

Caso Clínico 2 - 06/06/2014 (data do casonovo)

Identificação: NRMCC, **62 anos**, **sexo feminino**, branca, natural e procedente de Casa Branca (SP), professora estadual aposentada, casada com Sr José Augusto, sem filhos, católica praticante.



QD: tosse e resfriados frequentes há 3 meses.

HMA: Paciente relata há 3 meses **tosse persistente** e neste período refere ter tido 3 episódios de “**resfriado**”, caracterizado como quadro de tosse produtiva com secreção esbranquiçada mais espessa, coriza nasal, astenia, sem picos febris, com duração de 3 a 4 dias e melhora com uso de sintomáticos antigripais. Nega dor torácica ou ventilatório-dependente; nega dispneia. Nega episódios semelhantes prévios. Após melhora do “resfriado”, **persiste a tosse produtiva com secreção** mais fluida e hialina, sem sangue. Nega perda de peso no período ou alteração significativa da rotina de vida. Procurou atendimento em sua cidade, sendo realizada radiografia de tórax que evidenciou lesão pulmonar à esquerda.

Caso Clinico - 06/06/2014



IDA: Nega alterações cutâneas ou de fâneros; nega alteração do habito intestinal; nega presença de sangue ou muco nas fezes; nega epigastralgia; relata boa digestão; nega disúria ou polaciúria.

Antecedentes pessoais: **Nega asma ou bronquite;** nega alergia a medicamentos ou alimentos; menopausa aos 42 anos; diagnostico de **dislipidemia** aos 60 anos em uso de estatina desde então; **hipertensão arterial sistêmica** aos 58 anos controlada com anti-hipertensivo e acompanha com consultas semestrais com cardiologista da sua cidade. Relata cirurgia ortopédica devido a fratura em rádio esquerdo apos queda há 1 ano. Faz **anualmente seguimento ginecológico e mamografia.** Nega DSTs, Chagas ou TB.

Antecedentes familiares: Refere apenas **tia paterna com histórico de câncer de mama** pós menopausa, tendo ficado curada. Pai falecido aos 60 anos por IAM; **mãe viva com 91 anos** e DM tipo II. Tem 2 irmãos mais velhos, ambos com HAS e DM tipo II controlados.

Hábitos e condições de vida: Não pratica nenhuma atividade física; foi tabagista dos 25 anos até há 3 meses, quando iniciou quadro clínico atual ($\frac{1}{2}$ maço ao dia = carga tabagica: 18,5 maços/ano).. Ingera aos finais de semana 1 a 2 taças de vinho tinto. Gosta de atividades manuais como crochê e tricô.

Medicamentos: sinvastatina 10mg pela manhã; valsartana+HCT 160+12,5mg VO pela manhã.

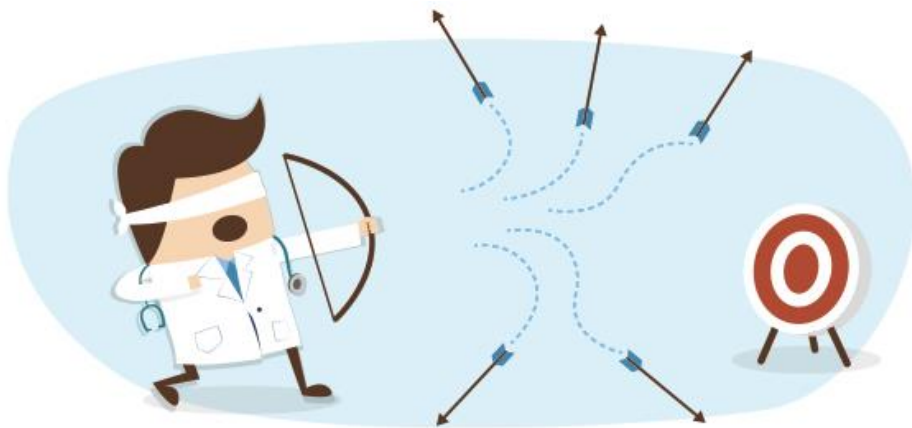
Exame físico: Peso: 69 kg; Estatura: 160 cm; SC= 1,75m²; KPS= 90.

- Bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, lucida, orientada.
 - Pulmões: MV presente, simétrico, sem ruídos adventícios. Percussão sem áreas de macicez; sem alterações na ausculta da voz, simétrica.
 - Precórdio: 2BRNF, sem sopros. Ausência de estase de jugular. Sem edemas de MMII.
 - Abdome: semigloboso, flácido, indolor a palpação, sem massas. Fígado não palpável.
 - Ausência de gânglios palpáveis em cadeias: cervical anterior e posterior, supra e infraclaviculares, axilares, inguinais.
 - Mamas simétricas, sem abaulamentos ou retrações, ausência de nódulos ou espessamentos. Expressão negativa.
- .



Em TOMOGRAFIA DE FORA de 02/2014: nódulo cavitado em pulmão esquerdo (Tuberculose? Tumor com necrose central?)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



- doenças inflamatórias;
- doenças infecciosas (bacterianas?, fúngicas);
- neoplasias:
 - ✓ sitio primário pulmonar (SCLC, NSCLC);
 - ✓ linfomas;
 - ✓ partes moles dentre outros....

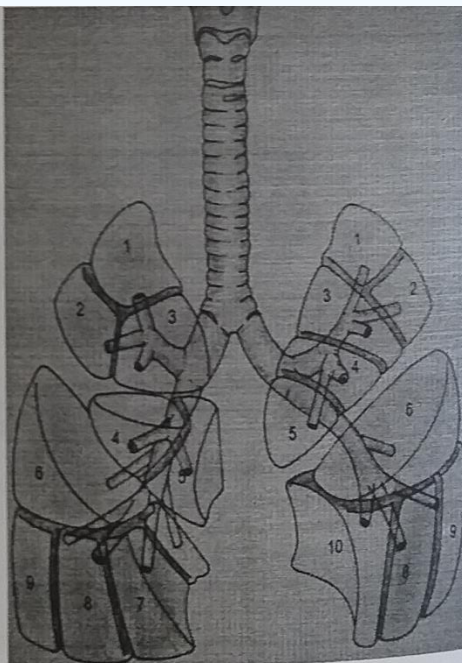
.

3 BRONCOSCOPIAS ATEFINALMENTE ... A CONFIRMAÇÃO HISTOLÓGICA....

Passagem de broncoscópio por narina direita

Em árvore brônquica esquerda observa-se lesão de aspecto infiltrativo em óstio de lobo superior, estendendo-se por aproximadamente 1-1,5 cm em parede lateral e anterior de brônquio principal.

Sem outras alterações até subsegmentos em lobo inferior esquerdo e árvore brônquica direita.



CONCLUSÕES:

Lesão de aspecto infiltrativo em lobo superior esquerdo com extensão ao brônquio principal.

RELATÓRIO DE EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO

DESCRIÇÃO MACROSCÓPICA

BIÓPSIA DE MUCOSA BRÔNQUICA -

Enviados pequenos fragmentos teciduais irregulares, medindo em conjunto 0,7 x 0,7 x 0,2 cm. Apresentam coloração pardacenta e consistência macia, com a superfície levemente rugosa e regular. Todo o material recebido foi incluído para análise histológica.

DESCRIÇÃO MICROSCÓPICA

Secções histológicas dos fragmentos apresentam mucosa brônquica com áreas de epitélio respiratório preservado e sem atipias. Na lâmina própria observa-se proliferação neoplásica epitelial, com a formação de luzes acinares irregulares e infiltrativas e pequenas áreas de aspecto micropapilar. As células neoplásicas são colunares, com núcleos atípicos e aumentados de volume. Ao redor há leve reação desmoplásica e infiltrado inflamatório inespecífico.

