

# Cancro do Pulmão

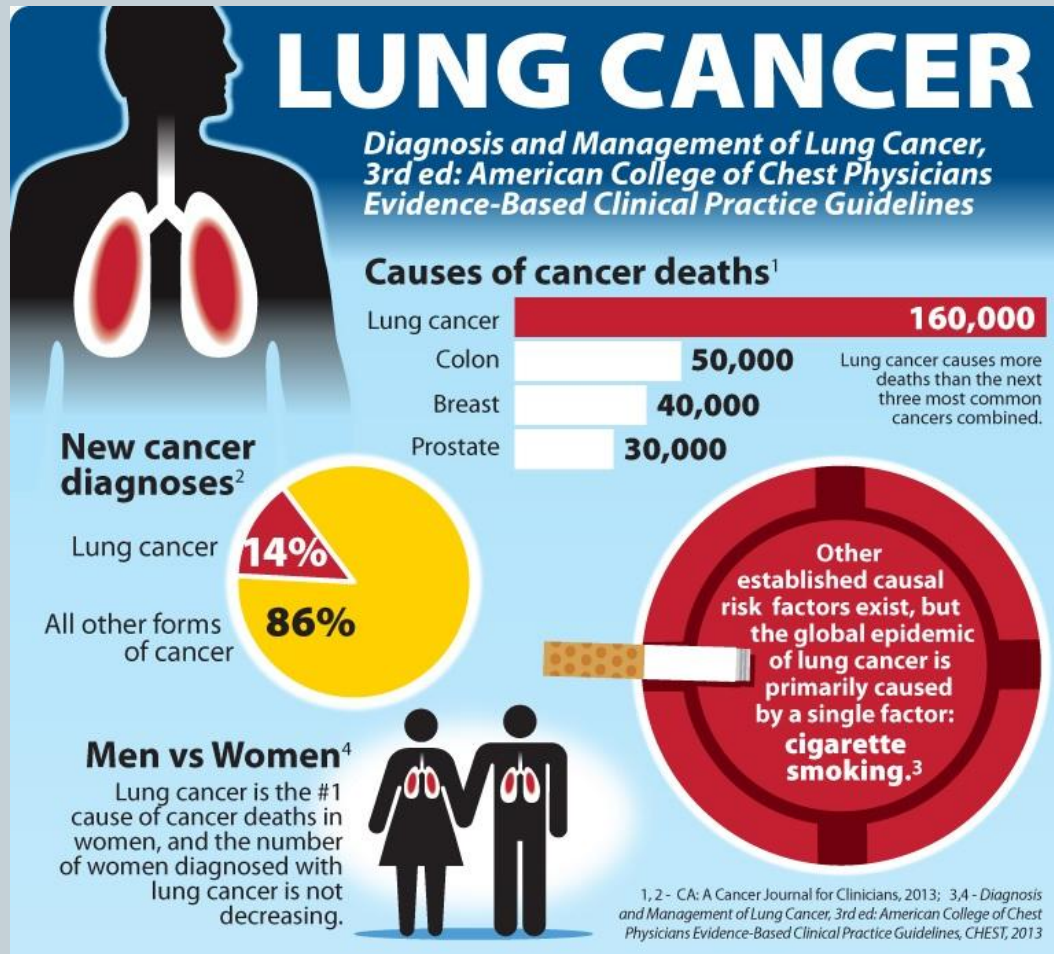


## O DESAFIO CONSTANTE

Serviço de Pneumologia  
Director: Dr. Fernando Rodrigues  
Orientador: Dr. José Pedro Boléo-Tomé

Telma Sequeira – Interna de Formação Complementar de Pneumologia  
Amadora, 8 Maio 2014

# Cancro do Pulmão: Epidemiologia



# Cancro do Pulmão: Epidemiologia

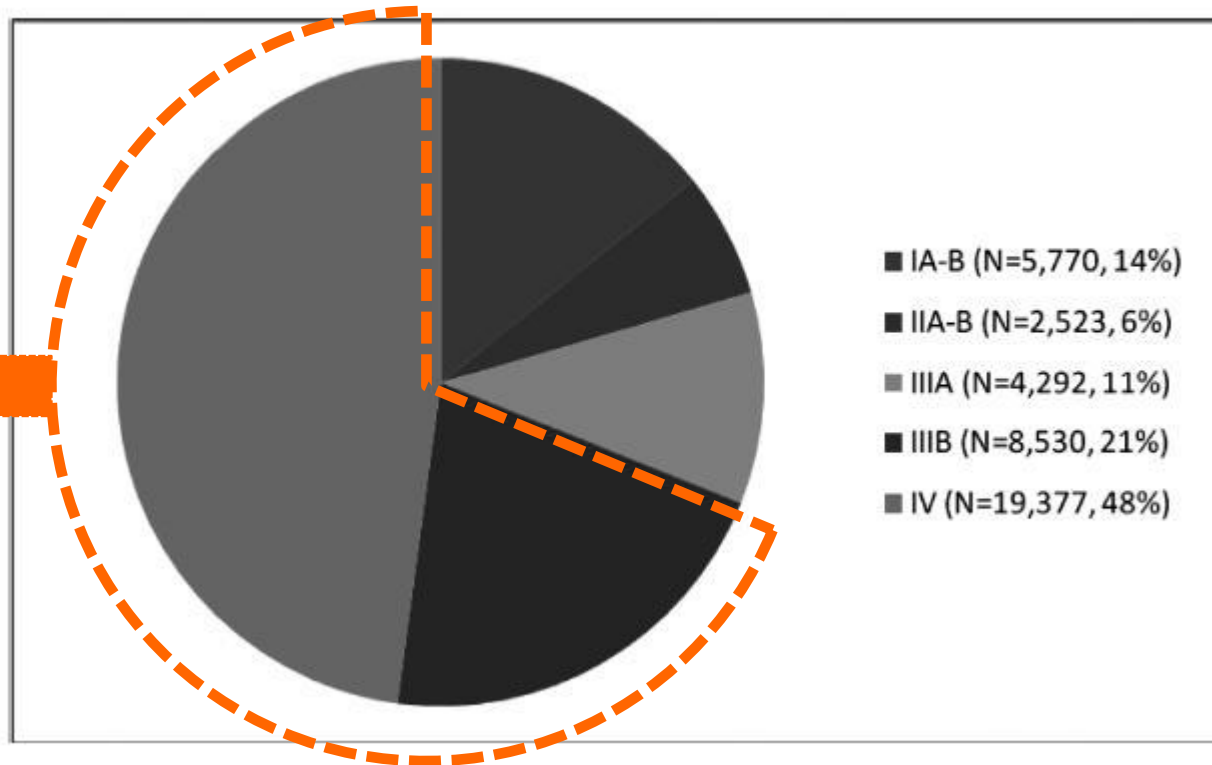


- Cancro do pulmão: 1<sup>a</sup> causa de morte oncológica nos países ocidentais
- Em Portugal:
  - 4<sup>o</sup> tumor mais frequente (a seguir a mama, próstata e cólon)
  - 2<sup>o</sup> mais mortal (a seguir ao cólon)
  - Incidência: homem 41/100.000, mulher 11/100.000
- Um terço dos casos ocorre antes dos 65 anos

# Cancro do Pulmão: Epidemiologia



**Figure 1.7:** Stage at presentation in those patients with stage recorded (N=40,492). NLCA (England and Wales) 2006-08.

