
Associação de carcinoma broncogênico com síndrome de Pancoast e síndrome da imunodeficiência adquirida*

A.C. FRÖHLICH¹, D. CHIESA², M. RONSANI², L.A. HENN³, S.S. MENNA BARRETO³

É relatado o caso de um paciente portador da síndrome de Pancoast associada à síndrome da imunodeficiência adquirida. Esta apresentação é rara, visto que os tumores mais freqüentemente associados à SIDA são o sarcoma de Kaposi e o linfoma não-Hodgkin. O paciente, com passado de uso de drogas injetáveis, internou-se para investigação de massa em ápice pulmonar, com presença de síndrome de Pancoast, sendo solicitado anti-HIV, com resultado positivo, e tendo sido feito diagnóstico de Ca brônquico não-pequenas células.

Association of bronchogenic carcinoma with Pancoast's syndrome and acquired immunodeficiency syndrome

A case of a patient with Pancoast's syndrome associated with acquired immunodeficiency syndrome is reported. This association is rare and Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin lymphoma are the most recurrent tumors in AIDS. The patient was an IV drug user and was admitted to the hospital for diagnosis of apex lung mass with signs of Pancoast's syndrome. HIV serology was positive and pathology of lung mass showed non-small cell lung cancer.

Descritores — Síndrome de Pancoast. HIV. Carcinoma broncogênico. Neoplasia pulmonar. Síndrome da imunodeficiência adquirida.
Key words — Pancoast's syndrome. HIV. Bronchogenic carcinoma. Lung neoplasms. Acquired immunodeficiency syndrome.

Siglas e abreviaturas utilizadas neste trabalho
HCPA — Hospital de Clínicas de Porto Alegre
UFRGS — Universidade Federal do Rio Grande do Sul
SIDA — Síndrome da imunodeficiência adquirida
HIV — Vírus da imunodeficiência humana
MSD — Membro superior direito
IFI — Imunofluorescência indireta
AINE — Antiinflamatórios não-esteróides
TC — Tomografia computadorizada

INTRODUÇÃO

Síndrome de Pancoast é um conjunto de sinais e sintomas que inclui dor neuropática e perda de força no ombro e braço, síndrome de Claude Bernard-Horner (ptose palpebral, miose e anidrose) ipsilateral e atrofia dos músculos da mão, geralmente devido à extensão local de um tumor pulmonar apical na abertura torácica superior. Estes tumores foram originalmente chamados de tumores de Pancoast e, posteriormente, de tumores do sulco pulmonar superior, por estar localizados no sulco formado pela passagem da artéria subclávia pela cúpula da pleura e ápices pulmonares^(1,2).

O primeiro caso foi documentado por Edward Hare⁽³⁾ em 1838. Quase um século depois, Henry Pancoast^(4,5), num relato de sete casos, descreveu os achados clínicos e radiológicos desses tumores. Pancoast acreditou que eles poderiam ser originados de restos epiteliais embrionários da quinta fenda branquial, não sendo ressecáveis e com prognóstico rapidamente fatal. Esta natureza embrionária não se confirmou posteriormente. Tobias⁽⁶⁾, que identificou a síndrome ao mesmo tempo que Pancoast, reconheceu corretamente o sítio de origem como o tecido broncopulmonar. São considerados estágio IIIa pela classificação do *International System for Staging Lung Cancer-AJCCS* 1997. Linfonodos mediastinais ou supraclaviculares podem estar acometidos em 55% dos casos e conferem um pior prognóstico. Atualmente, os tumores do sulco pulmonar superior são passíveis de ressecção cirúrgica e tratamento radioterápico, de forma isolada ou com associação desses métodos, embora, muitas vezes, o prognóstico ainda seja limitado⁽⁷⁻⁹⁾. A síndrome de Pancoast pode igualmente ser produzida por processo não neoplásico de localização apical, principalmente infecções (ou doença inflamatória)⁽¹³⁻¹⁶⁾.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) predisõem ao surgimento de várias neoplasias, especialmente linfoma não-Hodgkin e sarcoma de Kaposi. Considerando as neoplasias associadas com vírus oncogênicos humanos (alguns linfomas não-Hodgkin, neoplasia intra-epitelial cervical e anal e, possivelmente, sarcoma de Kaposi), o papel do HIV está mais provavelmente ligado ao seu efeito imunossupressor e interferência com o controle tumoral mediado pelo sistema imune⁽¹⁰⁾. A associação de outras neoplasias não-diagnósticas de SIDA ainda é controversa e a associação do carcinoma pulmonar primário é uma delas⁽¹¹⁾.