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

BIÓPSIA DE MUCOSA BRÔNQUICA -

ADENOCARCINOMA INVASIVO MODERADAMENTE DIFERENCIADO (Grau II), PREDOMINANTEMENTE ACINAR, EM MUCOSA BRÔNQUICA.

NOTA - Biópsia incisional. Ausência de invasão angiolinfática ou perineural neste material.

FOI ATENDIDA POR ONCOLOGISTA E EM MAIO DE 2014 FEZ ESTADIAMENTO COM PET-CT EM CAMPINAS.

TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS COM PET/CT E FDG-¹⁸F

Múltiplas imagens tomográficas nos planos transversal, coronal e sagital da cabeça até a pelve foram obtidas 1 hora após a injeção venosa do radiofármaco, usando uma câmara PET/CT dedicada, capaz de sobrepor as imagens metabólicas (PET) às imagens anatômicas (CT), com contraste oral, sem contraste venoso.

Fusão de imagens (PET/CT)

Observa-se hiper captação do radiofármaco em massa pulmonar no lobo superior esquerdo, peri-hilar com invasão brônquica, medindo cerca de 4,3 x 3,2 cm (SUV = 10,7) e com áreas de consolidação pulmonar de aspecto nodular peri-lesional e atelectasia à montante; e em linfonodomegalias hilar pulmonar e paratraqueal inferior à esquerda de 1,8 x 1,1 cm (maior SUV = 3,9).

Não se evidenciam outras áreas de acúmulo anormal do radiofármaco.

Achados adicionais da tomografia computadorizada (CT)

Derrame pleural laminar à esquerda; granuloma calcificado residual no lobo superior direito; dilatação fusiforme da aorta ascendente.

INTERPRETAÇÃO:

- Massa pulmonar hipermetabólica no lobo superior esquerdo peri-hilar com invasão brônquica e com áreas de consolidação pulmonar hipermetabólicas peri-lesionais.
- Linfonodomegalias hipermetabólicas hilar pulmonar e paratraqueal inferior à esquerda, secundárias.

IMPORTANTE: As imagens de CT do estudo de PET/CT são usadas para determinar a localização anatômica das lesões de interesse oncológico. Portanto, não substituem estudos de CT dirigidos. As imagens da CT deste estudo foram revisadas pelo Dr. Sérgio Bulach Gapski (CRM 80443).

Campinas 08 de maio de 2014

- ✓ Massa pulmonar hipercaptante;
 - ✓ Invasão brônquica;
 - ✓ Maior diâmetro: 4,3cm;
 - ✓ Linfonodos hipermetabólicos em hilo pulmonar e paratraqueal;
 - ✓ Ausência de metástases a distância
- E RELATO DO CIRURGIAO TORACICO CONSIDERANDO INVASAO DE ARTERIA E VEIA PULMONAR**

TNM 7 th EDITION		TNM 8 th EDITION	
T	-	Tis	
	-	Tmi	
	-	Tss	
	T1a (≤2 cm)	T1a (≤1 cm)	
	T1b (>2 -3 cm)	T1b (>1-2cm)	
		T1c (>2-3cm)	
	T2a (>3-5 cm)	T2a (>3cm but ≤4cm)	
	T2b (>5-7 cm)	T2b (>4cm but ≤5cm)	
	T3 (>7 cm)	T4	
	T3 - atelectasis/pneumonitis involving whole lung)	T2 atelectasis/pneumonitis irrespective of involving lobe or whole lung	
	T3 tumor involving the main bronchus <2cm distance to carina	T2 -tumor involving the main bronchus irrespective of distance to carina	
	T3 -invasion of the diaphragm	T4 (invasion of the diaphragm)	
N	No changes		
M	M1b - distant metastasis	M1b - single extrathoracic metastasis	
		M1c - multiple extrathoracic metastases	

PREENCHA O ESTADIAMENTO:

T___N___M___ = ESTADIO___

REGIONAL LYMPH NODES (N)	
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Metastasis in ipsilateral peribronchial and/or ipsilateral hilar lymph nodes and intrapulmonary nodes, including involvement by direct extension
N2	Metastasis in ipsilateral mediastinal and/or subcarinal lymph node(s)
N3	Metastasis in contralateral mediastinal, contralateral hilar, ipsilateral or contralateral scalene, or supraclavicular lymph node(s)

Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, editors. AJCC cancer staging manual (7th ed). New York, NY: Springer; 2010.

