

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE BRÔNQUICO TRATADO POR VIDEOTORACOSCOPIA

BRONCHIAL MUCOEPIDERMOID CARCINOMA TREATED BY VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY

Fernanda de Souza Henrique¹; Fernando Luiz Westphal, TCBC-AM²; José Correia Lima Netto²; Luiz Carlos de Lima².

RESUMO

O carcinoma mucoepidermoide é uma causa rara de neoplasia maligna pulmonar primária em brônquio. Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 13 anos, com história patológica pregressa de pneumonias recorrentes que após investigação diagnóstica por tomografia computadorizada e broncoscopia, foi submetido à bilobectomia inferior e média direita videoassistida.

Descritores: Neoplasias Pulmonares. Pneumonectomia. Carcinoma Mucoepidermoide. Cirurgia Torácica Videoassistida.

ABSTRACT

Mucoepidermoid Carcinoma is a rare cause of primary pulmonary malignant neoplasm in bronchus. We report the case of a male patient, 13 years, with previous pathological history of recurrent pneumonia, after workup by computed tomography and bronchoscopy was submitted to lower and middle right video-assisted bilobectomy.

Keywords: Lung Neoplasms. Pneumonectomy. Carcinoma, Mucoepidermoid. Thoracic Surgery, Video-Assisted.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma mucoepidermoide consiste numa neoplasia relativamente comum em glândulas salivares, representando 13% dos tumores destas, 32,5% dos casos em glândulas salivares acessórias e 67,5% nas maiores (em ordem decrescente de preferência: glândula parótida, submandibular e sublingual). É o tumor maligno de glândula salivar mais comum em crianças¹. Porém, como etiologia de neoplasia pulmonar maligna é bastante rara, descrita pela primeira vez em 1952. Atualmente corresponde a cerca de apenas 0,1 a 0,2% dos tumores desta região^{2,3}.

A maioria dos estudos presume que o carcinoma mucoepidermoide pulmonar tem origem nas glândulas submucosas da traqueia e do brônquio. Este tipo incomum de tumor pulmonar acomete uma ampla faixa etária que varia dos três meses de vida aos 78 anos de idade, ocorrendo mais frequentemente em população jovem - mais de 50% dos pacientes têm idade inferior a 30 anos - e sua incidência atinge ambos os sexos forma similar¹. A ressecção cirúrgica de tumor

é o tratamento preferencial. Quanto ao prognóstico, o grau histológico do tumor apresenta relevante importância: enquanto a ressecção completa assegura um prognóstico favorável com 95% de taxa de sobrevida após cinco anos nas neoplasias de baixo grau, nas de alto grau há maior tendência à recidiva local e à metástase^{3,4}.

Descrevemos um caso de carcinoma mucoepidermoide brônquico de baixo grau em paciente jovem, não fumante e sem antecedentes familiares de neoplasia pulmonar, tratado por meio de cirurgia torácica videoassistida. Após revisão de literatura, encontramos poucos artigos científicos reportando esse grupo como causa de neoplasia maligna pulmonar primária. O tratamento consiste essencialmente em ressecção cirúrgica do tumor, no presente caso realizada por meio de cirurgia torácica videoassistida.

RELATO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 13 anos de idade, caucasiano, natural de Manaus - AM.

¹ Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Medicina, Manaus, AM, Brasil.

² Universidade Federal do Amazonas, Departamento de Clínica Cirúrgica, Manaus, AM, Brasil.

Mãe relata que desde os dois anos apresenta episódios frequentes de infecção pulmonar. Nos últimos quatro anos apresentou pneumonia em cinco ocasiões, sempre no lobo inferior direito. Ao exame tomográfico do tórax observou-se área de condensação pulmonar em lobo inferior e ocupação da luz do brônquio intermediário (Figuras 1a e 1b).

