

RELATO DE CASO

Síndrome de Pancoast - perdendo o melhor momento de diagnosticar *Pancoast Syndrome - losing the best time to diagnose*

Alisson Pittol Bresciani¹, Cesar Lazzarotto², Glaucia Itamaro Heiden³, Simone de Oliveira Alves³,
Aline da Rocha Lino³, Carlos Alberto Silva⁴, Helena Elisa Piazza⁵

Resumo

Os autores descrevem um caso de Síndrome de Pancoast com desfecho desfavorável por atraso no diagnóstico. Enfatiza-se a necessidade de alto índice de suspeição para esta síndrome, a fim de oportunizar a sua detecção precoce e, conseqüentemente, a possibilidade de tratamento curativo ou maior sobrevida.

Descritores: 1.Síndrome de Pancoast;
2.câncer de pulmão;
3.pneumologia.

Abstract

The authors describe a case of Pancoast Syndrome with unfavorable outcome because of delay on diagnosing. It's emphasized the need of high suspicion index to the syndrome, in order to nurture it's early detection and, consequently, the possibility of curative treatment or increased survival.

Keywords: 1.Pancoast syndrome;
2.lung cancer;
3.pneumology.

Introdução

Os tumores de Pancoast, também denominados tumores do sulco pulmonar superior, são aqueles localizados no sulco formado pela passagem dos vasos subclávios pela cúpula da pleura e ápices pulmonares^(1, 2). Compreendem geralmente neoplasias pulmonares não-pequenas células, em especial o carcinoma de células escamosas e adenocarcinoma, sendo aquele o de maior prevalência^(3,4). Devido à sua localização peculiar, esses tumores podem comprimir os ramos inferiores do plexo braquial, causando dor ipsilateral em ombro e membro superior na distribuição das raízes nervosas C8, T1 e T2 (Síndrome de Déjerine-Klumpke); fraqueza e atrofia dos músculos intrínsecos da mão; compressão do gânglio simpático estrelado (Síndrome de Claude-Bernard-Horner - ptose, miose e anidrose ipsilaterais). Essa constelação de sinais e sintomas constitui a Síndrome de Pancoast, descrita pela primeira vez em 1838⁽⁵⁾. Relatar-se-á, a seguir, um caso de Síndrome de Pancoast com desfecho desfavorável.

Relato de caso

Paciente de 43 anos, feminino, viúva, procedente do Rio Grande do Sul, tabagista de 60 anos/maço iniciou, há cerca de 2 anos, quadro de dor em hemitórax esquerdo e ombro esquerdo, de caráter insidioso, contínua, sem fatores de alívio ou agravo, não relacionada a trauma. Procurou o serviço médico e foi avaliada por quatro profissionais de diferentes especialidades. Após exames de imagem, recebeu o diagnóstico de osteoartrite e bursite de ombro esquerdo, quando realizou tratamento com analgésicos e antiinflamatórios de diversas classes, sem melhora dos sintomas. Há aproximadamente 6 meses, evoluiu com ptose palpebral à esquerda, sendo reavaliada e a conduta mantida.

1. Médico Residente do 2º ano de Neurologia do Hospital Governador Celso Ramos.
2. Médico Residente do 2º ano de Clínica Médica do Hospital Governador Celso Ramos
3. Acadêmicas do 6º ano de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.
4. Médico Especialista em Medicina Interna e Medicina Intensiva; Professor do curso de Medicina da UNISUL; Presidente da Comissão Interna de Residência Médica do Hospital Governador Celso Ramos.
5. Médica Mestre em Ciências Médicas da UFSC; Especialista em Medicina Interna e Medicina Intensiva; Supervisora da Residência de Clínica Médica do Hospital Governador Celso Ramos; Professora do Curso de Medicina da UNISUL.

Há 2 meses, a paciente deu entrada na Emergência do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) apresentando, ao exame físico, ptose palpebral e miose à esquerda, anidrose em hemiface ipsilateral; membro superior esquerdo com hipotrofia muscular, mais evidente na mão (região tenar e hipotenar), com força grau 2; aumento de volume em região cervical esquerda, sem delimitação precisa, de consistência endurecida. Foi internada e submetida à radiografia do tórax que evidenciou massa no ápice do pulmão esquerdo (Figura 1).

Dessa forma, foi feito o diagnóstico tardio da Síndrome de Pancoast e então realizou-se tomografia de tórax (Figura 2), que demonstrou invasão do primeiro arco costal à esquerda e das vértebras C7, T1 e T2, inclusive com invasão do canal medular.

Posteriormente, a paciente foi submetida à punção aspirativa por agulha fina da massa da região cervical guiada por tomografia que evidenciou adenocarcinoma bem diferenciado. A seguir, foi encaminhada ao serviço de referência oncológica (CEPON- Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas) a fim de manejo especializado.

Após 2 meses, retornou ao HGCR por deterioração importante do estado geral, anorexia, perda ponderal significativa, anemia grave e infecção do trato urinário, falecendo por choque séptico.