Vários trabalhos relacionam carcinoma broncogênico à infecção pelo HIV e à SIDA^(11,12). Todavia, não há nenhum caso descrito na literatura que associe esta infecção à síndrome de Pancoast. Assim, faremos o relato de um caso da simultaneidade dessa apresentação neoplásica em paciente sidético.

RELATO DO CASO

Paciente de 42 anos, masculino, preto, tabagista (58 maços/ano), com passado de etilismo e uso de drogas injetáveis, interna-se para investigar lesão expansiva no ápice pulmonar direito, com história de dor no hemitórax superior direito, irradiada para o ombro, tórax anterior ipsilateral e porção medial do membro superior direito (MSD) havia 20 dias. A dor era em queimação, constante, intensa, aliviada em decúbito lateral direito, agravada com os movimentos do tórax e do MSD e sem alívio com analgésicos. No mesmo período, iniciou tosse seca, sudorese noturna intensa, anorexia e emagreceu 3kg. Ao exame físico, apresentava extensas lesões herpéticas labiais, candidíase oral, anisocoria com pupila direita miótica, ptose palpebral à direita, hipoestesia no território ulnar do MSD, hipocratismo digital e linfonodos cervicais posteriores e supraclavicular direito e axilar esquerdo palpáveis.

Durante a internação, fez uso de morfina VO e AINE e obteve controle parcial da dor. As lesões herpéticas labiais e a candidíase oral responderam bem ao tratamento. Na terceira semana, cessaram os episódios de sudorese noturna e houve recorrência da candidíase oral. Não apresentou febre, dispnéia ou hemoptise durante a internação. Permaneceu com anorexia e emagreceu 8kg. Após um mês de internação, leve atrofia da musculatura do MSD era evidente.

Exames: anti-HIV e IFI para HIV reagentes; contagem de CD4: 71/mm³; anti-HbsAg não-reagente; antitoxoplasmose IgG reagente (396UI/ml) e IgM não-reagente; anti-CMV IgG reagente (304UA/ml)

e IgM não-reagente; anti-herpes IgG reagente e IgM não-reagente; IFI para sífilis não-reagente; IFI para lues não-reagente; imunodifusão para histoplasma e paracoccidioidomicose não-reagentes; pesquisa de BAAR em escarro negativa. Radiografia de tórax com grande lesão expansiva em ápice pulmonar à direita ([Figuras 1 e 2](#)). TC de tórax com lesão expansiva de 9,5 x 9,0cm, em íntimo contato com a veia inominada direita e aparente infiltração da traquéia e esôfago torácico e invasão de músculos intercostais à direita.

