

ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

# Neoplasia do pulmão – estudo retrospectivo de 65 casos

## Lung cancer - review of 65 cases

TERESA CARDOSO\*, TERESA FONSECA\*, AUGUSTA AMARO\*, FERNANDA JOÃO\*\*

### RESUMO

A neoplasia pulmonar, entre os tumores malignos, é a maior causa de morte em Portugal, e a sua incidência aumenta constantemente no nosso meio, sendo o diagnóstico quase sempre efectuado em estadios avançados da doença.

Com o objectivo de obter alguma resposta para este facto, os autores fizeram uma revisão de 65 processos clínicos, correspondentes aos casos de neoplasia pulmonar diagnosticados no Hospital Pedro Hispano durante o ano de 1998.

Evidenciam-se ao mesmo tempo parâmetros como os métodos de diagnóstico, tipo histológico, estadiamento e tratamento, bem como os intervalos de tempo entre cada uma das etapas.

Conclui-se ser o doente um dos responsáveis pelo atraso no diagnóstico, porque valoriza pouco os sintomas e, conseqüentemente, recorre ao médico demasiado tarde; outro factor de atraso é o estadiamento da doença após o seu diagnóstico, que se

### ABSTRACT

Lung cancer is the leading cause of death due to malignant neoplasms in Portugal and its incidence is increasing. The majority of cases are diagnosed in an advanced stage, which seriously limits the therapeutic options.

In order to ascertain the causes for late diagnosis the 65 cases diagnosed in Hospital Pedro Hispano in 1998 were reviewed, looking at the diagnostic method, histologic type, stage and treatment, as well as the time interval between the different steps.

The authors concluded that patients are themselves partly responsible for the delayed diagnosis of the disease, as they don't pay sufficient attention to symptoms seeking help only late in the course of the disease. A second factor is that the staging of disease is dependant on sophisticated diagnostic methods that are not easily available. After staging the decision to treat and the beginning of treatment are made relatively quickly.

\* Interna do Internato Complementar de Medicina Interna

\*\* Directora do Serviço de Pneumologia

Recebido para publicação: 00.01.27

Aceite para publicação: 00.07.27

encontra dependente de meios auxiliares de diagnóstico muito requisitados e por isso de mais difícil acesso. Contudo, após o estadiamento, a decisão de tratar e o início do tratamento são relativamente precoces.

Serve esta revisão para maior consciencialização dos profissionais de saúde, da necessidade de sensibilizar os pacientes para a valorização precoce dos sintomas, principalmente os doentes de risco (fumadores ou portadores de doenças crónicas respiratórias); bem como para a necessidade de criar condições eficientes de acesso aos exames auxiliares de diagnóstico necessários ao estadiamento desta doença, permitindo deste modo, mais e melhores hipóteses terapêuticas.

REV PORT PNEUMOL 2000; VI (6): 619-625

**Palavras-chave:** Neoplasia pulmonar; demora média; diagnóstico; estadiamento; tratamento.

With this study the authors hope to impress on health workers the importance of making the patients more aware of the first warning symptoms and signs of the disease (especially in high risk patients – smokers and with respiratory chronic diseases), and to emphasise the need to create efficient access to the necessary methods of staging, thus permitting, early diagnosis and better chance of treatment.

REV PORT PNEUMOL 2000; VI (6): 619-625

**Key-words:** Lung cancer; time interval; diagnosis; staging; treatment.

## INTRODUÇÃO

A neoplasia pulmonar é a terceira neoplasia mais frequente em Portugal (após a neoplasia gástrica e colo-rectal), e é a causa mais frequente de morte por cancro, tendo-se registado no ano de 1998, 2843 óbitos o que corresponde a 2,7% de todas as causas de morte. Este facto deve-se ao seu diagnóstico em estadios avançados o que limita as opções terapêuticas e impede uma terapêutica curativa.

Com o objectivo de obter algumas respostas sobre o mau prognóstico deste tipo de doença aliado ao seu diagnóstico tardio foi feito um estudo retrospectivo de todos os casos de neoplasia pulmonar diagnosticados durante o ano de 1998, no Hospital Pedro Hispano - Matosinhos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Os autores fizeram uma revisão de 65 casos de neoplasia pulmonar diagnosticados entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 1998, no Hospital Pedro Hispano.

Os casos estudados foram seleccionados através

do registo oncológico do Hospital e Serviços de Anatomia Patológica e Pneumologia.

O registo oncológico de 1998 englobou 526 doentes dos quais 65 com neoplasia do pulmão, correspondendo a 12,4%.