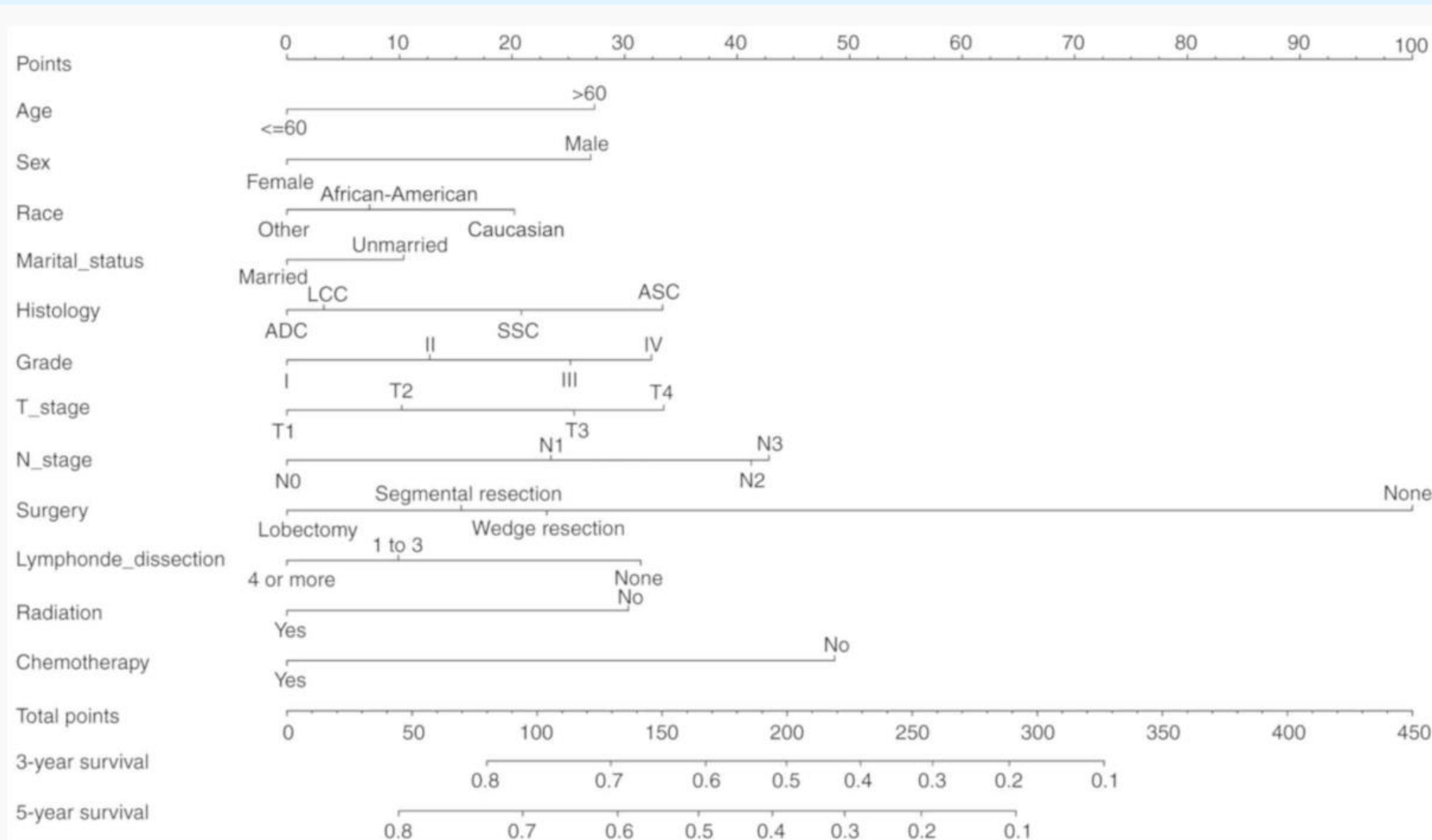
AJCC cancer staging manual **8th ed**. [Stephen B Edge; American Joint Committee on ... ISBN: 9783319406176 3319406175, 2017.

