

CARCINOMA POLIPOIDE DE TRAQUEIA: RELATO DE CASO

Cabeça e Pescoço

DADOS DO CASO

Autores: Kelly Ribeiro Neves- Grupo Hospitalar Conceição - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Porto Alegre (RS) - E-mail: kellyrneves@gmail.com;

André Domingues Campos- Grupo Hospitalar Conceição - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Porto Alegre (RS) - E-mail: andredominguescampos1@gmail.com;

Luiz Felipe Giesta- Grupo Hospitalar Conceição - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Porto Alegre (RS) - E-mail: luizgiesta@hotmail.com;

Thiago Viecili Azambuja- Grupo Hospitalar Conceição - Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Porto Alegre (RS) - E-mail: thivicieli@gmail.com;

Autor correspondente: Kelly Ribeiro Neves - Grupo Hospitalar Conceição- Radiologia e Diagnóstico por Imagem - Porto Alegre (RS) - E-mail: kellyrneves@gmail.com.

Palavras-chave: Traqueia e Carcinoma Polipoide de Traqueia.

URL: <https://brad.org.br/article/4429/pt-BR/carcinoma-polipoide-de-traqueia--relato-de-caso>

DOI: 10.5935/2965-1980.2024v3e20240035

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 63 anos, pintor, ex-tabagista (25 anos-maço), hipertenso, com queixa de dispneia aos moderados esforços e histórico de repetidas infecções respiratórias. Exame físico e laboratoriais sem alteração.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

Na chegada, a radiografia torácica (Figura 1) evidenciou redução do volume pulmonar direito, opacidades nos lobos superior e inferior e atelectasia do lobo médio. O estudo tomográfico (Figuras 2A-B) mostrou lesões lobuladas na traqueia e brônquio principal direito, conteúdo amorfo no brônquio principal, desvio mediastinal ipsilateral e obstrução do brônquio lobar superior direito. Em seguida, foi realizada broncofibroscopia com biópsia das lesões traqueais, que revelou carcinoma escamoso in situ. No mês seguinte, a biópsia de novas lesões traqueais e do brônquio principal direito apresentou evolução para carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. Dois meses após, foi realizada nova tomografia (Figura 3A-B), que evidenciou a ressecção das lesões traqueais e lesões remanescentes no brônquio principal distal. O controle tomográfico em 4 meses (Figura 4A-

B) demonstrou novas lesões polipoides na traqueia e brônquio intermediário. No mês subsequente, foi realizada uma última broncofibroscopia que identificou carcinoma escamoso polipoide ulcerado, sugestivo de progressão da doença.

DISCUSSÃO

O carcinoma polipoide traqueal é uma forma rara e agressiva de neoplasia que se desenvolve no revestimento da traqueia, que representa menos de 0,1% de todos os cânceres respiratórios primários [1]. Este tipo de tumor é caracterizado pelo crescimento de pólipos malignos que podem obstruir parcial ou totalmente a via aérea, resultando em sintomas como tosse persistente, dispneia, estridor e, ocasionalmente, hemoptise [2,4]. Devido à sua apresentação clínica inespecífica e rara incidência, o diagnóstico muitas vezes é tardio, o que pode comprometer o prognóstico do paciente [3]. O carcinoma de células escamosas é o segundo subtipo mais comum de carcinoma broncogênico (aproximadamente 30–40% de todos os casos) [5]. A exposição a agentes tóxicos (por exemplo, níquel) aumenta o risco de desenvolver carcinoma de células escamosas [5]. Há um risco aumentado de desenvolver câncer de pulmão, proporcional ao número de cigarros fumados

por dia [6]. O paciente do presente estudo tem como fatores de risco tanto o tabagismo, como a exposição a substâncias químicas na sua rotina ocupacional. A avaliação radiológica é crucial no diagnóstico, que muitas vezes é tardio, o que pode influenciar no prognóstico do paciente. Técnicas como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são essenciais para a visualização detalhada do tumor, o que permite a avaliação da extensão local, a identificação de características morfológicas específicas e o planejamento terapêutico adequado [2,4]. Além disso, a broncoscopia é fundamental para a confirmação diagnóstica por meio de biópsia, bem como para intervenções terapêuticas, como a desobstrução das vias aéreas e a colocação de stents [1].

