

Orientação para Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Pulmão

(1) Antonio Pedro Mirra
(2) José Elias Abrão Miziara

O câncer de pulmão tem apresentado aumento significativo em sua incidência nos últimos anos.

Isto deve-se principalmente à difusão do hábito de fumar, da poluição atmosférica causada pela industrialização e do ambiente de trabalho.

Dá a importância do seu pronto reconhecimento e tratamento adequado.

A sintomatologia é aquela das doenças pulmonares, não havendo sintoma e sinal patognomônico. Todavia existem sinais e sintomas de alerta.

Diante de um caso onde a suspeita diagnóstica é de câncer de pulmão, solicitamos inicialmente os seguintes exames:

- Rx de tórax (PA e Perfil)
- Exame citológico de escarro — 3 amostras de 24 horas
- Exame bacterioscópico de escarro com pesquisa de BAAR

Confirmada a suspeita clínica, quer por imagem suspeita revelada pelo exame radiológico ou citologia de escarro positiva para malignidade, submetemos o paciente a outros exames para confirmação histopatológica e um perfeito estadiamento clínico da doença (Sistema TNM — UICC, 1979).

- Broncoscopia com biópsia, lavado, esfregaço brônquico
- Hematológico
- ECG
- Exame químico do sangue que compreende dosagem de uréia e creatinina, glicemia, proteínas totais e frações, fosfatase alcalina
- Exame de urina tipo I
- Completa avaliação imunológica: teste cutâneo de PPD, tricofitina, esporotriquina, DNCB e óleo de crôton
- Mapeamento ósseo
- Mapeamento hepático e ultra-som do abdômen
- Mapeamento cerebral

Se o mapeamento ósseo for positivo, solicitamos Rx das áreas hiperconcentrantes.

Havendo área hipoconcentrante no mapeamento hepático e ultra-sonografia submete-se o paciente à laparoscopia ou laparotomia.

Havendo área hiperconcentrante no mapeamento cerebral, o paciente é encaminhado a consulta com o neurologista, sendo solicitado eletroencefalograma, carótidoangiografia em alguns casos e mais recentemente a tomografia axial computadorizada.

A avaliação da extensão real da doença, através do estadiamento clínico (TNM), permite determinarmos a inoperabilidade do paciente e a irresscabilidade do tumor.

(2) Carlos Alberto Rodrigues Schneider

São condições de inoperabilidade: idade avançada (relativo), estado geral desfavorável, capacidade ventilatória insuficiente, metástases distantes e estado psicológico desfavorável.

Entre as condições de irresscabilidade temos: invasão de segmento superior do brônquio principal, lesão do sistema nervoso simpático torácico (síndrome de Claude-Bernard-Horner), invasão do mediastino (lesões dos nervos recorrente e frênico, compressão de veia cava superior e fistula bronco-esofágica), comprometimento do plexo braquial, comprometimento costal (relativa), derrame pleural com citologia positiva e associação de muitas destas condições (síndrome de Pancoast).

Após este estadiamento podemos então indicar o tratamento adequado.

Somente poucos pacientes, na realidade, são candidatos à cirurgia. Para estes solicitamos gasimetria arterial, espirometria e mapeamento pulmonar para avaliação das funções pulmonares.

O tipo de cirurgia preferencial é a lobectomia. Somente na impossibilidade dessa cirurgia mais limitada, pela grande extensão do tumor, proceder-se-á à pneumonectomia. A segmentectomia é uma cirurgia de exceção, em casos de tumor periférico, de tamanho pequeno e na presença de limitações da função respiratória. A poliquimioterapia sistêmica pós-operatória é indicada e a escolha do esquema terapêutico está na dependência do tipo histológico. A imunoterapia é usada através do BCG oral (6 x 500 mg) no intervalo dos ciclos de quimioterapia.

Nos casos de adenocarcinoma, carcinoma indiferenciado de grandes células e de pequenas células ("oat cell"), o esquema quimioterápico é o seguinte:

- 1.º dia: — Vincristina — 1,0 mg E.V.
Ciclofosfamida — 300 mg/m² E.V.
- 2.º dia: — Adriamicina — 40 mg/m² E.V.
Ciclofosfamida — 300 mg/m² E.V.
- 3.º e 4.º dias: — Ciclofosfamida — 300 mg/m² E.V.
- 5.º dia: — Vincristina — 1,0 mg E.V.
Ciclofosfamida — 300 mg/m² E.V.

O ciclo será repetido cada 21 dias.

Nos casos de carcinoma epidermóide, o esquema quimioterápico é o seguinte:

- 1.º dia: — Ciclofosfamida — 1,0 g/m² E.V.
- 8.º e 15.º dias: — Methotrexate — 50 mg EV
Ciclofosfamida — 1,0 g/m² EV.

O ciclo será repetido cada 15 dias.

A radioterapia está indicada nos casos inoperáveis e irresscáveis.

Quando há metástases a distância, então o tratamento de escolha é a poliquimioterapia.

Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo — Brasil.

1. Diretor do Departamento de Cirurgia Torácica.

2. Titular do Departamento de Cirurgia Torácica.