Conforme preconizado em 2014 e ainda vigente em 2020, foi indicado tratamento combinado com RADIOTERAPIA + QUIMIOTERAPIA, tendo feito:

CISPLATINA + ETOPOSIDE concomitante com
RADIOTERAPIA COM IMRT DOSE DE 6000cGy

PROCURE no UPTODATE os principais efeitos colaterais da CISPLATINA e do ETOPOSIDE que devem ser orientados à paciente e verificados nos retornos durante este tratamento.

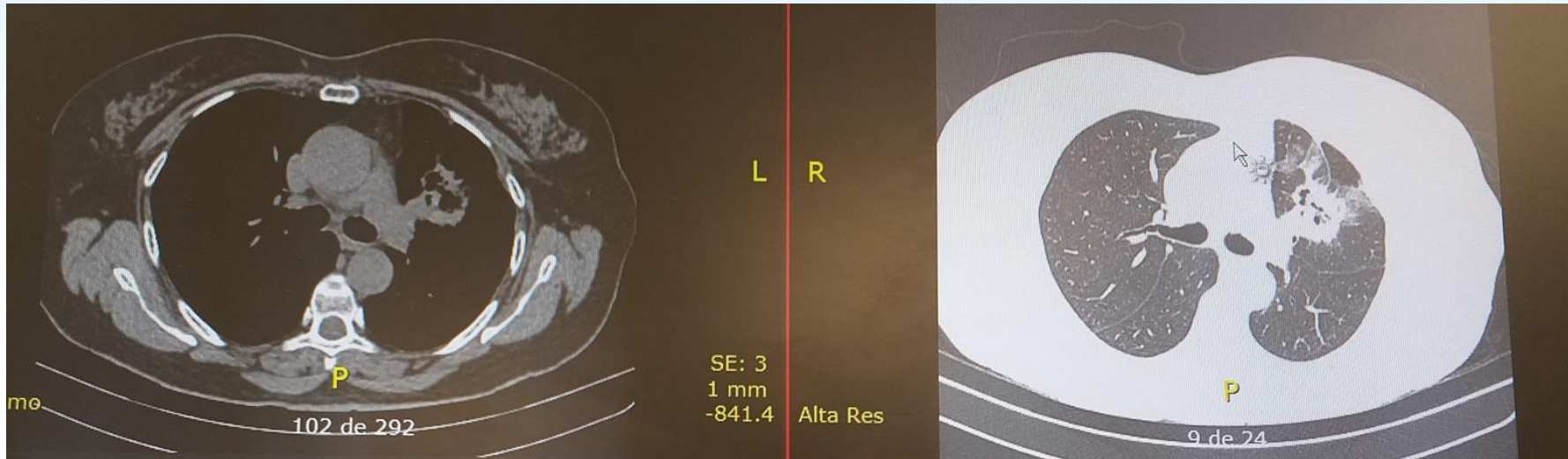
- Considerando as características desta paciente, os resultados da biopsia, exames de estadiamento e o tratamento proposto, USANDO O NOMOGRAMA ABAIXO, VERIFIQUE A TAXA DE SOBREVIVÊNCIA ESTIMADA PARA ELA EM 3 E 5 ANOS.



