Pulmão: Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1988: 15-24.
5. DOLL R., PETO R.: Mortality in Relation to Smoking 20 Year's Observation on Male British Doctors. Br. Med J 1976; 2: 1525-1536.
6. BENHAMOUS S., BENHAMOU E., TIRMARCHE M., FLAMANT R.: Lung Cancer and use of cigarette: A French Case-Control Study. J Nat Cancer Inst 1985; 74: 1169-1175.
7. MATIAS TERESA, et al.: Cancro do Pulmão. Experiência de um Serviço de Medicina Interna (1975-1985). Boletim Clínico dos HCL, 1989; 46(3-4): 53-57.
8. SOTTO-MAYOR R.: Quadro Clínico. Cancro do Pulmão. Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1988: 4-67.
9. CARBONNE P.P., FROST J.K., FEINSTEIN, Ar et al: Long Cancer perspective and prospects. Ann Inst Med 1970; 73: 1003-1024.
10. MOURA E SÁ, et al.: Cancro do Pulmão: Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa. Revisão de 161 casos. O Médico, 1982; 103: 772-780.
11. VILLAR MIGUEL: Síndromes Paraneoplásicas. Cancro do Pulmão. Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1988: 69-84.
12. DVALE P.A., BODE F.R., KIM S.: Diagnostic accuracy in Lung Cancer. Comparison of techniques used in association with flexible fiberoptic bronchoscopy. Chest, 1976; 69: 752-757.
13. RICHARDSON R.L.T., ZAVALA D.C., JUKERJEE P.K., et al.: The use of fiberoptic bronchoscopy and brush biopsy in diagnostic of suspected pulmonary malignancy. Am Rev Respir, 1974; 109: 63-66.
14. TEIXEIRA ENCARNAÇÃO: Metodologia Diagnóstica. Cancro do Pulmão - Clínica de Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1988; 103-112.
15. SWENSEN S.J., et al.: An Integrated Approach to Evaluation of the Solitary Pulmonary Nodule. Mayo Clin Proc, 1990; 85: 173-186.