REFERÊNCIAS

- 1 - Honings, J, Gaissert, HA, Weinberg, AC, Mark, EJ, Wright, CD, Wain JC, Mathisen DJ. Prognostic value of pathologic characteristics and resection margins in tracheal adenoid cystic carcinoma. *Annals of Thoracic Surgery*2009; 87(1):55-61.
- 2 - Webb, WR, Müller, NL. *Thoracic Imaging: Pulmonary and Cardiovascular Radiology*. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 3 - Grillo, HC. Management of tracheal tumors. *CHEST Journal*2002; 91(4):299-308.
- 4 - Pollefliet, C, Thomas, J, Marron, A, & De Wever, W. Imaging of primary tracheal tumors: a pictorial review. *Insights into Imaging*2012; 3(6): 619-629.
- 5 - Sharma S, Maycher B, Tsuyuki S. Lung cancer, non-small cell. Disponível em: www.emedicine.com/radio/topic406.htm. Accessed January 2003.
- 6 - Morabia A, Wynder EL. Cigarette smoking and lung cancer cell types. *Cancer*1991; 68:2074-20.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Hamartoma endobrônquico;
- Fibroma endobrônquico;
- Tumor carcinoide brônquico;
- Metástases endobrônquicas.

O QUE APRENDI COM O CASO?

A hipótese radiológica de carcinoma deve ser sempre suspeitada no diagnóstico diferencial das lesões polipoides da árvore brônquica. O acompanhamento clínico-radiológico dos pacientes com carcinoma polipoide traqueal faz-se importante pelo risco de progressão da doença, ainda que inicialmente tenha comportamento indolente.