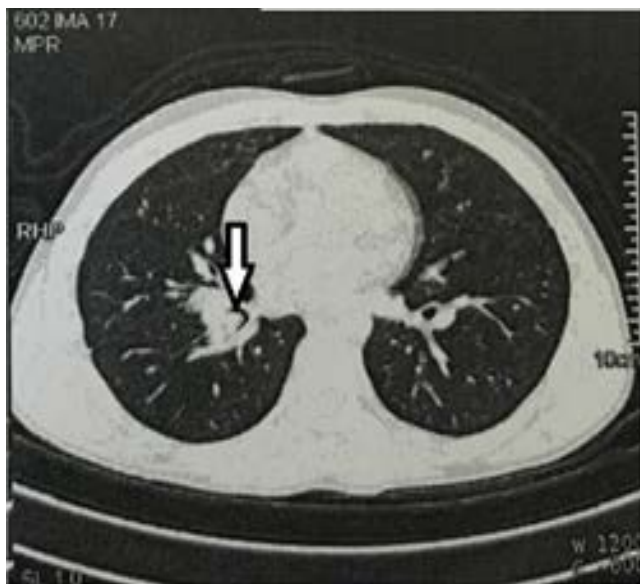


Figura 1a. Exame tomográfico do tórax identificando área de condensação pulmonar em lobo inferior e ocupação da luz do brônquio intermediários (seta).



Figura 1b. Exame tomográfico do tórax identificando área de condensação pulmonar em lobo inferior e ocupação da luz do brônquio intermediários (seta).

A broncofibroscopia rígida revelou lesão tumoral endobrônquica que ao exame histopatológico revelou população celular atípica. O exame imunohistoquímico foi

compatível com carcinoma mucoepidermoide de baixo grau.

O paciente foi submetido à bilobectomia, lobo médio e inferior direito, por videotoracoscopia utilizando-se dois portais e uma incisão de trabalho (Figura 2). A evolução pós-operatória foi satisfatória e sem intercorrências.



Figura 2. Paciente foi submetido à bilobectomia, lobo médio e inferior direito, por videotoracoscopia. (A): incisão de trabalho; (B): incisão de portal posterior; (C): incisão de portal anterior.

O exame histopatológico de peça confirmou o diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide de baixo grau e as margens cirúrgicas estavam livres de doença.

O paciente encontra-se no décimo primeiro mês de pós-operatório assintomático e sem sinais de recidiva da doença.

DISCUSSÃO

Como dito anteriormente, o carcinoma mucoepidermoide é uma causa muito incomum de neoplasia maligna pulmonar. Possivelmente originado das glândulas submucosas traqueais e brônquicas, possui uma epidemiologia variável, sem preferência por sexo e mais frequente na faixa etária adulta jovem⁵. Nosso paciente era um adolescente de 13 anos de idade do sexo masculino, não fumante e sem antecedentes familiares de neoplasia pulmonar.

O diagnóstico primário do carcinoma mucoepidermoide é composto pela suspeita clínica associada aos achados histopatológicos². Devido a localização anatômica do tumor envolver a estrutura traqueobrônquica, uma minoria dos casos é assintomática e geralmente os pacientes apresentam manifestações clínicas de caráter obstrutivo: a

tosse é o sintoma mais frequente, seguida pela hemoptise; outros sinais e sintomas possíveis são os sibilos, bronquite, febre associada à vigência de pneumonia sobreposta ao tumor e dor torácica^{5,6}. No caso reportado o jovem apresentava uma história patológica pregressa de pneumonia recorrente.

Devido à localização geralmente central do carcinoma mucoepidermoide brônquico, a radiografia simples de tórax normalmente não demonstra alterações até que ocorram complicações como pneumonia ou atelectasia pulmonar. Dessa forma tomografia computadorizada pode auxiliar a investigação ao permitir visualização de lesão endobrônquica sugestiva desta neoplasia³. Obstruções endobrônquicas por neoplasia são uma causa rara de pneumonia recorrente, dessa forma deve ser feito o diagnóstico diferencial com outras etiologias possíveis: compressão das vias aéreas por corpo estranho, defeitos anatômicos e alterações imunológicas e do metabolismo.