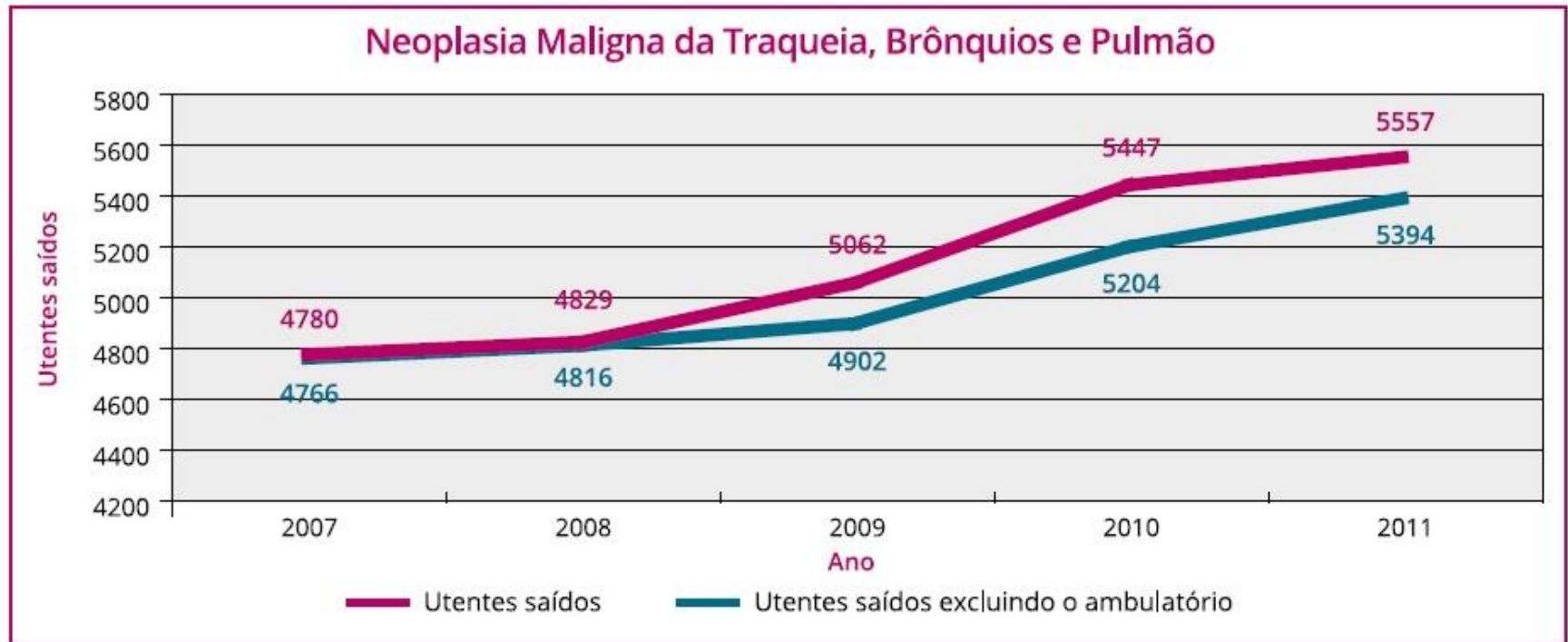


**69% dos casos em estadio avançado, inoperável**

# Cancro do Pulmão: Epidemiologia



Figura 7. Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna da Traqueia, Brônquios e Pulmão, Portugal Continental (2007 a 2011)



Fonte: GDH – ACSS/DGS

# Cancro do Pulmão: rastreio?



- Não existe ainda um teste adequado para rastreio populacional.
- **RX do tórax** não é adequado para rastreio em populações de risco.
- Existe evidência de que a **TC de baixa dose** pode reduzir a mortalidade por cancro do pulmão em populações de risco

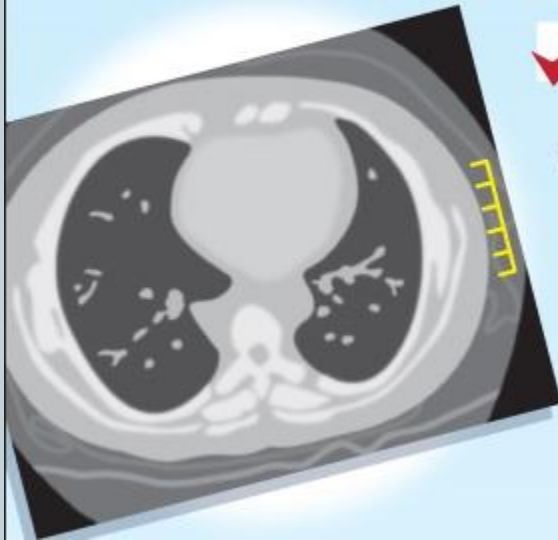
## Problemas:

- acesso a TC de baixa dose e radiologistas treinados
- enorme volume de nódulos indeterminados ou benignos que necessitam de vigilância
- definição dos grupos de risco?

# Cancro do Pulmão: rastreio?



## SCREENING RECOMMENDATIONS



### CT SCREENING SHOULD BE OFFERED TO:

- Smokers & former smokers, age 55-74, with more than 30 pack-years of smoking.
- Annual low-dose CT scanning should be offered in a setting that delivers the comprehensive care provided to National Lung Screening Trial participants.



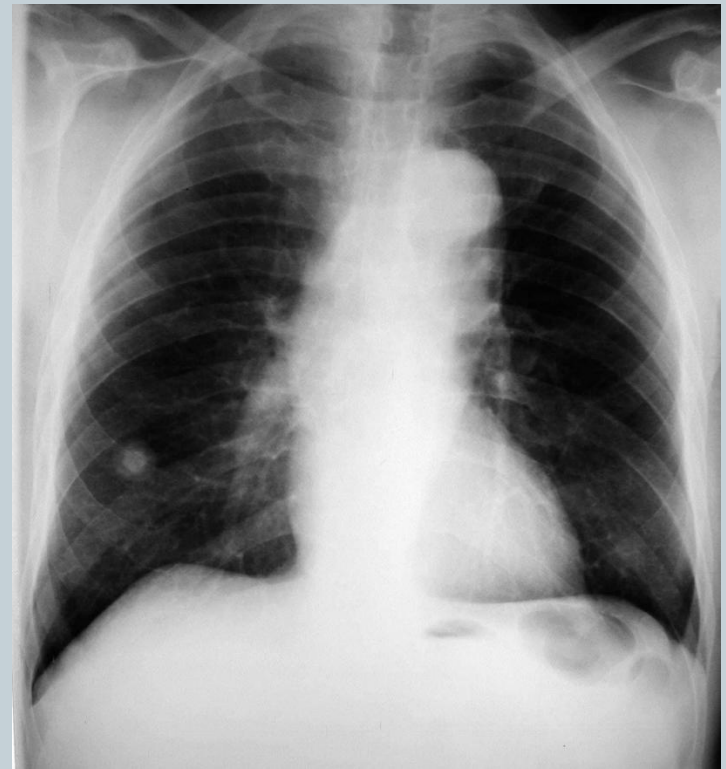
### CT SCREENING NOT RECOMMENDED FOR INDIVIDUALS:

- With fewer than 30 pack-years of smoking
- Younger than 55 or older than 74
- With severe comorbidities that would preclude potentially curative treatment or limit life expectancy

# Nódulo Solitário do Pulmão



- **Nódulo solitário:**  
desafio diagnóstico!
  - Benigno ou maligno?
  - Quando pedir TC?
  - Necessita de vigilância?
  - Com que frequência?
  - Que evidência existe?



# Nódulo Solitário do Pulmão



- **Recomendações do ACCP 2013**

Abordagem geral:

1. Num doente com nódulo indeterminado em RX ou TC, devem ser revistos exames anteriores
2. Um nódulo sólido **estável há mais de 2 anos** não necessita de mais follow-up
3. Um nódulo identificado em RX deve ser avaliado por TC (de preferência com cortes finos)

# Nódulo Solitário do Pulmão



- **Recomendações do ACCP 2013**

:: Nódulos com >8mm ::

- Se baixa probabilidade, PET negativo, biopsia negativa ou doente sem condições – vigiar
  - ✦ TC de controlo aos 3-6 meses, 9-12 meses, 18 a 24 meses
- Se probabilidade intermédia: PET / outros exames
- Se crescimento: biopsia / cirurgia
- Cirurgia: se alta probabilidade, biopsia suspeita ou PET+

# Nódulo Solitário do Pulmão



- **Recomendações do ACCP 2013**

:: Nódulos sólidos com <8mm e sem factores de risco ::

- Se <4mm: pode optar-se por não vigiar
- Se 4-6mm: repetir TC aos 12 meses (se não crescer: STOP)
- Se 6-8mm: repetir TC aos 6-12 meses e aos 18-24 meses (se não crescer: STOP)

# Nódulo Solitário do Pulmão



- **Recomendações do ACCP 2013**

:: Nódulos sólidos com <8mm e com factores de risco ::

- Se <4mm: repetir TC aos 12 meses (se não crescer: STOP)
- Se 4-6mm: repetir TC aos 6-12 meses e aos 18-24 meses (se não crescer: STOP)
- Se 6-8mm: repetir TC aos 3-6 meses, aos 9-12 meses e aos 24 meses (se não crescer: STOP)

# Nódulo Solitário do Pulmão



- **Recomendações do ACCP 2013:**

:: Nódulos em vidro despolido (não sólidos) ::

- Se <5mm: não vigiar
- Se >5mm: vigiar anualmente no

mínimo 3 anos



# Cancro do Pulmão



Num mundo ideal todas as lesões seriam facilmente diagnosticadas!

# Caso Clínico 1



# Caso Clínico



- Homem, 62 anos, fumador (CT 10 UMA), com história de DPOC.
- Enviado do CS em Agosto 2013 por infecções respiratórias de repetição desde há 3 anos com gravidade variável (nas mais graves com hemoptises) com TC tórax a documentar “opacidade nodular de contornos mal definidos no LSD com cerca de 20mm”
- Procedeu-se a estudo comparativo da lesão com TC e radiografias anteriores e verificou-se a presença e crescimento lento do nódulo



Adenocarcinoma de baixa agressividade ??

# Caso Clínico



# Caso Clínico



- Fez PET – nódulo de baixa captação no LSD e captação hilar duvidosa.
- Após avaliação pela Cirurgia Torácica procedeu-se a ressecção atípica por VATS com exame extemporâneo.



Exame extemporâneo: negativo para células neoplásicas;  
Anatomia Patológica: fragmentos pulmonares com depósitos fibróticos.