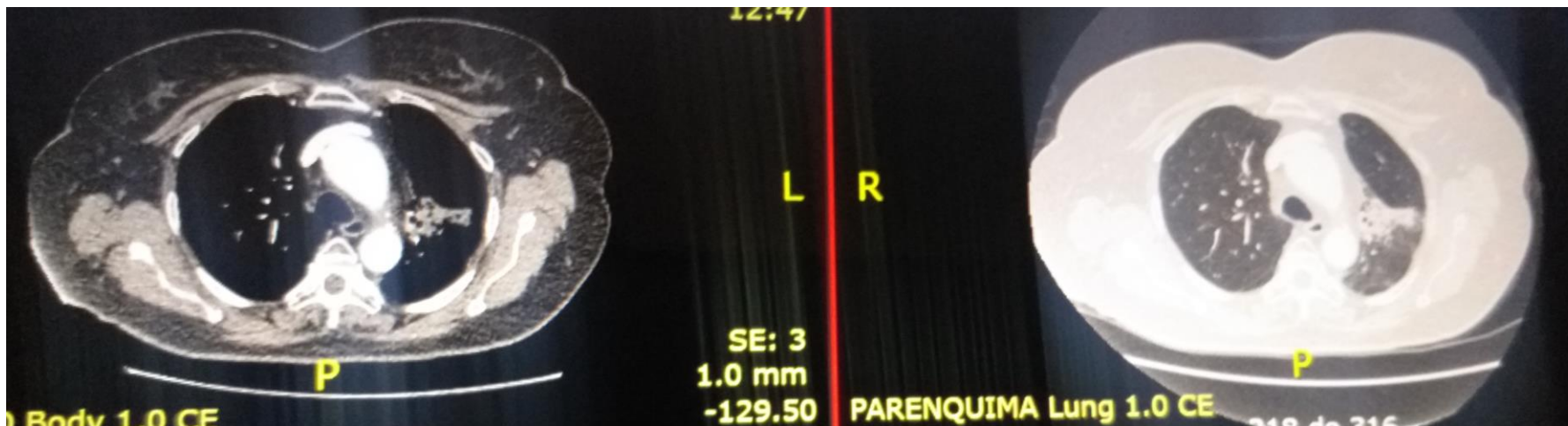
Liao, Y., Wang, X., Zhong, P., Yin, G., Fan, X., & Huang, C. (2019). A nomogram for the prediction of overall survival in patients with stage II and III non-small cell lung cancer using a population-based study. *Oncology Letters*, 18, 5905-5916. <https://doi.org/10.3892/ol.2019.10977>

Figure 1. - Nomogram for predicting the 3- and 5-year overall survival of patients with stage II and III non-small cell lung cancer. ADC, adenocarcinoma; SCC, squamous cell carcinoma; LCC, large cell carcinoma; ASC, adenosquamous carcinoma.

6 semanas após término do tratamento, foi realizado re-estadiamento para avaliar a resposta ao tratamento e segundo LAUDO DE TC DE TORAX = redução das lesões alvo compatíveis com RESPOSTA PARCIAL.