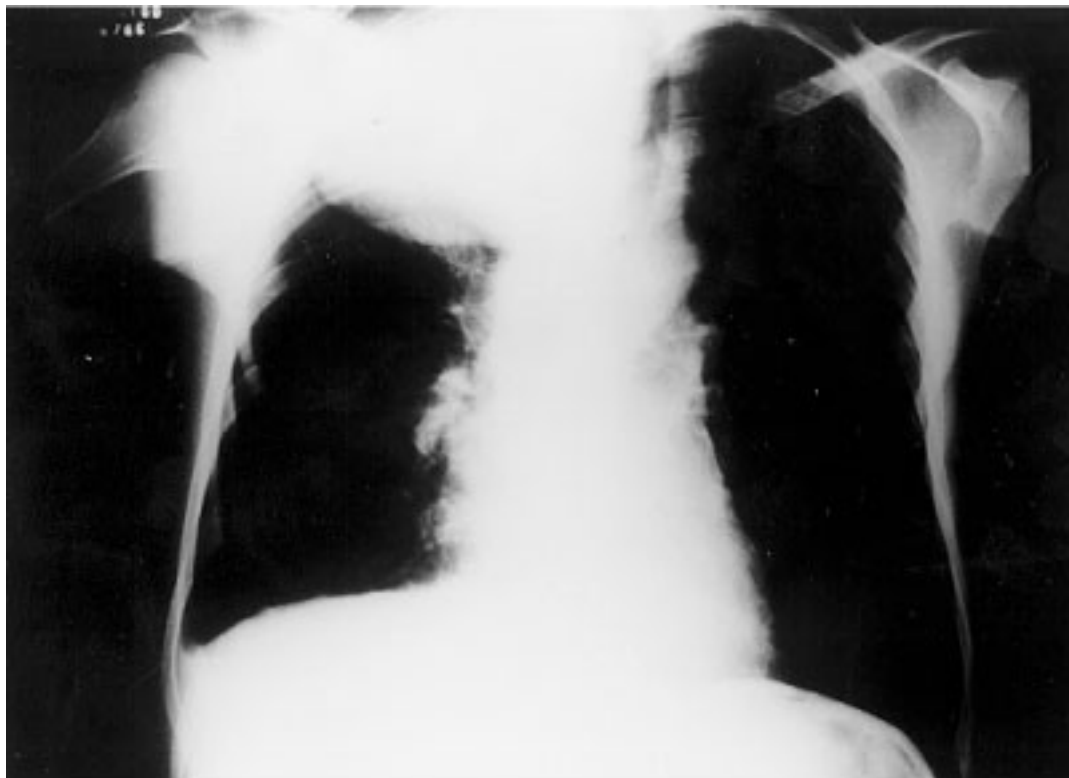


Figura 1 – Radiografia de tórax AP



Figura 2 Radiografia de tórax perfil

O paciente realizou uma ecografia abdominal, que demonstrou uma lesão expansiva de 9cm na adrenal direita. A lesão foi puncionada e a análise anatomopatológica (AP) mostrou provável neoplasia em necrose, com pesquisa de BAAR negativa. A punção da massa pulmonar mostrou no AP tecido necrótico, provável neoplasia. O paciente foi, então, submetido a uma mediastinoscopia para definição diagnóstica, já que duas punções de diferentes locais não confirmavam neoplasia, e para a realização de tratamento oncológico seria necessária a confirmação histológica. O AP dos linfonodos mediastinais mostrou carcinoma não-pequenas células. Foi indicada radioterapia paliativa para a dor e o início de terapia anti-retroviral para SIDA.

COMENTÁRIOS

Os sintomas da síndrome de Pancoast são característicos da localização do tumor no sulco pulmonar superior ou estruturas torácicas adjacentes às raízes do primeiro e segundo nervos torácicos e do oitavo nervo cervical, a cadeia simpática e o gânglio estrelado. Inicialmente, há dor localizada no ombro e borda vertebral da escápula. Mais tarde, pode estender-se para a distribuição do nervo ulnar do braço e cotovelo e, finalmente, para a superfície ulnar do antebraço e da mão. Se o tumor se estender para a cadeia simpática e gânglio estrelado, síndrome de Claude Bernard-Horner se desenvolve do mesmo lado da face. A dor é usualmente constante, intensa, sem alívio e freqüentemente requer derivados do ópio para melhora. Os pacientes normalmente seguram o cotovelo do braço afetado na mão oposta para aliviar a tensão no ombro e braço. Fraqueza e atrofia dos músculos da mão e ausência de reflexo tricapital podem desenvolver-se. A primeira ou segunda vértebra podem ser envolvidas pela extensão do tumor, aumentando a intensidade da dor. O canal espinhal e a medula espinhal podem ser invadidos ou comprimidos, com sintomas resultantes de doença de disco cervical ou tumor da medula espinhal⁽²⁾. Manifestações menos comuns incluem envolvimento do nervo frênico e do nervo laríngeo recorrente e síndrome da veia cava superior. Aumento dos linfonodos supraclaviculares pode também ocorrer. Devido à localização periférica do tumor, sintomas como tosse, hemoptise e dispnéia são incomuns nos estágios iniciais da doença, mas podem ocorrer tardiamente na maioria dos pacientes⁽¹⁾.

A taxa de sobrevivência em cinco anos após radioterapia pré-operatória e ressecção cirúrgica extensa é geralmente de 20 a 35%, com sobrevivência média de sete a 31 meses. Com radioterapia somente, a taxa varia de 0 a 29%. O prognóstico dos pacientes com tumor do sulco pulmonar superior é relacionado a vários fatores clínicos. Fatores associados a um pobre prognóstico incluem extensão do tumor para dentro da base do pescoço, envolvimento de linfonodos mediastinais, corpos vertebrais ou grandes vasos e longa duração dos sintomas. Fatores clínicos associados com melhor prognóstico são bom estado geral, perda de peso de menos de 5% do peso corporal total, e realização do controle local e alívio da dor após o tratamento⁽¹⁾.

O paciente apresentou um quadro clássico da síndrome de Pancoast, com sinais, sintomas e evolução clínica característicos. Seu prognóstico é limitado, devido a vários fatores: o tumor não é ressecável, de acordo com o estadiamento (metástase adrenal); houve emagrecimento importante, de 11kg; e a dor não foi controlada totalmente.