# Caso Clínico 2

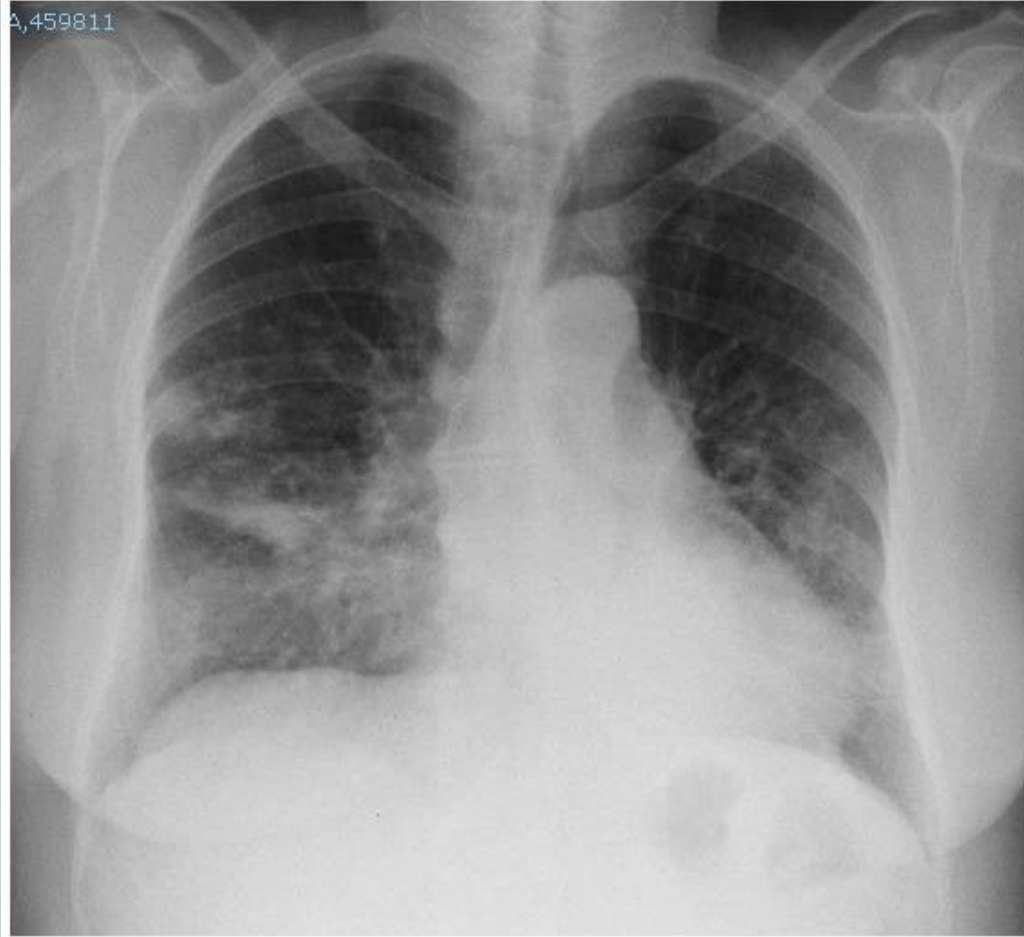


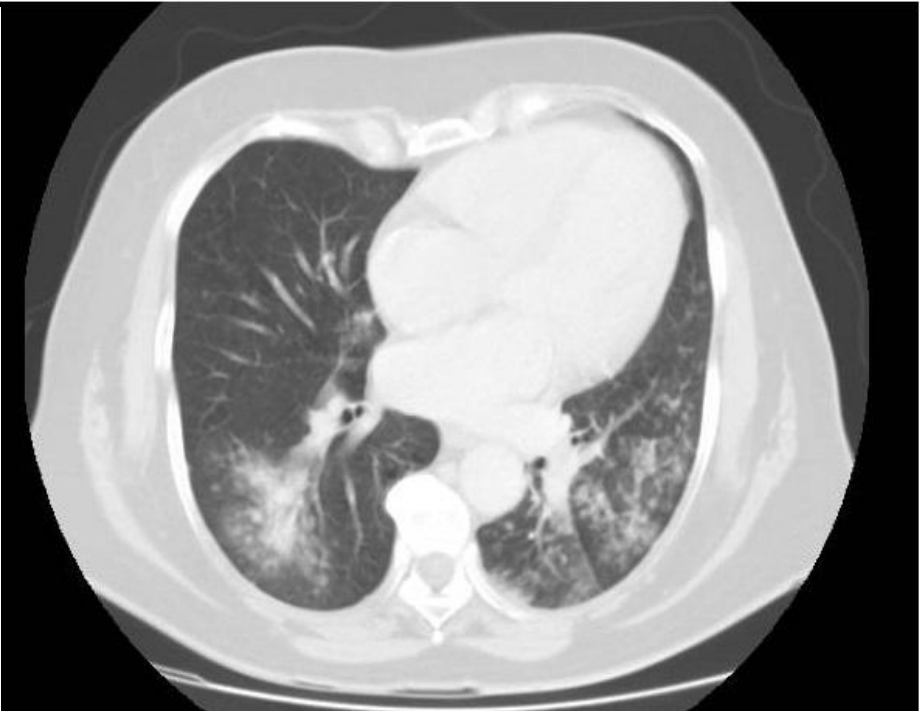
# Caso Clínico



- Mulher, 60 anos, não fumadora.
- Antecedentes Pessoais:
  - HTA
  - Colectomia há 4 anos
  - “Gânglios na infância”
- Medicação habitual: brotizolam; irbesartan; amlodipina.
- Enviada à consulta de Pneumologia pelo CS por farfalheira nocturna.

# Caso Clínico





# Caso Clínico



- Realizou BFO que apenas documentou “alterações inflamatórias discretas no LIE.”

Citologias (LBA e secreções brônquicas) positivas para células neoplásicas – adenocarcinoma.

Biópsia pulmonar transbrônquica (segmento externo e posterior LIE):  
**“Adenocarcinoma com padrão de crescimento lepidico”**