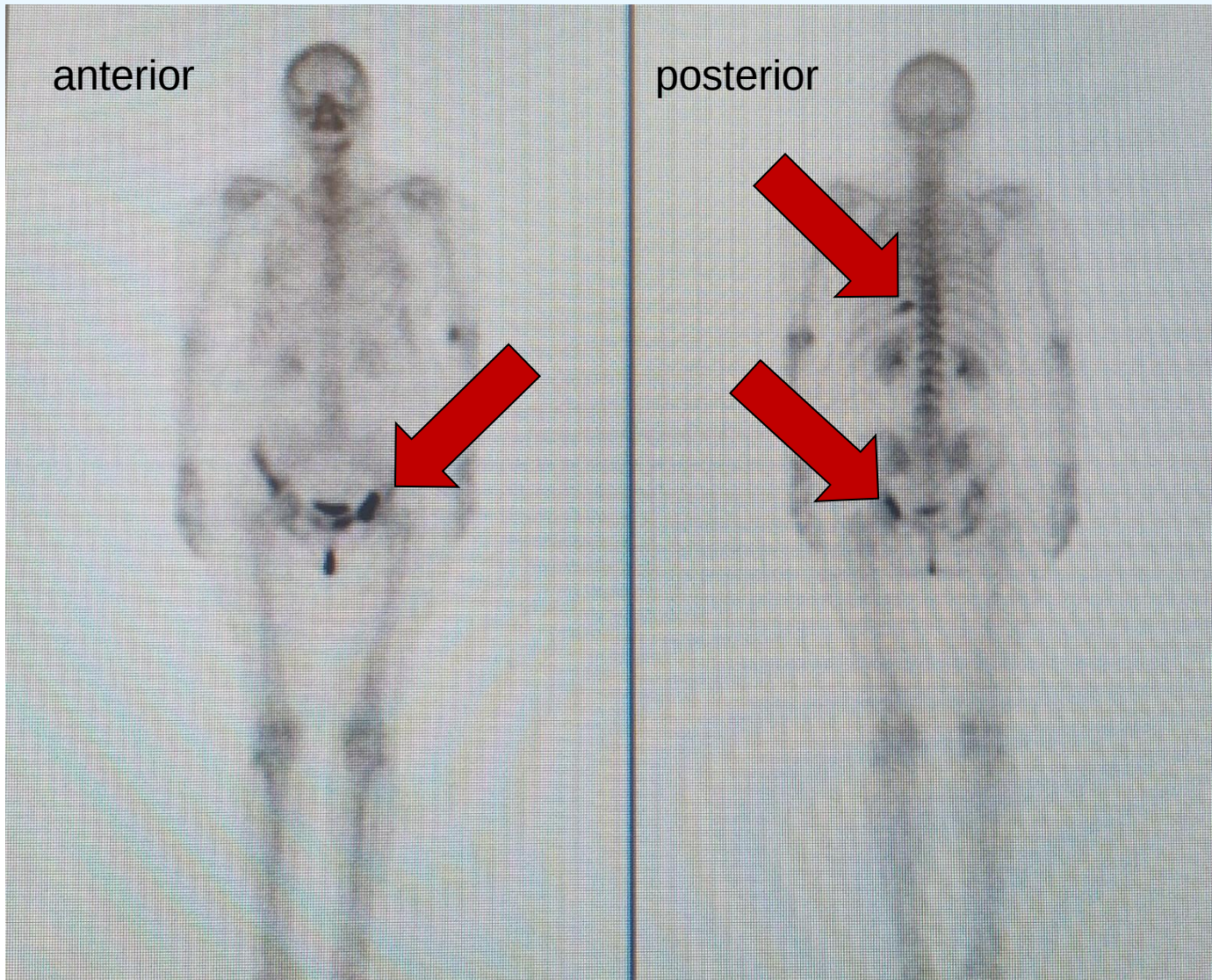


**EXAME PRÉ
TRATAMENTO**



**EXAME PÓS
TRATAMENTO**

Entretanto nesta mesma consulta a paciente relatava aparecimento de dor em região da bacia à esquerda que piorava com a deambulação. Em exame de cintilografia óssea foram identificadas 2 lesões suspeitas para metástases ósseas que não estavam presentes no exame de estadiamento.



CONSIDERANDO ESTE RESULTADO DE EXAME COMPATIVEL COM A QUEIXA CLINICA, SERIA AINDA CONSIDERADA COMO RESPOSTA PARCIAL AO TRATAMENTO?

Caso Clínico

Foi então iniciado tratamento sistêmico com QUIMIOTERAPIA (docetaxel) associado ao ÁCIDO ZOLEDRÔNICO (bisfosfonato) com controle clínico e radiológico das lesões ósseas.

NESTE MOMENTO A INTENÇÃO DO TRATAMENTO É CURATIVA OU PALIATIVA?

CONSIDERANDO QUE A PACIENTE TEM DIAGNOSTICO HISTOLOGICO ADENOCARCINOMA DE PULMAO E PRESENÇA DE LESOES TUMORAIS NOS LOCAIS DESCRITOS PELA TOMOGRAFIA E CINTILOGRAFIA OSSEA, QUAIS EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS ELA POSSUI RISCO DE DESENVOLVER ?