Foi elaborada uma ficha de estudo contemplando os dados que os autores se propuseram tratar: conceito de residência, idade, sexo, profissão, factores de risco, modo de apresentação, data de início da sintomatologia, data da primeira visita ao médico, data, método e local de diagnóstico, tipo histológico, estadios, data da decisão em tratar, tipo de tratamento proposto, quando iniciou o tratamento e estado actual do paciente.

Finalmente foram consultados os processos de cada paciente, para preenchimento da respectiva ficha e em alguns casos contactado o doente ou a família para esclarecimento de alguns dados.

## RESULTADOS

Dos 65 casos reunidos para este estudo, 56 (86%) ocorreram em indivíduos do sexo masculino entre os

40 e os 89 anos de idade (idade média 63,4 anos) e 9 em indivíduos do sexo feminino, entre os 47 e os 76 anos (idade média 60 anos).

Os doentes eram na sua grande maioria oriundos do Concelho de Matosinhos (54%) e limítrofes: Póvoa de Varzim, Porto, Maia e Vila do Conde.

Na população estudada não se encontraram profissões claramente consideradas de risco para a neoplasia pulmonar, no entanto, 13 doentes (20%), apresentavam antecedentes profissionais de risco para outros tipos de patologia respiratória, que por sua vez poderão constituir um terreno favorável ao desenvolvimento de neoplasia pulmonar, nomeadamente: operário da indústria têxtil, fábrica da borracha ou da indústria petrolífera, torneiro mecânico, operário numa fundição, fogueiro, carpinteiro, estucador e pedreiro.

Como factores de risco salienta-se que 38 doentes (58,8%) eram fumadores, 15 (22,1%) ex-fumadores, 14 (20,6%) tinham bronquite crónica e 10 (14,7%) sequelas de tuberculose pulmonar.

As manifestações iniciais de doença mais comuns foram: sintomas gerais (astenia, anorexia, emagrecimento) que surgiram em 21 doentes (32,3%), hemoptises/expectoração hemoptóica em 12 (18,5%) e toracalgia noutros 12 (18,5%). Em 2 casos o diagnóstico foi feito no decurso da investigação de uma imagem suspeita na telerradiografia pulmonar (Quadro I).

Trinta e um doentes (49,2%) recorreram ao médico no primeiro mês após o início dos sintomas, e destes, 10 fizeram-no na primeira semana; apenas 17 doentes demoraram mais de 3 meses (Fig.1). O tempo médio entre o início da sintomatologia e a consulta médica foi de 69,7 dias.

O diagnóstico foi obtido em regime de ambulatório em 36 casos (55,4%) e no internamento os restantes.

Após a primeira consulta 49 doentes (75,4%) obtiveram o diagnóstico da doença em 1 mês, 25 destes na primeira semana e 7 no próprio dia (Fig.2). O tempo médio entre a consulta e o diagnóstico foi 36,7 dias.

Ao considerar separadamente os doentes diagnosticados no ambulatório e em internamento, verificou-

**QUADRO I**  
O primeiro sintoma

Achado Rx	2
Adenomegalia supra-clavicular	2
Dispneia	3
Dor lombar	1
Dor torácica	10
Expectoração hemoptóica/hemoptises	12
Infecção respiratória	6
Parestesias do MSD	1
Pneumotorax	1
Sintomas gerais	19
Sintomas gerais e adenomegalia axilar	1
Sintomas gerais e disfonia	1
Tosse persistente	4
Tosse e toracalgia	2
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>

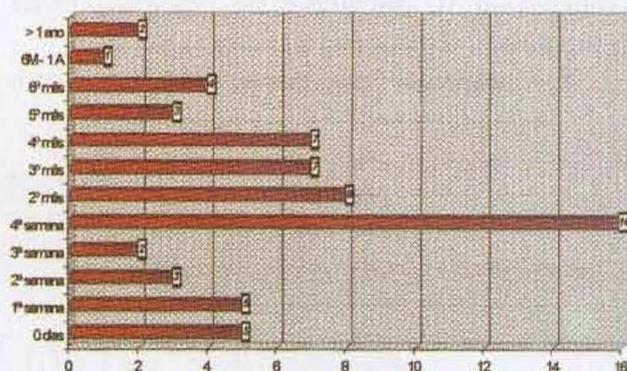


Fig. 1 – Tempo entre o primeiro sintoma e a visita ao médico

se, para os primeiros um tempo médio entre o início da sintomatologia e a primeira consulta de 82,9 dias e para os segundos de 54,2. O tempo médio de diagnóstico em ambulatório foi de 42,8 dias e no internamento de 29,1.