# Caso Clínico 3

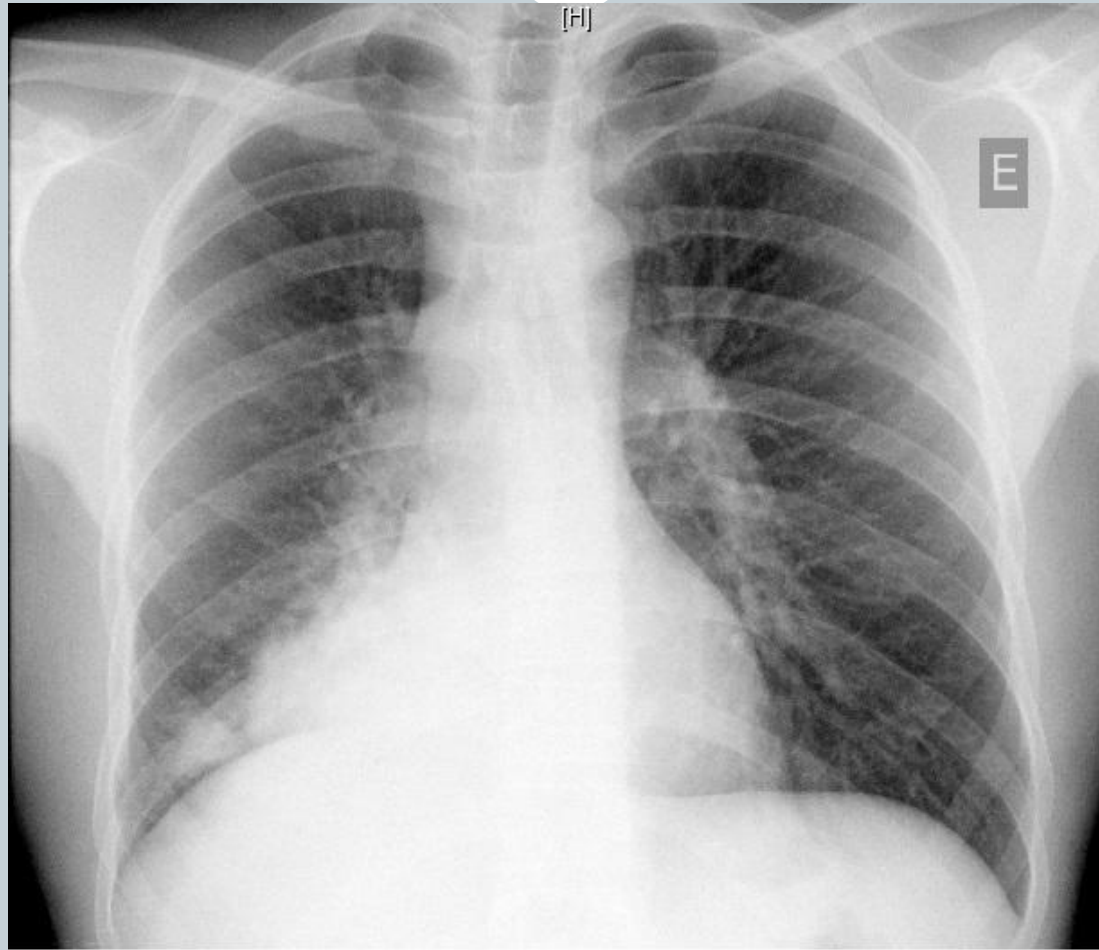


# Caso Clínico

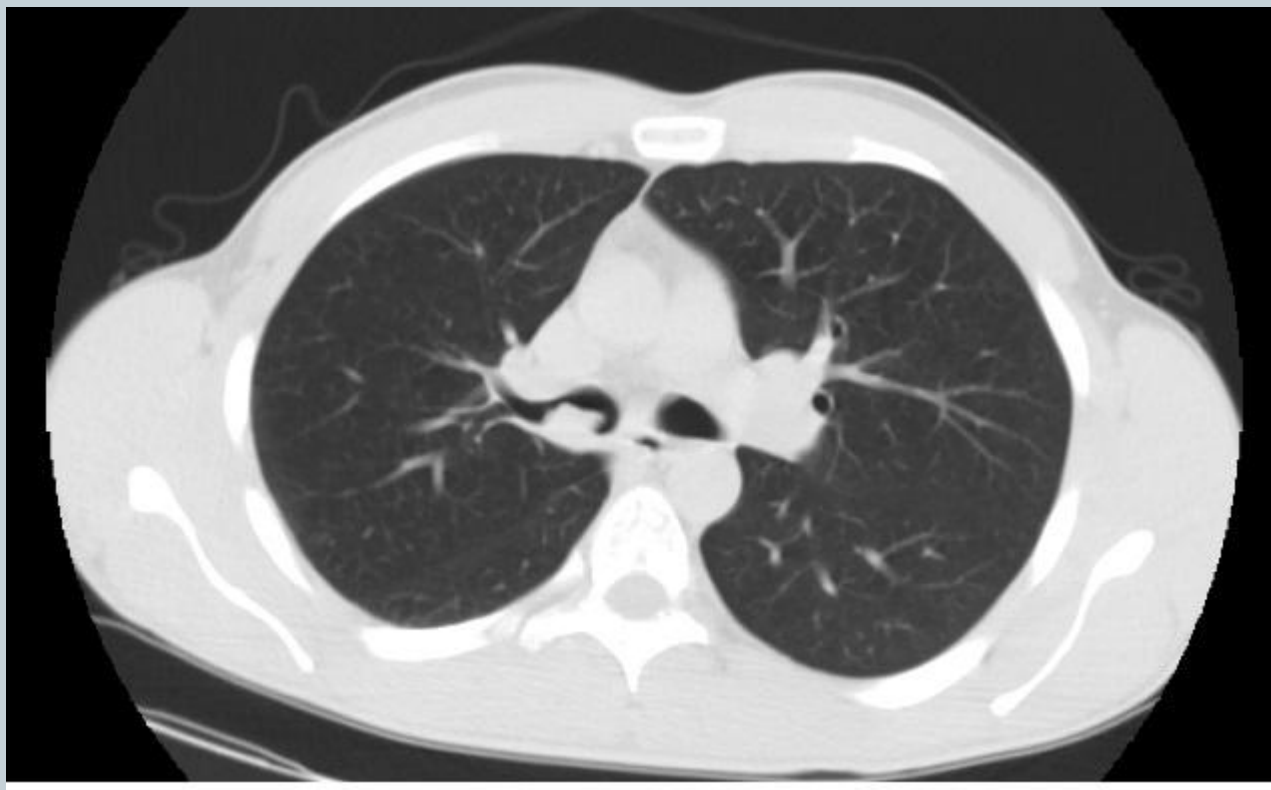


- Homem, 26 anos, fumador (CT - 10 UMA), com história de asma e rinite alérgica seguido em Londres.
- Em Agosto 2010, após ter regressado a Portugal, é internado por quadro de febre, expectoração mucopurulenta, dispneia e dor pleurítica à direita. Fez curso de antibioterapia com posterior alta.
- Uma semana após a alta foi readmitido por agravamento da dispneia com toracalgia pleurítica.