Discussão

A Síndrome de Pancoast é a forma de apresentação de cerca de 4% dos cânceres de pulmão, os quais representam a primeira causa de morte por câncer em homens e a segunda em mulheres no Brasil. O diagnóstico é realizado através da apresentação clínica, exames de imagem como radiografia e tomografia computadorizada de tórax ou ressonância nuclear magnética, necessitando de confirmação histopatológica ⁽⁷⁾. Os principais sítios de metástases são fígado, cérebro, ossos e supra-renais ^(7,8). Assim, para se fazer um estadiamento adequado, recomenda-se atualmente que sejam realizados hemograma com plaquetas, LDH, fosfatase alcalina, enzimas hepáticas, bilirrubinas totais e frações, creatinina e cálcio sérico, tomografia computadorizada de tórax e abdome superior, ressonância nuclear magnética de encéfalo (principalmente nos adenocarcinomas) e cintilografia óssea ⁽⁷⁻⁹⁾.

De acordo com a Classificação TNM, o tumor de Pancoast apresenta-se tipicamente como T3 ou T4, ao diagnóstico ⁽⁵⁾. A paciente enquadrava-se, no mínimo, no estágio IIIB (T4 - por invasões de corpos vertebrais

- Nx, Mx) ^(6,8,9) e, para tal, seria indicado como tratamento radioterapia concomitante ou não à quimioterapia, de acordo com performance status da paciente, conforme recomendado pelo Manual Prático de Oncologia Clínica do Hospital Sírio Libanês ⁽⁷⁾.

Geralmente, o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico varia entre 5 e 10 meses ⁽⁴⁾. No caso em questão, o diagnóstico foi firmado cerca de 2 anos e 8 meses após o início dos sintomas, proporcionando um estadiamento muito avançado, permitindo uma sobrevida média de 37% em 1 ano e 7% em 5 anos ⁽⁷⁻⁹⁾.

No entanto, a paciente alcançou apenas 2 meses de sobrevida após o diagnóstico, já que consultou diversos médicos que não suspeitaram dessa síndrome, desperdiçando tempo precioso. Esse fato leva a pensar que um diagnóstico mais precoce poderia possibilitar melhor estadiamento e, conseqüentemente, possibilidade de tratamento curativo ou maior sobrevida.

Dessa forma, tem-se que o diagnóstico da Síndrome de Pancoast é relativamente fácil quando a doença já está avançada e as manifestações clínicas são exuberantes, entretanto, deve-se suspeitar sempre que pacientes tabagistas apresentem dores crônicas em ombros e braços, sem melhora com antiinflamatórios, oportunizando assim o diagnóstico precoce.

Referências

- Frönlich AC, Chiesa D, Ronsani M, Henn LA, Barreto SS. Associação de carcinoma broncogênico com síndrome de Pancoast e síndrome da imunodeficiência adquirida. *J Pneumol* 2000; 126(5):269-272.
- Miller, YE. Câncer de Pulmão e outros tumores pulmonares. [capítulo do livro] Lee Goldman, et al. Cecil - Tratado de Medicina Interna. Philadelphia: Elsevier, 2005, pp. 1391-1398.
- Dolganova A, Moreira AL, Bona M, Moreira JS. Síndrome de Pancoast causada por linfoma. *J Pneumol* 2000; 26(3): 145-148.
- Delaney TF, Nielsen GP. A 45-Year-Old Woman with a Thoracic Mass and Pancoast's Syndrome. *N Engl J Med* 2000; 342(24): 1814-1821.
- Selim AM, Jett JR, Schild SE. Uptodate 2008. [Online] Acesso em 24 de setembro de 2008. Disponível em: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=lung_ca/12055&selecte dTitle=1~36&source=search_result.
- Spira A, Ettinger DS. Multidisciplinary Management of Lung Cancer. *N Engl J Med* 2004; 350:379-92.7.

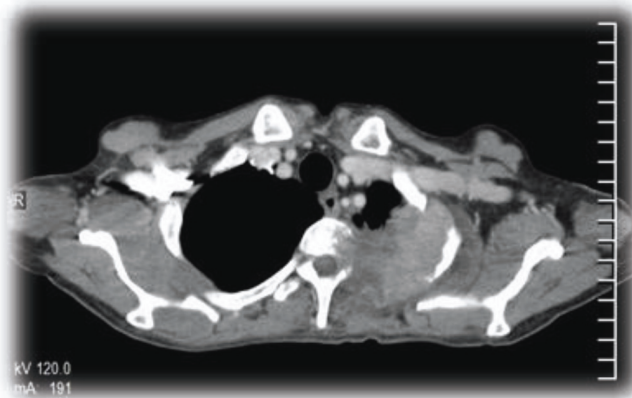
7. Marques R, Willian Jr N, Katz A, Buzaid AC. Hospital Sírio Libanês. [Online] [Acesso em 24 de setembro de 2008.] Disponível em: http://www.mochsl.com.br/capitulos_cont.asp?capid=136#texto.
8. Dubey S, Powell CA. Update in Lung Cancer 2007. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177:941-946.
9. Alberts WM. Introduction: Diagnosis and Management of Lung Cancer: ACCP Evidence-Based Clinical Practise Guidelines (2nd Edition). Chest 2007; 132: 20-22.

Anexo

Figura 1. Radiografia do tórax em pósterio-anterior evidenciando tumor do sulco pulmonar à esquerda, com invasão do primeiro arco costal.



Figura 2. Tomografia do tórax evidenciando tumor do sulco pulmonar à esquerda, com invasão de corpo vertebral T1, canal medular e primeiro arco costal.



Endereço para correspondência

Alisson Pittol Bresciani
Hospital Governador Celso Ramos
Rua Irmã Benwarda, 235 – HGCR
Florianópolis – SC – Brasil
E-mail: alisson_botafogo@yahoo.com.br