

CARCINOMA BRÔNQUICO DE PEQUENAS CÉLULAS: COMPARAÇÃO ENTRE 2 REALIDADES

MÁRCIA THOMSON¹
MARCOS AUGUSTO ROCHA CASCARDO¹
DANIELA MATSUNAGA JOAQUIM¹
SÉRGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA SANTOS¹
RENATA FARIA SIMM¹
JOÃO CARLOS THOMSON²

THOMSON, M.; CASCARDO, M.A.R.; JOAQUIM, D.M.; SANTOS, S.R.R.A.; SIMM, R.F.; THOMSON, J.C. Carcinoma brônquico de pequenas células: comparação entre 2 realidades. *Semina: Ci. Biológicas/Saúde*, v. 17, n. 2, p. 146-148, jun. 1996.

RESUMO: O câncer de pequenas células (SCLC) representa 15 a 35% dos carcinoma brônquicos. Através de estudo retrospectivo comparou-se pacientes atendidos no HURNPr/HEL (Londrina) e no Brompton Hospital (Londres). Foram estudados 15 pacientes com diagnóstico de SCLC e comparados aos 87 pacientes analisados no Brompton Hospital. Estádios I, II e IIIa (sem comprometimento de linfonodos) foram encontrados em 2 pacientes (13,3%) e estádios IIIa (comprometendo linfonodos), IIIb e IV em 13 (86,7%) dos pacientes no estudo de Londrina, comparados a 30 (34,5%) e 57 (65,5%), respectivamente no Brompton Hospital. Foram considerados operáveis apenas 2 (13,3%) casos em Londrina (apenas 1 ressecável) contra 30 (34,5%) em Londres (93,3% ressecáveis). O tratamento no grupo de Londrina foi basicamente não-cirúrgico (86,7%), a sobrevida observada foi menor que 3 meses em 8 casos (53,8%), em 4, (26,7%) perdeu-se o acompanhamento e 19,5% encontram-se em seguimento, enquanto nos pacientes de Londres, com tratamento exclusivamente cirúrgico, observou-se sobrevida de 5 anos em 43,3%. O tratamento cirúrgico do SCLC depende de seu estadiamento. A indicação cirúrgica dos 15 pacientes estudados foi limitada pelo estadiamento avançado da doença, diferentemente de Londres. Concluiu-se, portanto, que há necessidade de se realizar diagnóstico precoce para promoção de tratamento eficaz, por vezes curativo, evidenciando-se em Londrina, o contrário do observado no Brompton Hospital, uma realidade desfavorável.

PALAVRAS-CHAVE: SCLC, Lung Cancer, Oat cell.

1 - INTRODUÇÃO

O carcinoma brônquico de pequenas células (SCLC) representa aproximadamente 15 a 35% de todos os carcinomas brônquicos [1,2]. Entre os tipos histológicos de carcinoma brônquico, o SCLC é uma entidade especial baseada nas diferenças de estrutura celular e particularidades de suas características endócrinas, citogenéticas e de cinética celular, resultando em comportamento biológico e clínico diferentes. Apresenta tempo de duplicação consideravelmente mais curto em relação aos demais, significando crescimento rápido e disseminação metastática precoce [3].

Seu estadiamento, para alguns autores, deve ser diferente dos demais carcinomas brônquicos, sendo mais prático estadiá-lo em doença sistêmica e doença limitada, e não de acordo com o International Clinical Staging System [4,5]. Vários estudos preconizam que, para os casos de doença sistêmica, estádios IIIb e IV (grande percentual dos casos de SCLC), a quimioterapia

se constitui na estratégia terapêutica de escolha, observando-se bons resultados, pelo menos a curto prazo [6,7,8].

Em virtude destes estudos e dos resultados, em geral desanimadores, um dos autores, ao realizar pós-doutorado no Brompton Hospital em Londres, estudou e analisou os casos de SCLC daquele serviço e os resultados obtidos foram motivo de publicação [3]. Concluiu no estudo, que mesmo no estágio IIIa sem envolvimento de linfonodos, a sobrevida em 5 anos observada nos pacientes submetidos a ressecção cirúrgica exclusiva foi de 43,3%, sendo que no estágio I, a mesma sobrevida foi de 57,1%. Números muito semelhantes aos descritos no tratamento dos carcinomas brônquicos não-pequenas células. Em seu retorno à Londrina realizou levantamento e análise dos SCLC nos Hospitais Universitário Regional do Norte do Paraná e Evangélico de Londrina.

O objetivo deste trabalho é comparar os dois estudos (de Londrina e de Londres) e analisar as duas realidades.

1. Alunos do curso de Medicina (internato) - CCS/UUEL.

2. Professor Adjunto IV - disciplina Cirurgia Torácica - Departamento de Clínica Cirúrgica - CCS/UUEL.

2 - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Realizado estudo retrospectivo de 15 casos de carcinoma brônquico de pequenas células no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná e no Hospital Evangélico de Londrina e comparado ao estudo realizado no Brompton Hospital em Londres com 87 pacientes e o mesmo diagnóstico.