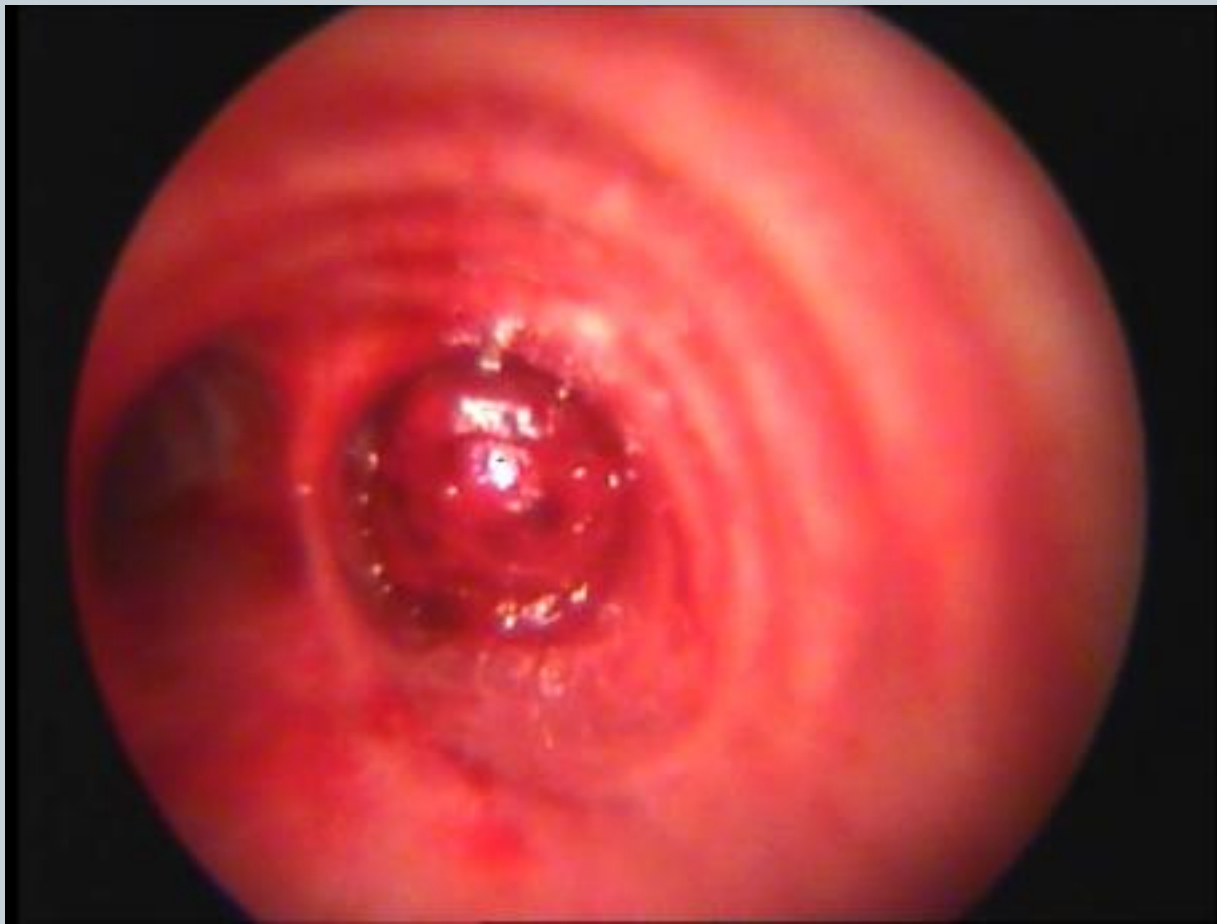
# Caso Clínico



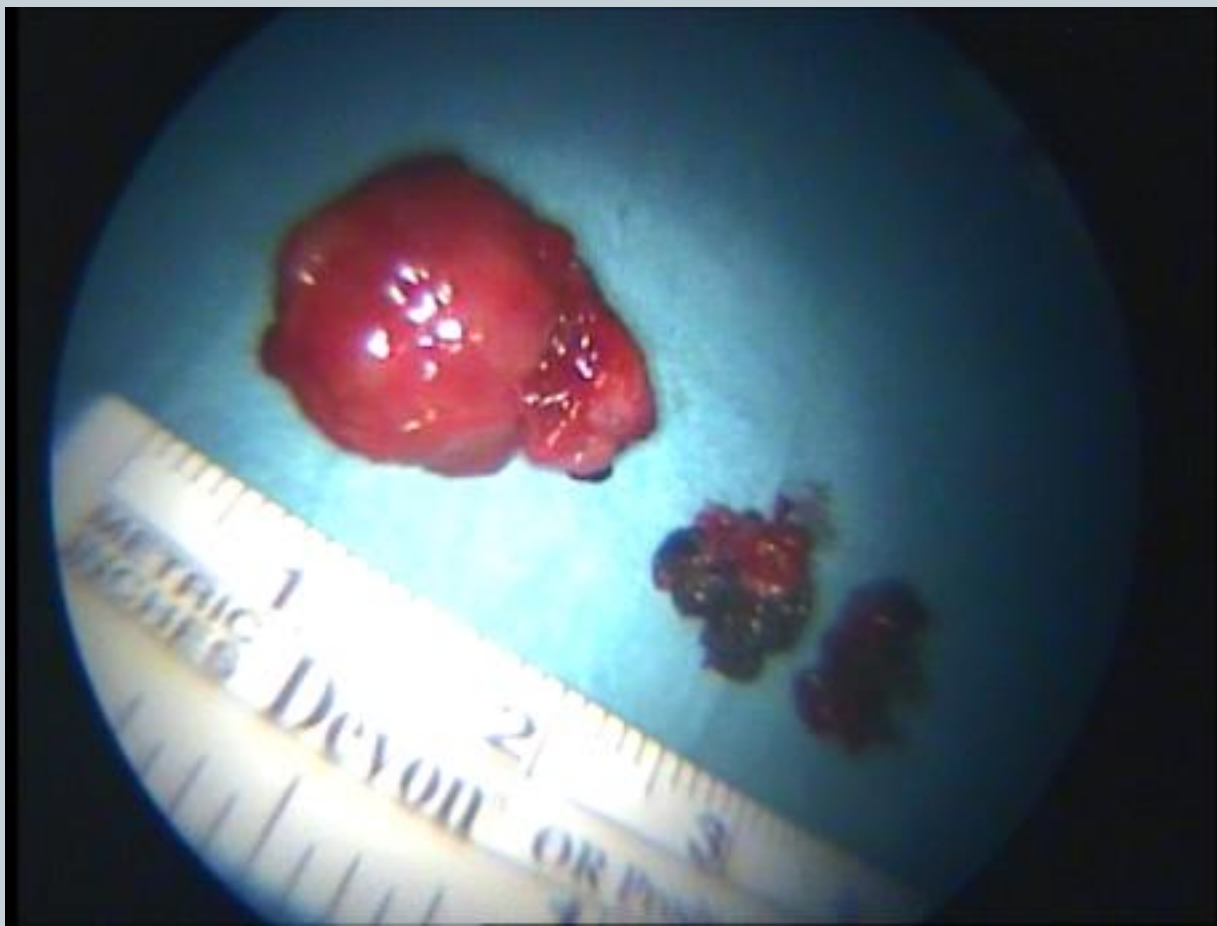
# Caso Clínico



# Caso Clínico



# Caso Clínico



Tumor Carcinóide típico

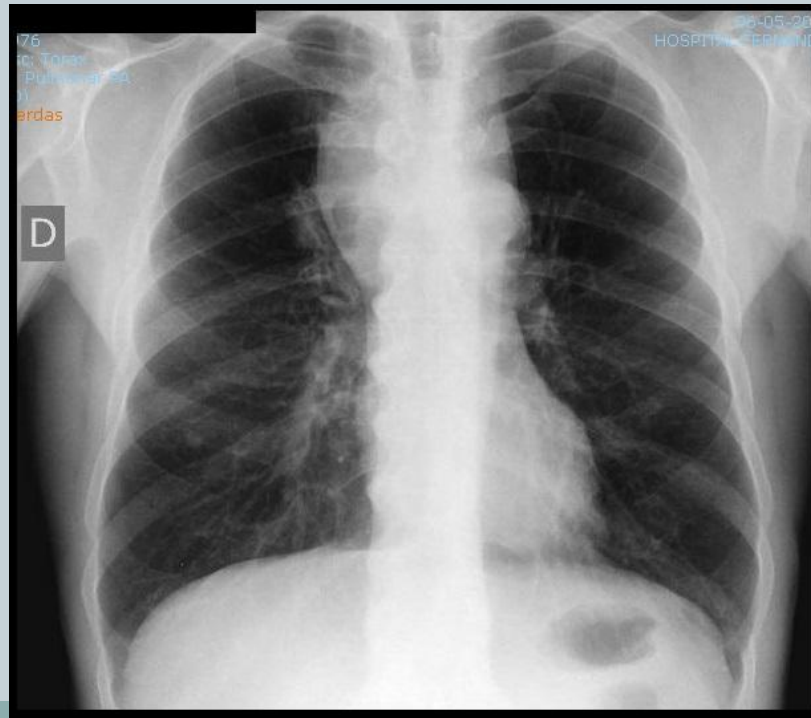
# Caso Clínico 4



# Caso Clínico



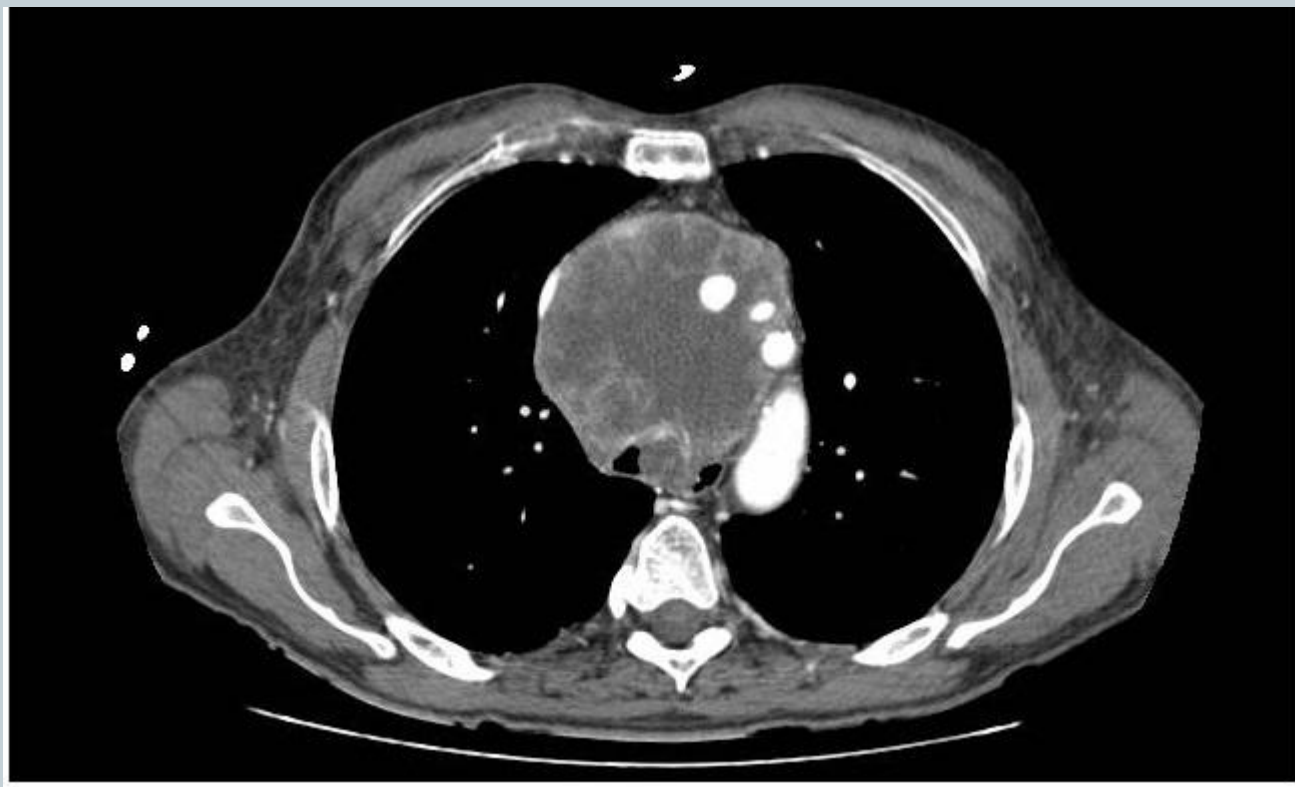
- Homem, 55 anos, caucasiano, fumador (CT 40 UMA) e com hábitos etanólicos pesados.
- Admitido no SU por dispneia e Insuficiência Respiratória Global com acidemia.



# Caso Clínico



# Caso Clínico



# Caso Clínico



- Fez BFO com broncoscópio pediátrico, constatando-se “massa tumoral que parte da parede antero-lateral direita e condiciona estenose 90% do lúmen”



## Broncoscopia rígida:

- Fotocoagulação com Laser e desobstrução mecânica;
- Colocação de uma prótese metálica sem sucesso.
- Colocação de prótese de silicone.

# Caso Clínico 5



# Caso Clínico



- Homem, 35 anos, fumador desde 19 anos (CT 32 UMA).

Abril 2012  
Enviado do CS por  
suspeita de SAOS.