Para investigação de pneumonia recorrente na qual há evidências de comprometimento de área pulmonar previamente tratada, a tomografia e broncoscopia são exames complementares particularmente relevantes. O exame broncoscópico como método invasivo preferencial haja vista que os exames de imagem do carcinoma mucoepidermoide podem mimetizar características morfológicas de outras neoplasias pulmonares - adenocarcinoma, carcinoma adenoescamoso, tumor carcinoide, carcinoma adenoide cístico e hamartoma endobrônquico de modo que estas condições devem ser consideradas e descartadas para estabelecimento do diagnóstico etiológico^{7,2}. No presente caso, o paciente realizou broncoscopia rígida com achado de lesão endobrônquica em brônquio intermediário.

Com relação à histopatologia, esta neoplasia pode ser classificada em carcinoma mucoepidermoide de alto grau ou de baixo grau, a depender de suas características histológicas, atipias celulares, atividade mitótica, invasão local e necrose. A utilização de imunohistoquímica para elucidação diagnóstica também pode ser útil nos casos de dúvida². Nosso paciente apresentava exame histopatológico compatível com o diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide de baixo grau em segmento brônquico intermediário o qual foi confirmado pela imunohistoquímica.

A remoção cirúrgica é o tratamento de escolha para o carcinoma mucoepidermoide brônquico, sendo possível a remoção completa das neoplasias de baixo grau por meio de ressecções econômicas com perda mínima de parênquima pulmonar e bons resultados funcionais e oncológicos^{2,3}. A lobectomia videoassistida oferece vantagens em relação à lobectomia aberta ao possibilitar tanto a redução do período de internação hospitalar como também da taxa de complicações pós-operatórias^{8,9}. No caso apresentado, o paciente foi submetido a uma bilobectomia de lobos médio e inferior direito realizada por videotoroscopia, com uma evolução pós-operatória satisfatória e sem intercorrências, com expansão pulmonar adequada (Figura 3).



Figura 3. Radiografia de tórax pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Luís CM, Israel MS. Carcinoma mucoepidermoide: revisão de literatura. *Rev Ciên Méd Biol*. 2007;6(2):219-22.
2. Thomas D, Modi Y, Dorai B, Guron G. A rare case of lung carcinoma with mucoepidermoid histopathology: a case report and review of the literature. *Ann Clin Lab Sci*. 2015;45(2):219-21.
3. Khouchilia FZ, Khattabi WE, Bopaka RG, Aichane A, Afif H. Carcinome muco-epidermoide chez une jeune fille de 21 ans. *Pan Afr Med J*. 2015;20:6.

4. Huang YC, Juan CM, Hsueh C, Ho SY, Cheng WL. Mucoepidermoid carcinoma of the lung with initial presentation of microangiopathic hemolytic anemia and thrombocytopenia. *J Cancer Res Pract.* 2017;4(4):143-6.
5. Horst M, Dekker M, Braak S. Mucoepidermoid carcinoma of the airways in a young adult male. *J Radiol Case Rep.* 2017;11(2):8-15.
6. Hsieh CC, Sun YH, Lin SW, Yeh YC, Chan ML. Surgical outcomes of pulmonary mucoepidermoid carcinoma: a review of 41 cases. *PLoS One.* 2017;12(5):e176918.
7. Montella S, Corcione A, Santamaria F. Recurrent pneumonia in children: a reasoned diagnostic approach and a single centre experience. *Int J Mol Sci.* 2017;18(2):pii. E296.
8. Paul S, Sedrakyan A, Chiu YL, Abu N, Port JL, Lee PC, et al. Outcomes after lobectomy using thoracoscopy vs thoracotomy: a comparative effectiveness analysis utilizing the Nationwide Inpatient Sample database. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2012;43(4):813-7.
9. Oh DS, Reddy RM, Gorrepati ML, Mehendale S, Reed MF. Robotic-assisted, video-assisted thoracoscopic and open lobectomy: propensity-matched analysis of Recent Premier Data. *Ann Thorac Surg.* 2017;104(5):1733-40.

Recebido em: 03/05/2018

Aceito para publicação: 27/07/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Fernanda de Souza Henrique

E-mail: fernandasouza.henrique@gmail.com

f.l.westphal@uol.com.br