IMAGENS

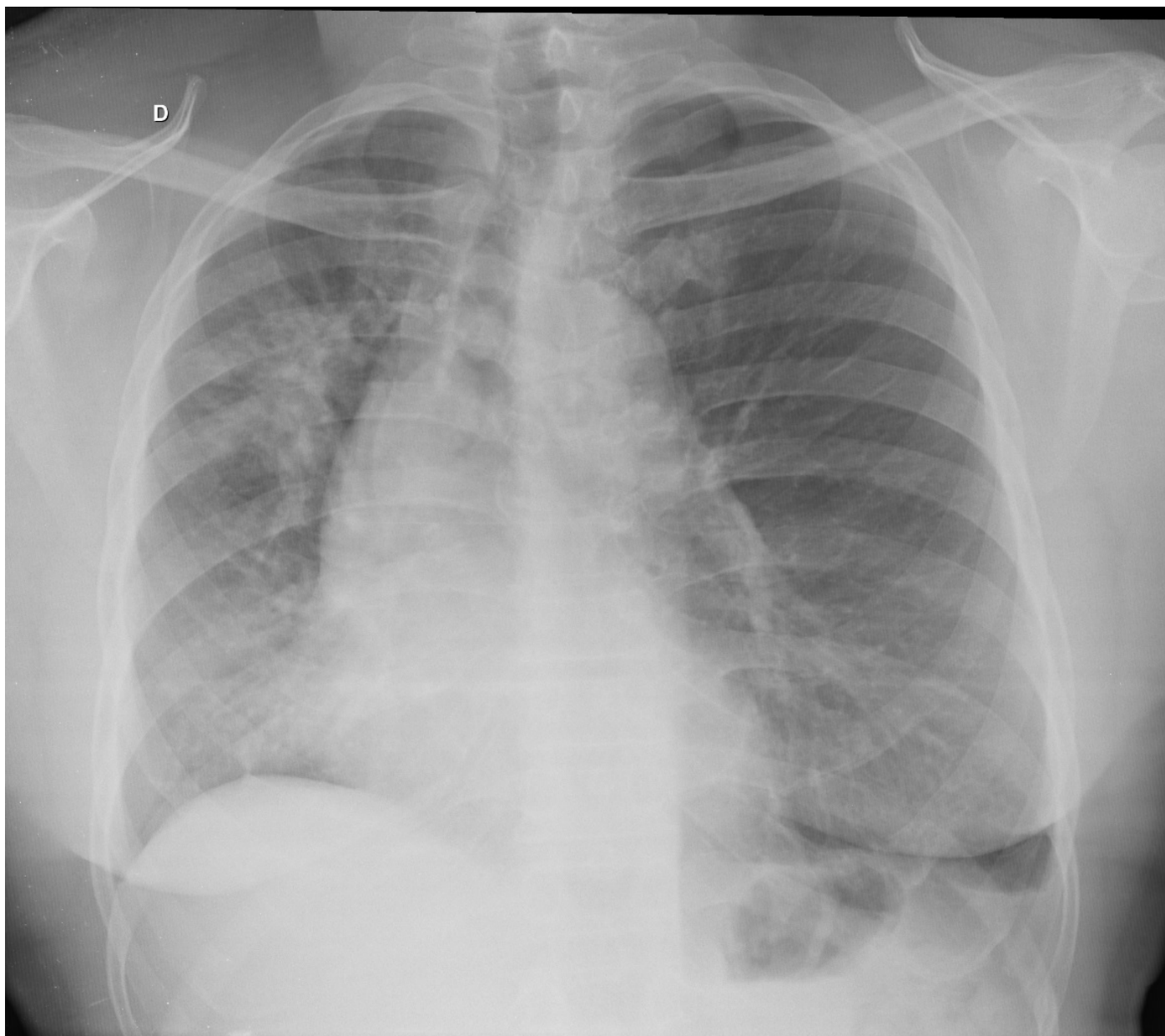


Figura 1: Radiografia de tórax PA - redução de volume do pulmão direito, com opacidades mal definidas nos campos médio e inferior do pulmão direito e borramento do contorno cardíaco (sinal da silhueta), indicativo de atelectasia do lobo médio.