O estadiamento realizado foi muito semelhante, com exceção da Tomografia de tórax, que em nosso meio só se tornou rotina nos últimos 5 anos; quanto ao raio X de tórax, broncoscopia, biópsia ganglionar com ou sem agulha, punção biópsia de pleura, mediastinoscopia, cintilografia óssea e ultrassonografia abdominal seguiu-se a mesma orientação.

Os pacientes foram analisados quanto à idade, sexo, estadiamento da doença, tratamento empregado e sobrevida observada.

3 - RESULTADOS

Em Londrina, a distribuição dos pacientes entre sexo masculino e feminino foi 6 (40%) e 9 (60%) respectivamente, diferente da observada em Londres que foi 55 (63,4%) e 32 (36,6%). Não houve diferença significativa entre as faixas etárias, estando a média em 58,9 anos nos serviços de Londrina (variando de 35 a 81) e 58 em Londres (39 a 77).

Realizado estadiamento pré-operatório, constatou-se que entre os 15 pacientes de Londrina, apenas 2 eram operáveis (13,3%), dos quais apenas um era ressecável (50%), situação muito diferente da encontrada no Brompton Hospital, onde 30 foram considerados operáveis (34,5%) e destes, 28 foram ressecáveis (93,3%), de um total de 87 pacientes (Tabela 1).

Os 13 pacientes considerados inoperáveis (86,7%) apresentavam envolvimento de linfonodos mediastinais, invasões metastáticas ou condições desfavoráveis a procedimento cirúrgico em decorrência do mau

estado geral. Os diagnósticos foram feitos através de broncoscopia com biópsia em 8 (61,5%) pacientes, biópsia ganglionar em 2 (15,4%), biópsia transcutânea em 1 (7,7%) e biópsia de supra-renal em 1 (7,7%).

Dos pacientes considerados operáveis (2) apenas 1 possuía diagnóstico pré operatório, realizado por biópsia broncoscópica, sendo o outro caso diagnosticado no intra-operatório. No Brompton Hospital, o diagnóstico foi pré-operatório em 18 dos 30 casos considerados operáveis, foi realizado por broncoscopia com biópsia ou através de biópsia por agulha fina; em 10 pacientes o diagnóstico foi intra-operatório e nos 2 pacientes restantes não havia dados claros nos prontuários que indicassem se o diagnóstico foi pré ou intra-operatório.

A localização do tumor nos pacientes de Londrina foi central em 8 pacientes (53,3%) e periférica em 7 (46,7%). Em Londres foi observado acometimento central em 14 pacientes (46,7%) e periférico em 16 (53,3%).

Conforme a Classificação Internacional de Estadiamento TNM [5] foram agrupados 2 pacientes (13,3%) nos estádios I, II, IIIa sem linfonodos acometidos e 13 (86,7%) nos estádios IIIa (com envolvimento de linfonodos), IIIb ou IV em Londrina, contra 30 (34,5%) e 57 (65,5%), respectivamente, em Londres.

Em relação ao tipo de cirurgia realizada nos 2 pacientes operáveis, encontrou-se, em Londrina, 1 lobectomia com broncoplastia e, no segundo paciente, por apresentar invasão de veia cava superior observada durante a cirurgia, considerou-se o tumor irresssecável; em ambos foi empregada terapia adjuvante. Em Londres 28 dos 30 pacientes operáveis (93,3%) foram submetidos a ressecção: 14 pneumectomias (50%), 9 lobectomias (32,1%), 3 broncoplastias (10,7%), 1 ressecção em cunha (3,6%) e 1 bilobectomia (3,6%); não foi realizado qualquer tipo de terapia adjuvante. Não se observou óbito pós-operatório em nenhum dos grupos estudados.

O tratamento no grupo de Londrina foi, portanto, basicamente não-cirúrgico em 13 (86,7%) pacientes;

Tabela 1 - Comparativo entre as duas realidades

BROMPTON HOSPITAL LONDRES

87 pacientes
idade: 39 - 77 (58 anos)
30 operáveis (34,5%)
28 ressecáveis (93,3%)
Estádios I,II,IIIa (sem acometimento de linfonodos): 34,5%
Estádios IIIa (com acometimento de linfonodos), IIIb e IV: 65,5%
Sobrevida em 5 anos: 43,3%

HURNPr/HEL LONDRINA

15 pacientes
idade: 35-81 (58,9 anos)
2 operáveis (13,3%)
1 ressecável
Estádios I,II,IIIa (sem acometimento de linfonodos) : 13,3%
Estádios IIIa (com acometimento de linfonodos), IIIb, IV : 86,7%
Sobrevida até o momento de 3 anos (em seguimento): 19,5%.

exclusivamente quimioterápico em 8 (61,5%). A sobrevida observada foi menor que 3 meses em 8 (53,8%) dos pacientes estudados, enquanto que em 4 (26,7%) perdeu-se o acompanhamento e 3 (19,5%) encontram-se em seguimento. Em relação aos pacientes operados, observou-se sobrevida de 30 meses no grupo submetido à ressecção e, no portador de tumor não-ressecável não houve seguimento do caso. Verificou-se, portanto, resultados bastante distintos quanto ao tratamento realizado, principalmente em relação à sobrevida em 5 anos, que em Londres foi de 43,3%.

