

Metástases Endobrônquicas – Experiência em dois hospitais terciários

Endobronchial Metastasis – Experience in two tertiary care hospitals

RAÚL CICERO*, FRANCISCO NAVARRO*,
ELMA CORREA†, LEON GREEN†, FABIOLA TAPIA*

Journal of Bronchology 2001; 8 (2): 84-87.

* Unidad de Neumología, Hospital General de Mexico S.S. and Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Mexico

† Instituto Nacional de Cancerología S.S., Cidade do México, México.

RESUMO

Os autores decidiram determinar a frequência de metástases endobrônquicas (M.ED) em doentes com história clínica de doença maligna extratorácica.

Realizaram um estudo retrospectivo de 2836 broncofibroscopias (BFB) realizadas nos serviços de pneumologia e cirurgia cardio-torácica de dois hospitais terciários da Cidade do México.

Só foram incluídos no estudo os doentes que revelaram lesões tumorais endobrônquicas com história prévia de doença maligna extratorácica. Todos os doentes tinham sintomas respiratórios e alterações na radiografia do tórax.

De 911 doentes que mostraram alterações endoscópicas de neoplasia só 58 doentes tinham metástases endobrônquicas.

Estes doentes foram todos submetidos a biópsias, lavados e escovados. O tempo de evolução, o tratamento e a sobrevivência foram registados.

As M.ED foram mais frequentes nas mulheres

(36 mulheres para 28 homens). A média de idades foi 52,8 anos. 51% das M.ED estavam localizadas na arvore brônquica direita. A traqueia estava envolvida em 20% dos casos. As M.ED mais frequentes eram do útero, mama e rim. A biópsia brônquica teve 84,9% de sensibilidade.

A metástase endobrônquica isolada foi rara sendo geralmente acompanhada de outras metástases intratorácicas. A metástase endobrônquica do carcinoma do colo do útero é a mais frequente nesta série.

A BFB foi o método de grande utilidade no diagnóstico das metástases endobrônquicas neste estudo.

O tratamento das M.ED foi paliativo sendo a cirurgia apenas num caso.

COMENTÁRIO

Os tumores malignos extratorácicos podem metastizar para o pulmão, para os gânglios hilares e mediastínicos e para a pleura.

As metástases endobrônquicas macroscópicas são raras e estão presentes em apenas 5% dos doentes com tumores malignos extratorácicos.

A origem mais frequente é dos tumores do rim, mama e cólon. Em mais de 30% dos casos coincidem com outras metástases intratorácicas.

A importância do diagnóstico endobrônquico e anátomo-patológico está relacionado com a importância de saber se é um tumor primitivo do pulmão, um tumor benigno ou de facto uma metástase endobrônquica.

A BFB continua a ser o método de eleição e obrigatório sempre que há sintomas respiratórios e/ou alterações na radiografia do tórax.

Pensamos que este trabalho tem interesse particularmente pelo número elevado de broncofibroscopias avaliadas e também por constatar que a origem mais frequente das metástases endobrônquicas está relacionada com o carcinoma do colo do útero, o que contraria as séries publicadas.

Outro aspecto importante é o realce dado ao tratamento paliativo com o objectivo principal de melhorar a obstrução brônquica e, subseqüente-

mente, a qualidade de vida.

Por fim, gostava de fazer uma referência à eventualidade do tratamento cirúrgico em casos pontuais e particulares da M.ED do carcinoma colorectal que atingiu o "follow up" dos 32 meses sem qualquer sintoma ou sinal de recidiva.

Palavras-chave: Broncofibroscopia; Metástase endobrônquica; Tumor maligno extratorácico.

MENSAGEM

- As metástases endobrônquicas dos tumores malignos extratorácicos são raras. Contudo sempre que haja sintomas respiratórios ou alterações radiológicas do tórax, devem ser investigadas.
- A broncofibroscopia continua a ser o método de eleição e obrigatório.
- O tratamento paliativo (broncoscopia de intervenção coadjuvada por quimioterapia e/ou radioterapia) não modifica o prognóstico e a sobrevida, mas melhora a obstrução brônquica e subsequentemente a qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- COLT HG. Laser bronchoscopy. *Chest Surg Clin North Am* 1996; 6: 277-291.
- FILDERSMAN AE, COPAGE L, SHAW C et al. Pulmonary and pleural manifestations of extrathoracic malignancies. *Clin Chest Med* 1989; 10: 747-807.
- JOHNSTON MR, GRONDIN S. The role of endoscopy in the staging and management of lung metastases. *Chest Surg Clin North Am* 1998; 8: 49-58.
- SHEPHERD MP. Endobronchial metastatic disease. *Thorax* 1982; 37: 362-365.
- IKEZOE J, JOHKO T et al. CT findings of endobronchial metastasis. *Acta Radiol* 1991; 32: 445-460.

J. Rosal Gonçalves, 01.07.24