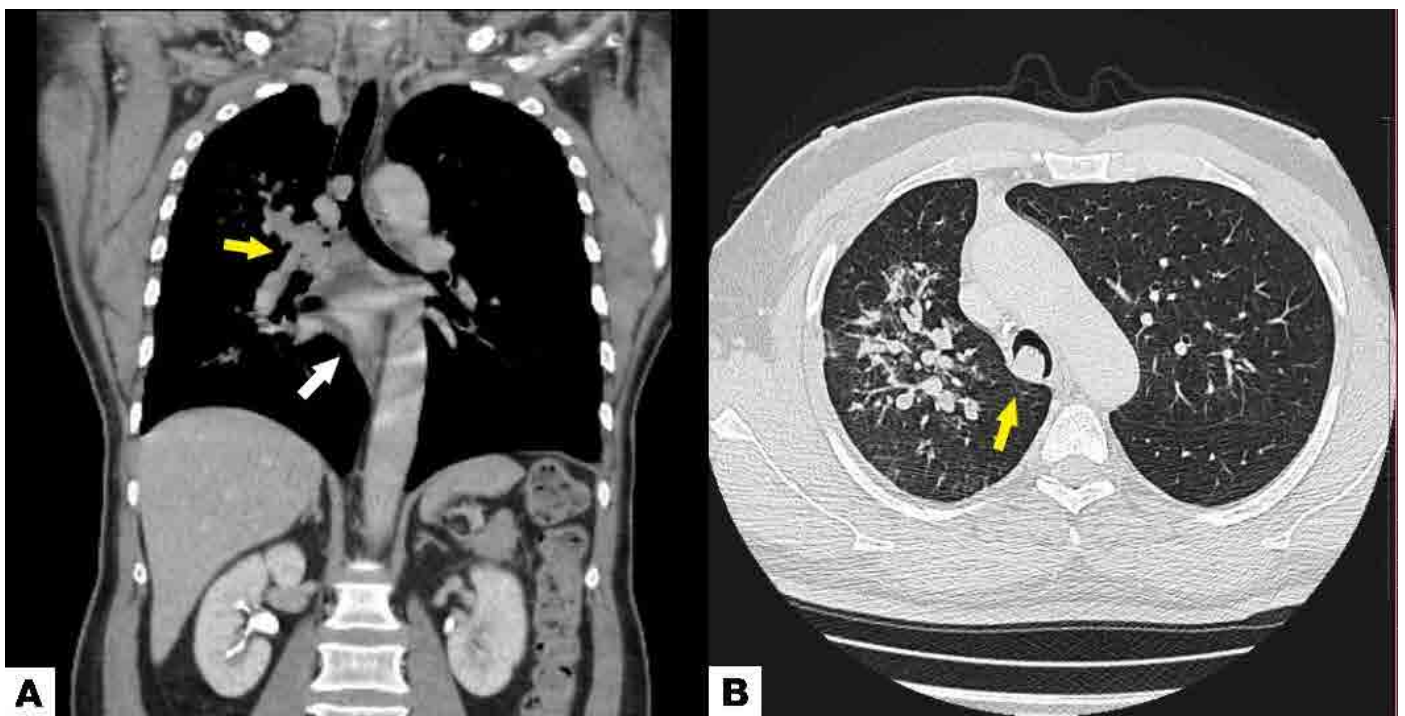


Figura 2: Tomografia Computadorizada de Tórax (07/2023) Coronal (A) e Axial (B) - imagens arredondadas junto às paredes da traqueia à direita e na emergência do brônquio principal deste lado (seta amarela em A e B), a maior com 1,3 cm. Atelectasia do lobo médio (seta branca em A) associada a pequeno desvio das estruturas mediastinais para este lado e obstrução do brônquio lobar superior direito.