A associação entre carcinoma broncogênico e SIDA ainda é controversa. Chan *et al.*⁽¹²⁾ revisaram os registros de tumores do Hospital de Bellevue de 261 casos de carcinoma broncogênico durante o período pré-SIDA (1976-1979) e 232 casos durante o período SIDA (1987-1990) e seus resultados não revelaram incidência aumentada de carcinoma broncogênico quando comparados os dois períodos, sugerindo que a soropositividade para o HIV não é um fator de risco para carcinoma broncogênico. Por outro lado, Parker *et al.*⁽¹¹⁾ realizaram um estudo epidemiológico populacional, cujos resultados indicaram incidência 6,5 vezes maior de câncer pulmonar primário em pacientes infectados com HIV e portadores de SIDA.

A associação de síndrome de Pancoast em paciente infectado pelo HIV é rara e discutível, não tendo sido encontrados trabalhos na literatura revisada relatando a associação. Assim, novos estudos são necessários para estabelecer os mecanismos fisiopatogênicos, a relevância clínica dessa associação e um planejamento terapêutico conjunto para as duas síndromes.

REFERÊNCIAS

1. Arcasoy SM, Jett JR. Superior pulmonary sulcus tumors and Pancoast's syndrome. *N Engl J Med* 1997;337:1370-1376. [[Links](#)]
2. Urschel HC Jr. Superior pulmonary sulcus carcinoma. *Surg Clin North Am* 1988;68:497-509. [[Links](#)]
3. Hare ES. Tumor involving certain nerves. *Lond Med Gaz* 1838;1:16-18. [[Links](#)]
4. Pancoast HK. Importance of careful roentgen-ray investigations of apical chest tumors. *JAMA* 1924;83:1407-1411. [[Links](#)]
5. Pancoast HK. Superior pulmonary sulcus tumor: tumor characterized by pain, Horner's syndrome, destruction of bone and atrophy of hand muscles. *JAMA* 1932;99:1391-1396. [[Links](#)]
6. Tobías JW. Síndrome ápico-costovertebral doloroso por tumor apical: su valor diagnóstico en el cáncer primitivo pulmonar. *Rev Med Latino Am* 1932;17:1552-1556. [[Links](#)]
7. Paulson DL. Carcinomas in the superior pulmonary sulcus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975;70:1095. [[Links](#)]
8. Komaki R, Mountain CF, Holbert JM, et al. Superior sulcus tumors: treatment selection and results for 85 patients without metastasis (M0) at presentation [abstract]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990;70:1095. [[Links](#)]
9. Komaki R, Roh J, Cox JD, Lopes da Conceição A. Superior sulcus tumors: results of irradiation of 36 patients [abstract]. *Cancer* 1981; 48:1563. [[Links](#)]

10. Schulz TF, Boshoff CH, Weiss RA. HIV infection and neoplasia. Lancet 1996;348:587-591. [[Links](#)]
11. Parker MS, Leveno DM, Campbell TJ, Worrel JA, Carozza SE. AIDS-related bronchogenic carcinoma: fact or fiction? Chest 1998;113:154-161. [[Links](#)]
12. Chan TK, Aranda CP, Rom WN. Bronchogenic carcinoma in young patients at risk for acquired immunodeficiency syndrome. Chest 1993; 103:862-864. [[Links](#)]
13. Gallagher KJ, Jeffrey RR, Kerr KM, Steven MM. Pancoast syndrome: an usual complication of pulmonary infection by Staphylococcus aureus. Ann Thorac Surg 1992;53:903-904. [[Links](#)]
14. Vandenplas O, Mercenier C, Trigaux JP, Delaunois L. Pancoast syndrome due to Pseudomonas aeruginosa infection of the lung apex. Thorax 1991;46:683-684. [[Links](#)]
15. Simpson FG, Morgan M, Cooke NJ. Pancoast's syndrome associated with invasive aspergillosis. Thorax 1986;41:156-157. [[Links](#)]
16. Gibney RT, Connolly TP. Pulmonary amyloid nodule simulating Pancoast syndrome. J Can Assoc Radiol 1984;35:90-91. [[Links](#)]

* Trabalho realizado no Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

1. Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFRGS.
2. Médica Residente do Serviço de Pneumologia do HCPA.
3. Professor do Departamento de Medicina Interna da UFRGS; Médico Assistente do Serviço de Pneumologia do HCPA.

Endereço para correspondência — Sérgio Saldanha Menna Barreto, Rua Dr. Barbosa Gonçalves, 262, Chácara das Pedras — 91330-320 — Porto Alegre, RS. Tels. (51) 334-6323/342-2813; fax: (51) 333-1585; E-mail: smenna@zaz.com.br

Recebido para publicação em 10/2/00. Aprovado, após revisão, em 5/7/00.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Departamento de Patologia
Laboratório de Poluição Atmosférica
Av. Dr. Arnaldo, 455
01246-903 São Paulo SP Brazil
Tel: +55 11 3060-9281

 e-Mail

jpneumo@terra.com.br