4 - DISCUSSÃO

O SCLC é uma entidade especial e pode, portanto, apresentar comportamento biológico e clínico diferente do carcinoma não pequenas células, tanto que seu estadiamento também é controverso [3,4,5].

No presente estudo, observou-se que a indicação do tratamento cirúrgico do SCLC, com estadiamento favorável, apresenta uma sobrevida de 5 anos próxima ao não pequenas células [3]. Fica claro, porém, que esta indicação deve ser sempre antecedida

de um estadiamento bem determinado. Ao compararmos os resultados do Brompton Hospital e os de Londrina, verifica-se claramente a dificuldade do diagnóstico precoce, enquanto que em Londres havia 30 pacientes considerados operáveis (34,5%) incluindo 28 passíveis de ressecção (93,3%), em Londrina encontrou-se apenas 2 operáveis (13,3%) e somente 1 ressecável (50%), mostrando a presença de pacientes em estádios mais favoráveis à indicação cirúrgica em Londres.

É amplamente discutida em todo mundo a dificuldade do diagnóstico precoce do carcinoma brônquico, inclusive a tentativa nem sempre bem sucedida dos "screening" [9], refletindo na sobrevida maior ou menor dos pacientes portadores de carcinoma brônquico. Pelas características já citadas do SCLC [1,2,4,8], a importância do diagnóstico precoce fica mais evidente com os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico realizado no Brompton Hospital [3], ficando um alerta para nossos profissionais de saúde quanto à alta incidência do carcinoma brônquico, principalmente nos pacientes considerados de alto risco (tabagistas, maiores de 45 anos), pois o tratamento cirúrgico em estádios precoces pode determinar a cura destes pacientes.

THOMSON, M.; CASCARDO, M.A.R.; JOAQUIM, D.M.; SANTOS, S.R.R.A.; SIMM, R.F.; THOMSON, J.C. Small cell lung cancer: comparison of 2 realities. *Semina: Ci. Biológicas/Saúde*, v. 17, n. 2, p. 146-148, Jun. 1996.

SUMMARY: *The Small Cell Lung Cancer (SCLC) accounts for 15 a 35% of all bronchial carcinomas. Undertaking a retrospective review we've compared cases of SCLC from the Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná and Hospital Evangélico de Londrina to cases from the Brompton Hospital of London. During the studied period, 15 patients with SCLC from Londrina were compared to 87 patients from London. We've found only 2 (13,3%) patients at stages I, II, IIIa (with no lymphnode involvement), and 13 (86,7%) at IIIb and IV in Londrina, compared to 30 (34,5%) and 57 (65,5%), respectively, at the Brompton Hospital. Two cases (13,3%) were considered operable in Londrina (only 1 resection) and 30 (34,5%) in London (93,3% resectable). The treatment in Londrina was basically non-surgical (86,7%), the survival rate observed was less than 3 months in 8 (53,8%) patients, we've lost the follow up of 4 (26,7%) and 3 (19,5%) are still in observation; in London, with exclusive surgical treatment 38 patients (43,3%) presented overall 5-year survival rate. The surgical treatment of SCLC depends basically on staging. The indication of surgery in the 15 patient group was limited by the advanced stage of the disease at diagnose, differently from London. These findings show the importance of early diagnoses, as seen at the Brompton Hospital, offering the possibility of cure, a reality different from the observed in Londrina.*

KEY-WORDS: SCLC, Lung Cancer, Oat cell.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seld R., Dayne D., Shepherd F.A., Small Cell Lung Cancer. In: Shields, T.W., eds, *General Thoracic Surgery*. Media, P.A.: Williams & Wilkins, 1994: 1241-76.
2. Zaman M.B., Pathology. In: Pearson F.G. [et al], *Thoracic Surgery*. Churchill Livingstone Ed, 1995: 661-70.
3. Shah S.S., Thomson J.C., Goldstraw P. Results of Operation Without Ajuvant Therapy in the Treatment of Small Cell Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 498-501.
4. Maddaus M., Ginsberg R.J. Diagnosis and Staging. In: Pearson F.G. [et al], *Thoracic Surgery*. Churchill Livingstone Ed, 1995: 671-90.
5. Mountain C.F. A New International Staging System for Lung Cancer. *Chest* 1986; 89:225S-33S.
6. Ihde, D.C. Small Cell Lung Cancer: State-of-the-Art Therapy 1994. *Chest* 1995; 107:243S-48S.
7. Hande K.R., Des prez, R.M. Current Perspectives in Small Cell Lung Cancer. *Chest* 1984; 85:669-77
8. Maassen W., Greschuchna D. Small Cell Carcinoma of the Lung- to Operate or not? Surgical Experience and Results. *Thorac. Cardiovasc. Surgeon* 1986; 34: 71-6.
9. Strauss G.M., Gleason R.E., Sugarbaker D.J. Chest X-Ray Screening Improves Outcome in Lung Cancer. *Chest* 1995; 107 (6) (suppl.) 2705-279S.