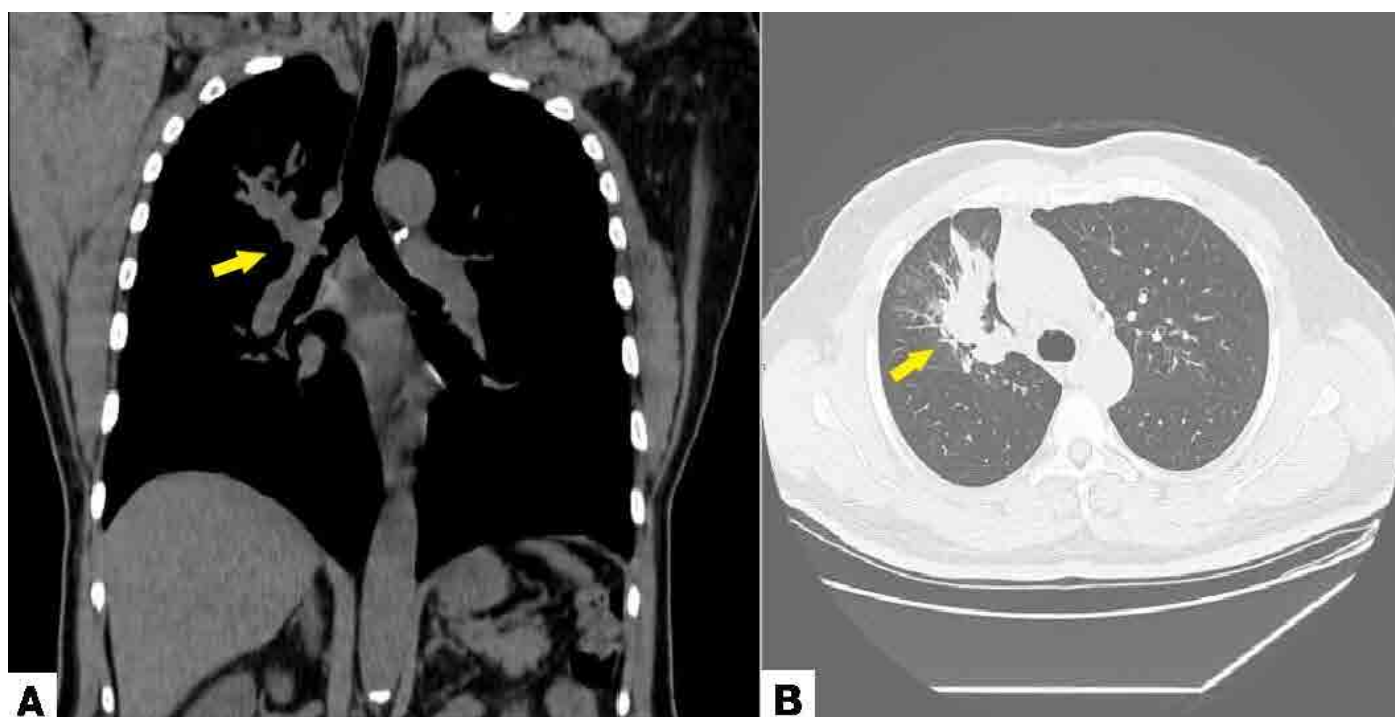


Figura 3: Tomografia Computadorizada de Tórax (10/23) Coronal (A) e Axial (B) - lesões com densidade de partes moles remanescentes na árvore brônquica direita, que comprometem o brônquio principal distal e o brônquio lobar superior, com extensão aos brônquios lobares e segmentares do mesmo lobo (setas).

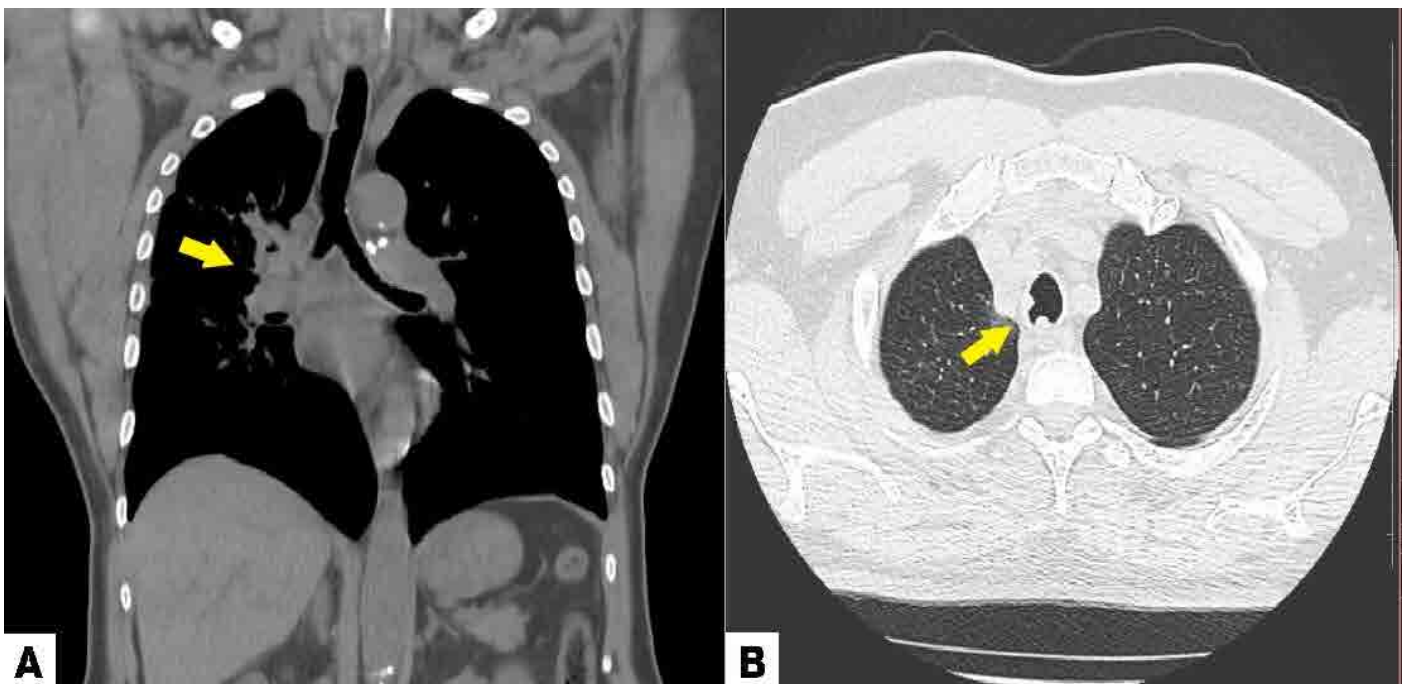


Figura 4: Tomografia Computadorizada de Tórax (02/2024) Coronal (A) e Axial (B) - pequenas lesões de aspecto polipoide na parede lateral direita e posterior da traqueia (seta em B) associado a obliteração parcial do brônquio direito (seta em A).