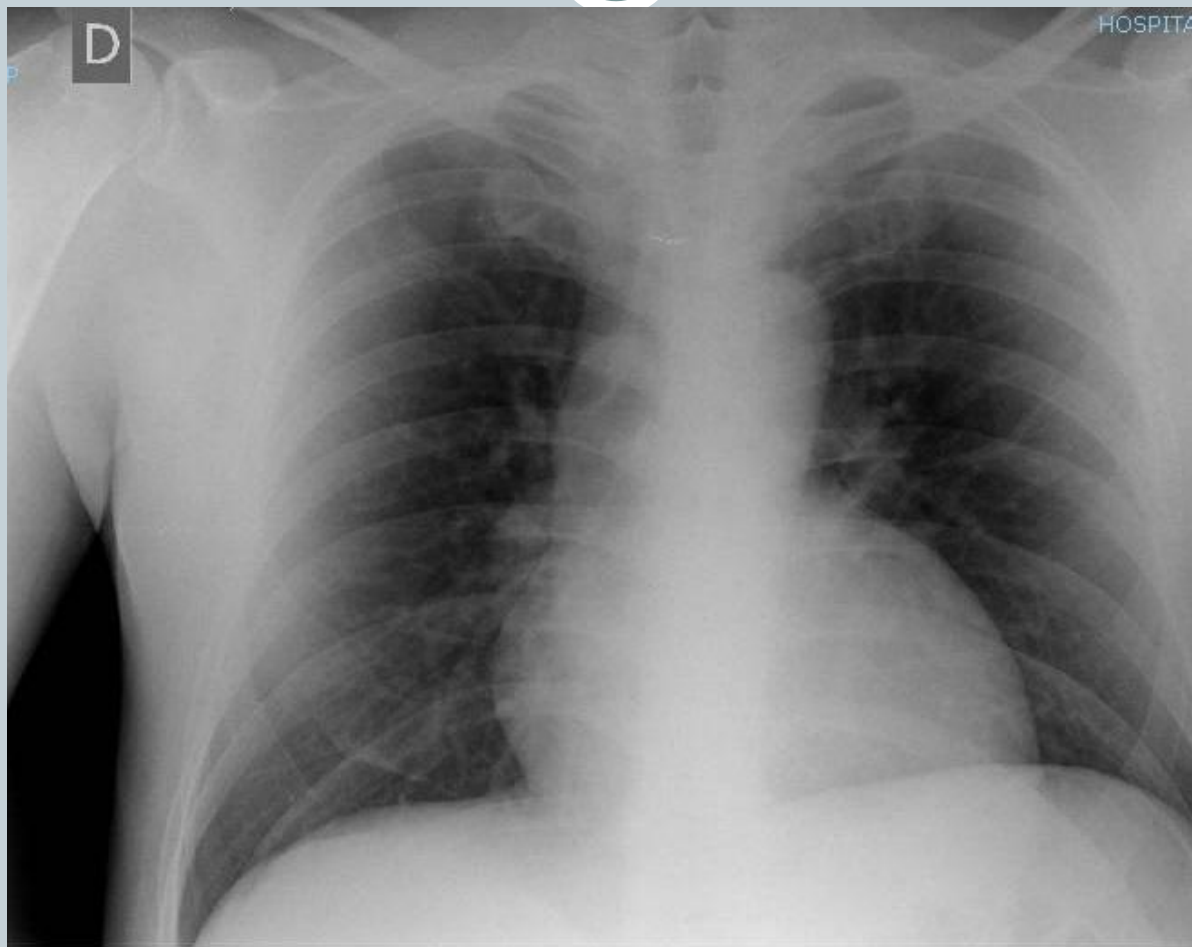
Reavaliações  
subsequentes com  
estabilidade da lesão (08/2012 – 4  
meses e 02/2013 – 10 meses).

Abril 2012 (internamento na  
Medicina):  
- HTA grave em estudo;  
- TAC tórax com nódulo pulmonar  
no LSD subpleural com 9mm.

Fevereiro 2014 (24 meses):  
Repetiu TAC com aumento  
dimensional do nódulo  
(16mm).



# Caso Clínico



# Caso Clínico



Abril 2012

# Caso Clínico



Fevereiro 2014

# Caso Clínico



**Abril 2012**  
Enviado do CS para  
esclarecimento SAOS

Reavaliações imagiológicas  
subsequentes com aparente  
estabilidade da lesão  
(08/2012 e 02/2013).

PET excluiu outras  
lesões.

**Abril 2012 (internamento na  
Medicina):**  
- HTA grave em estudo;  
- TAC tórax com nódulo pulmonar  
no LSD subpleural com 9mm.

**Fevereiro 2014:**  
Repetiu TAC com  
aumento dimensional  
do nódulo (16mm)

**14/03/2014:** Ressecção  
atípica com extemporâneo –  
positivo para **adenocarcinoma**,  
com posterior lobectomia  
superior direita com  
esvaziamento ganglionar.  
**Estadiamento: Ia – pT1a pN0 R0.**

# Caso Clínico 6



# Caso Clínico

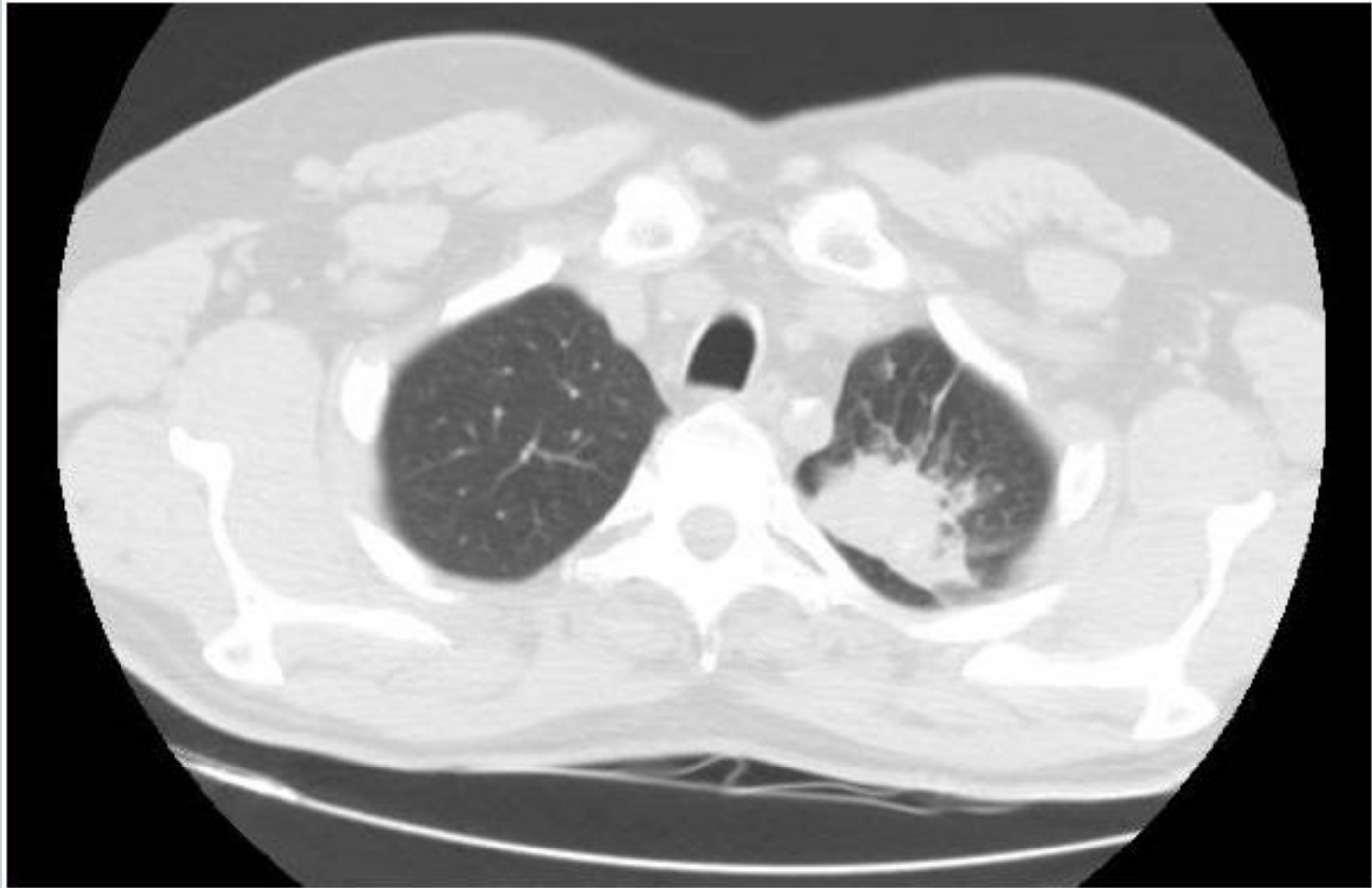


- Homem, 46 anos, caucasiano, ex-fumador (CT 60 UMA).
- Antecedentes Pessoais:
  - EAM em Março 2011
  - Tuberculose Pulmonar com tratamento completo no CDP da Venda Nova entre Julho 2012 e Janeiro 2013.
- Um ano depois, em reavaliação detectou-se nova condensação no LSE.



Fez BFO que se revelou inconclusiva apesar de apresentar sinais indirectos de neoplasia a nível apical.

# Caso Clínico



# Caso Clínico



Adenocarcinoma pulmonar lepidico

# Caso Clínico



- PET: suspeita de lesão irresecável + adenopatia captante paratraqueal direita (contralateral) – N3
- Avaliado em Cirurgia: fez mediastinoscopia – adenopatia negativa.
- Avançou-se para cirurgia com lobectomia curativa e esvaziamento ganglionar.
- Estadiamento final por concluir (aguarda resultado da peça histológica)

