

RELATO DE CASO

METÁSTASE ENDOTRAQUEAL E ENDOBRÔNQUICA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON

PAULO DE CARVALHO CONTU¹, CLÁUDIO TARTA¹, DANIEL DE CARVALHO DAMIN¹, IVANICE FREIRE DUARTE¹, SIMONE SANTANA CONTU¹, LUÍS FERNANDO MOREIRA¹

¹*Serviço de Coloproctologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).*

CONTU PC, TARTA C, DAMIN DC, DUARTE IF, CONTU SS, MOREIRA LF. Metástase Endotraqueal e Endobrônquica de Adenocarcinoma de Cólon. **Rev bras Coloproct**, 2005;26(1):54-56.

RESUMO: A disseminação metastática endotraqueal e endobrônquica do câncer de cólon é um evento raro. Os autores relatam o caso de um paciente com manifestação aguda de doença metastática endotraqueal e endobrônquica, 10 anos após o tratamento do tumor primário.

Descritores: câncer, colorretal, metástase, endotraqueal, tratamento, prognóstico

INTRODUÇÃO

O envolvimento do pulmão por neoplasias extratorácicas é observado em 30% dos casos ¹. Já o comprometimento pulmonar na forma de metástases endobrônquicas é de 2% ^{1,4,6}. Os tumores sólidos que mais freqüentemente apresentam disseminação endobrônquica são os tumores de cabeça e pescoço, rim, mama e intestino grosso ¹, podendo também ocorrer em carcinoma de tireóide, testículo, bexiga, ovário, colo uterino, útero, pâncreas, esôfago, estômago, melanoma e sarcoma ¹⁻⁷. O intestino grosso é responsável por 11% a 26% dos casos de metástases endobrônquicas ¹.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 64 anos, foi admitido com quadro de insuficiência respiratória e estridor laríngeo. História de colectomia esquerda há 10 anos e pneumonectomia direita há 2 anos para tratamento, respectivamente, de um adenocarcinoma de cólon descendente Dukes B e metástase pulmonar. Realizou tomografia computadorizada que evidenciou lesão endotraqueal e endobrônquica à esquerda, nódulo no segmento ápico-posterior do pulmão esquerdo, lesão hepática em segmento seis e derrame pleural à direita. Foi submetido a broncoscopia rígida com ressecção parcial das lesões. O exame anatomopatológico e

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Recebido em 03/10/2005

Aceito para publicação em 18/11/2005

imunohistoquímico confirmaram adenocarcinoma de origem gastrointestinal. Metástases ósseas e hepáticas foram diagnosticadas por cintilografia e ultrassonografia, respectivamente. Foi indicado tratamento paliativo com radioterapia para traquéia e áreas de dor óssea.

DISCUSSÃO

A primeira descrição de metástase endobrônquica por carcinoma de cólon foi de Raine em 1941. Usualmente é acompanhada de disseminação metastática sincrônica, sendo, portanto, sinal de doença avançada e de mau prognóstico, com sobrevida, usualmente, bastante curta ^{1,5}.

Ao contrário das metástases parenquimatosas de pulmão, as metástases endobrônquicas ocorrem ao acaso na árvore respiratória ⁵. A apresentação clínica é semelhante ao do carcinoma primário de pulmão, com tosse e hemoptise, ocorrendo na maioria dos casos ^{1,2}, enquanto que dor torácica, dispnéia e sibilância são achados menos freqüentes ^{2,3,5}. A manifestação de estridor é rara, uma vez que o comprometimento da traquéia é incomum.

Os achados radiológicos das metástases traqueais e brônquicas são bastante variáveis ⁶, podendo também simular um carcinoma brônquico primário ². A radiografia de tórax pode ser normal ou apresentar múltiplos nódulos, infiltrados e atelectasias subsegmentares ou de todo o pulmão ^{1,6}. Salud e colaboradores ⁷ demonstraram correlação entre os achados broncoscópicos e da tomografia computadorizada, atribuindo a esta última uma alta sensibilidade na detecção e localização das lesões endobrônquicas, podendo auxiliar na avaliação de pacientes quando a broncoscopia não é factível.

Embora o diagnóstico possa ser suspeitado pelos achados clínicos e radiológicos, a confirmação deve ser feita por broncoscopia com biópsia profunda, uma vez que a lesão é submucosa ^{1,5}, o que explica o baixo índice diagnóstico do exame citopatológico de escarro e do lavado e escovado brônquicos ^{1,2,5}.

Apesar das manifestações clínicas e radiológicas serem similares ao carcinoma brônquico primário, há evidências que ajudam a diferenciar estas condições, como a história prévia de tumor extratorácico primário ². O intervalo entre o diagnóstico do tumor primário e a recidiva pulmonar endobrônquica varia de 3 meses a 25 anos, segundo as séries retrospectivas ^{1,4-6}.

O tratamento deve ser definido individualmente, conforme o tumor primário, gravidade dos sintomas e extensão sistêmica da doença ⁶. A radioterapia pode oferecer bons resultados nos pacientes cuja manifestação metastática mais importante é a pulmonar ². Outros meios terapêuticos paliativos são a fototerapia por laser e colocação de prótese endobrônquica ¹. Em casos selecionados, a lobectomia ou pneumonectomia podem ser opções aceitáveis ¹. Sheperd ⁴ descreveu uma série de 25 pacientes com metástase endobrônquica, 12 dos quais tratados cirurgicamente, incluindo três casos com lesão primária de intestino grosso, com sobrevida média de 12 meses. A cirurgia parece ser a opção que permite os maiores intervalos livres de sintomas e sobrevida, quando a lesão endobrônquica for a única manifestação de doença metastática.

O longo intervalo que pode ocorrer entre o tratamento do tumor primário e a manifestação metastática reflete o caráter indolente de tumores sólidos, como o carcinoma colorretal.

SUMMARY: Endotracheal and endobronchial dissemination from a colon cancer is an exceedingly rare event. The authors report a case of an endotracheal and endobronchial metastatic lesion presenting clinically 10 years after treatment of the primary tumor.

Key words: colon cancer, endobronchial metastatic, treatment

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casino AR, Bellmut J, Salud A, et al. Endobronchial metastasis in colorectal adenocarcinoma. *Tumori* 1992; 78: 270-3.
2. Braman SS, Whitcomb ME. Endobronchial metastasis. *Arch Int Med* 1975; 135: 543-7.
3. Bourke SJ, Henderson AF, Stevenson RD, et al. Endobronchial metastasis simulating primary carcinoma of the lung. *Respir Med* 1989; 83: 151-2.

4. Shepherd MP. Endobronchial metastatic disease. *Thorax* 1982; 37(5): 362-5.
5. Heitmiller RF, Marasco WJ, Hruban RH, et al. Endobronchial metastasis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 106: 537-42.
6. Baumgartner WA, Mark JBD. Metastatic malignancies from distant sites to tracheobronchial tree. *J Thorac Cardiovasc Surg*; 1980; 79: 499-503.
7. Salud A, Porcel JM, Roviroso A, et al. Endobronchial metastatic disease: analysis of 32 cases. *J Surg Oncol* 1996; 62: 249-52.
8. Dudouet B, Jacob L, Beuzeboc P, et al. Presence of villin, a tissue specific cytoskeletal protein in sera of patients and an initial evaluation of its value for diagnoses and follow-up of colorectal cancers. *Cancer Res* 1990; 50: 438-43.

Endereço para correspondência:
PAULO DE CARVALHO CONTU
Rua Casemiro de Abreu, 900 apto. 302
Bairro Bela Vista
90420-000 – Porto Alegre (RS)
E-mail: contu@terra.com.br