# Caso Clínico 7

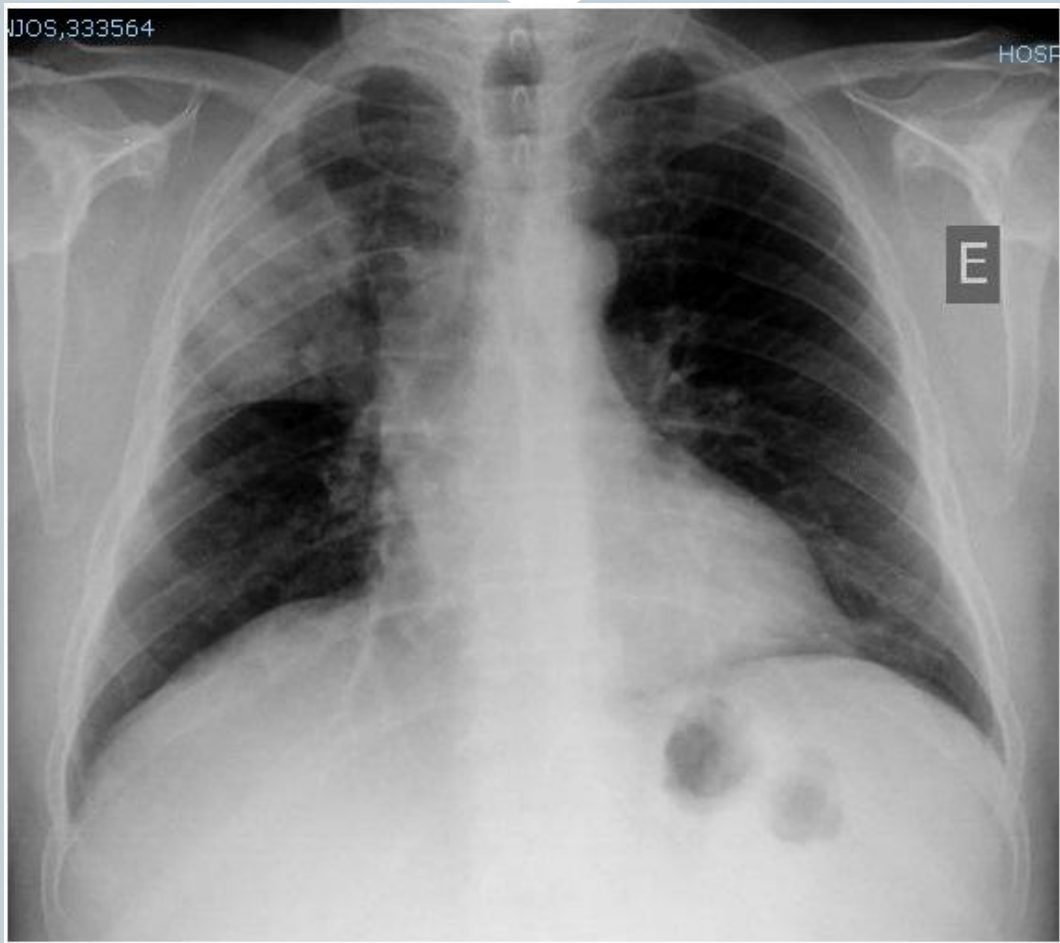


# Caso Clínico

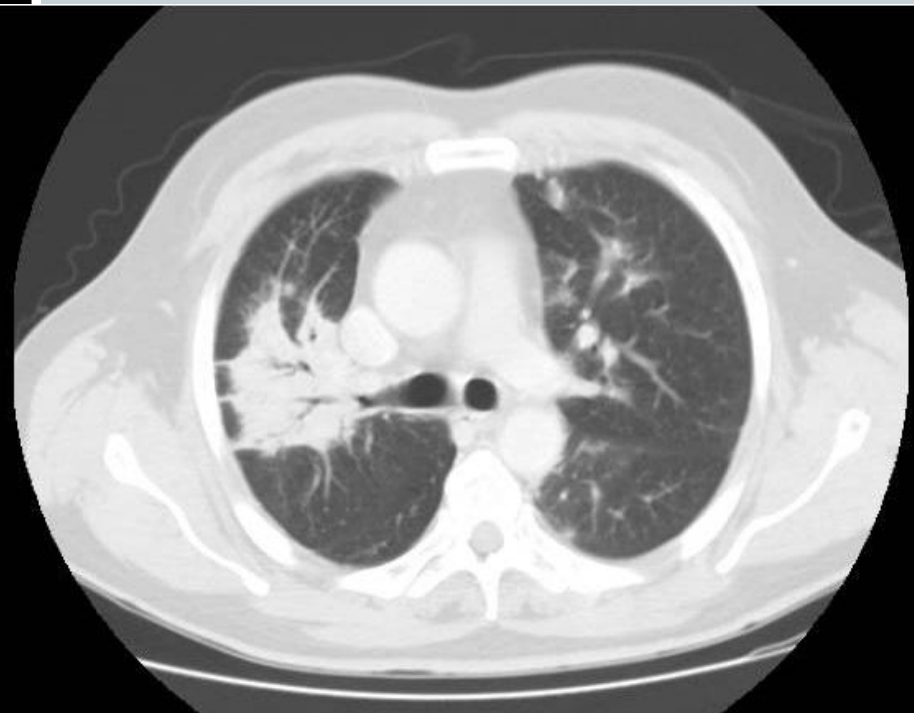
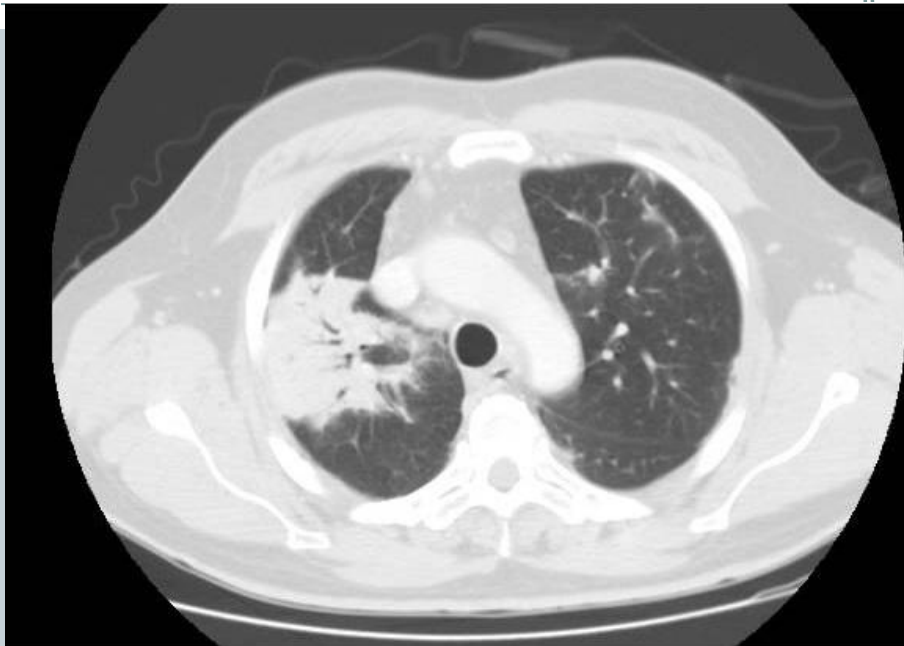


- Homem, 57 anos, não fumador, sem antecedentes de tuberculose pulmonar.
- Em Janeiro 2013 com sucessivas vindas ao SU por tosse e expectoração hematopurulenta, tendo sido medicado com antibioterapia e sem melhoria clínica.
- No dia 17/01/2014 recorre novamente ao SU e é admitido por agravamento do quadro com febre e dispneia.

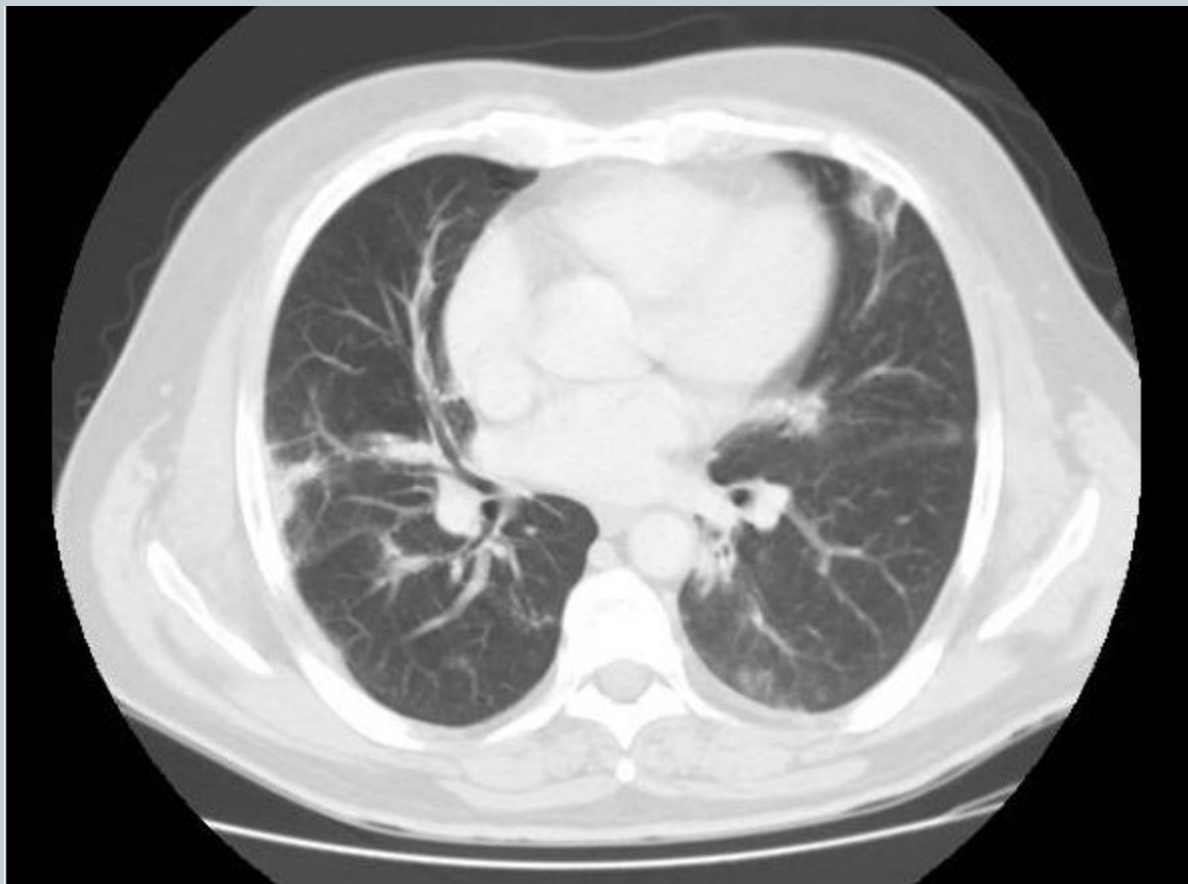
# Caso Clínico



# Caso Clínico



# Caso Clínico



# Caso Clínico



Fez **BFO** que descreveu um alargamento do esporão do LSD e do esporão de trifurcação. O apical do LSD com ligeira estenose concêntrica mas sem compromisso do calibre dos sub-segmentares. Foram efectuadas biópsias brônquicas.



**Carcinoma não pequenas células**

# Caso Clínico 8



# Caso Clínico



- Mulher, 41 anos, não fumadora.

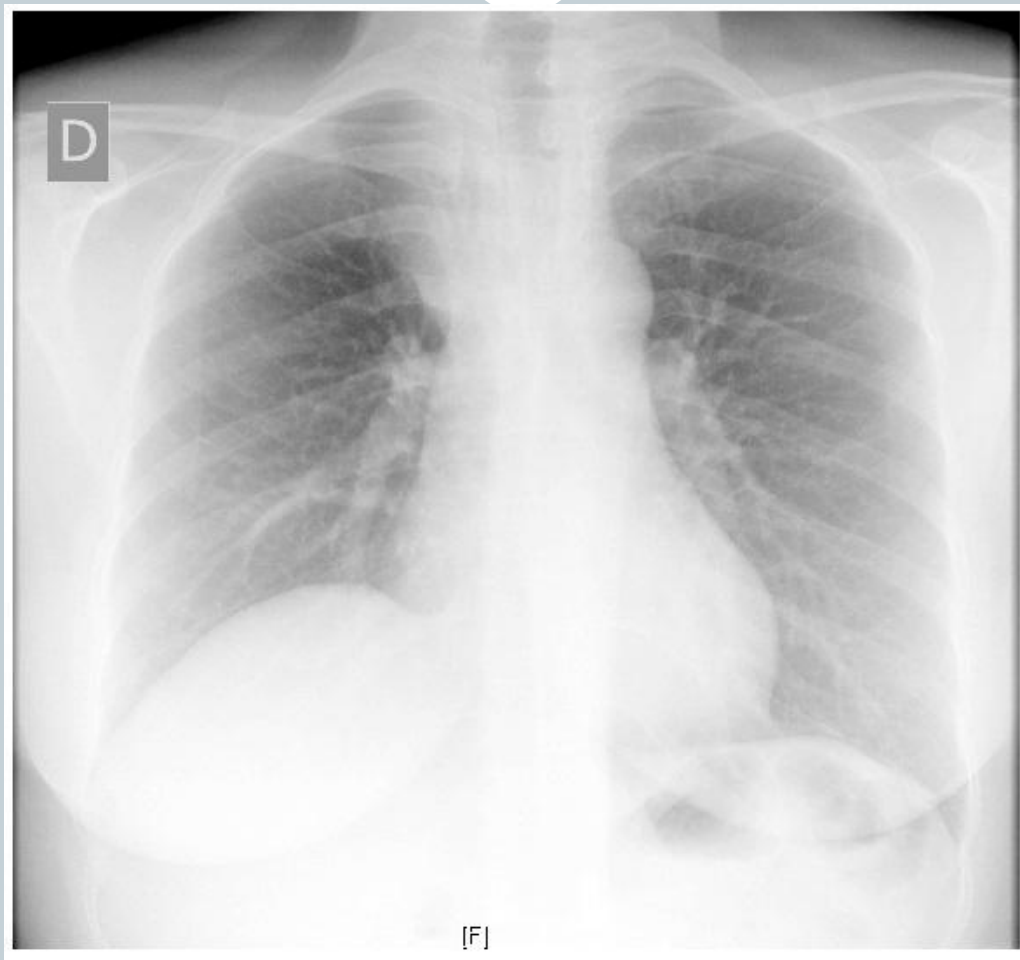
## **Fevereiro 2013 :**

SU por agravamento da tosse (produtiva) e dispneia. Referia quadro de tosse desde há 2 meses.



Radiografia de tórax com ligeira elevação da hemicúpula diafragmática direita (já visível em exames anteriores)

# Caso Clínico



# Caso Clínico



## **Fevereiro 2013 :**

SU por agravamento da tosse (produtiva) e dispneia. Refere quadro de tosse desde há 2 meses.

Alta SU com referenciação a consulta de Pneumologia.

Pneumologia: BFO com colheita secreções brônquicas

Radiografia de tórax com ligeira elevação da hemicúpula diafragmática direita (já visível em exames anteriores)



# Caso Clínico



# Caso Clínico



## **Fevereiro 2013 :**

SU por agravamento da tosse e dispneia. Refere quadro de tosse desde há 2 meses.

Alta SU com referência a consulta de Pneumologia.

Pneumologia: BFO com colheita secreções brônquicas

Radiografia de tórax com ligeira elevação da hemicúpula diafragmática direita (já visível em exames anteriores)

**08-04-2013: SB +  
Biopsia -  
*Mycobacterium  
tuberculosis.***

# Caso Clínico 9



# Caso Clínico

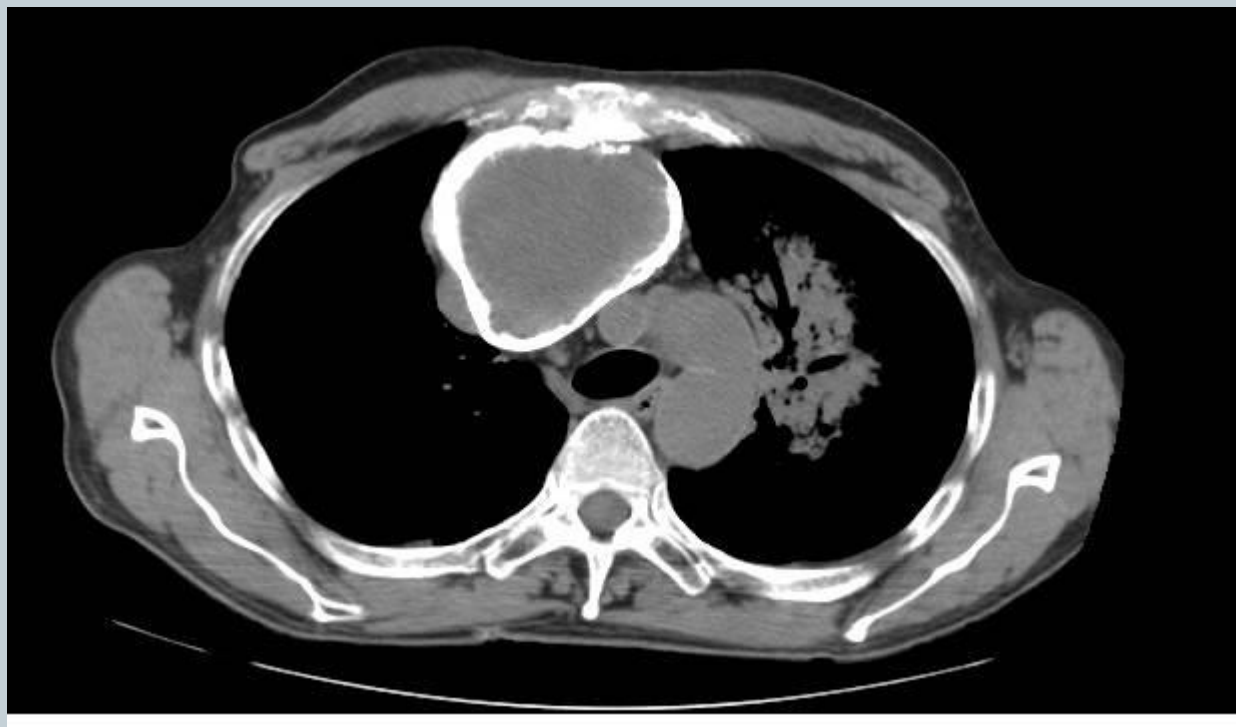


# Caso Clínico



- Homem, 73 anos, não fumador, com história de internamento com intuito cirúrgico, no HSM há 50 anos por “quisto torácico “ que nunca chegou a ser intervencionado. Sem outros antecedentes e sem medicação habitual.
- Em Janeiro 2014 desenvolve episódio infeccioso – pneumonia LSE com perda de peso.
- Fez Radiografia + TC de tórax e BFO que concluiu “alterações inflamatória. Focos de antracose. Secreções mucopurulentas predominantemente LSE”.

# Caso Clínico



Obrigada