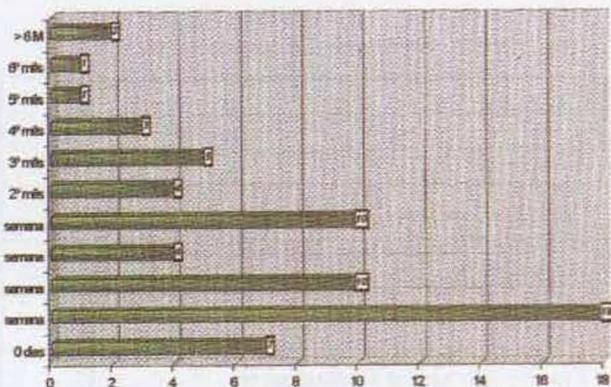


Fig. 2 - Tempo entre a visita ao médico e o diagnóstico

O diagnóstico foi feito por broncofibroscopia em 52 doentes (80%), destes, 15 tiveram confirmação histológica por biópsia, 17 por citologia e 20 por biópsia e citologia: Em 3 doentes o diagnóstico foi feito por biópsia transtorácica; noutros 3 por punção-biópsia aspirativa de um gânglio; 4 por TAC, não tendo havido oportunidade de conseguir diagnóstico histológico em 3 destes por falecimento. Nos restantes 3 o diagnóstico foi feito por biópsia pleural, por biópsia pleural e citologia de liquido pleural e por citologia de expectoração.

O estudo anatomo-patológico feito em 62 casos caracterizou 10 carcinomas de pequenas células (16,1%) e 52 de não pequenas células (83,9%).

Nas neoplasias não pequenas células foram

identificados os seguintes tipos anátomo-patológicos: 31 espinocelulares (47,7%), 15 adenocarcinomas (23,1%), 4 indiferenciados, 1 carcinossarcoma e 1 tumor carcinoide.

Tendo em consideração que a amostra estudada é pequena e portanto não representativa de uma população, não se pode no entanto deixar de referir a associação encontrada entre o tipo histológico e os factores de risco. Assim dos 31 pacientes com carcinoma espinocelular, 18 eram fumadores e 9 ex-fumadores, verificando-se uma associação entre tabaco e este tipo histológico em 87,1 % dos doentes. Também para as neoplasias de pequenas células se verificou que dos 10 casos registados 7 eram fumadores e 2 ex-fumadores (90% de associação). Este tipo de associação tão significativa já não se verificou para os adenocarcinomas (15 casos): apenas 7 eram fumadores e 2 ex-fumadores, conduzindo a uma associação tabaco-adenocarcinoma em apenas 60% dos doentes, o que vem de encontro ao descrito na literatura.

Quanto ao estadiamento efectuado em 64 casos, todas as neoplasias de pequenas células se encontravam em estadio avançado; e nas neoplasias de não pequenas células encontraram-se: 7 em estadio I (13%), 2 em estadio II (3,7%), 8 em estadio IIIA (14,8%), 17 em estadio IIIB (31,5%) e 20 em estadio IV (37%) (Fig.3).

A decisão de tratar foi tomada no primeiro mês em

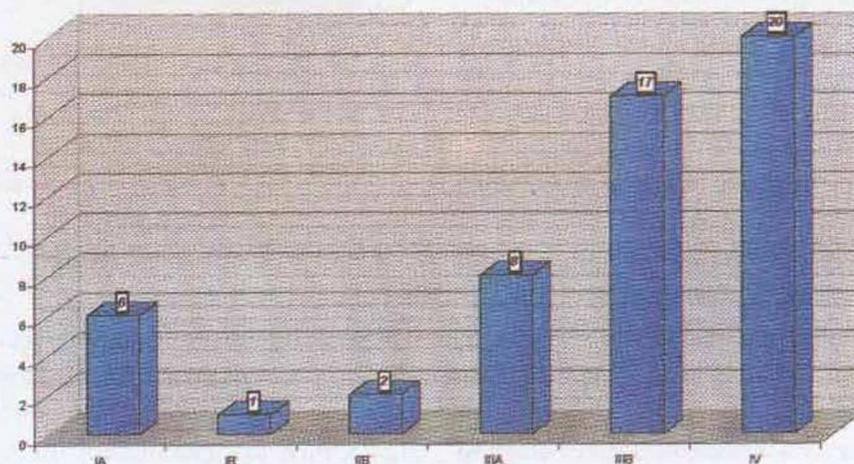


Fig. 3 - Estadio das neoplasias diagnosticadas

44 doentes (74,6%), e destes, em 17 na primeira semana (28, 8%) (Fig.4). O tempo médio entre o diagnóstico e a decisão sobre o tratamento foi de 27,9 dias para os doentes em ambulatório e de 23,6 dias para os doentes internados.

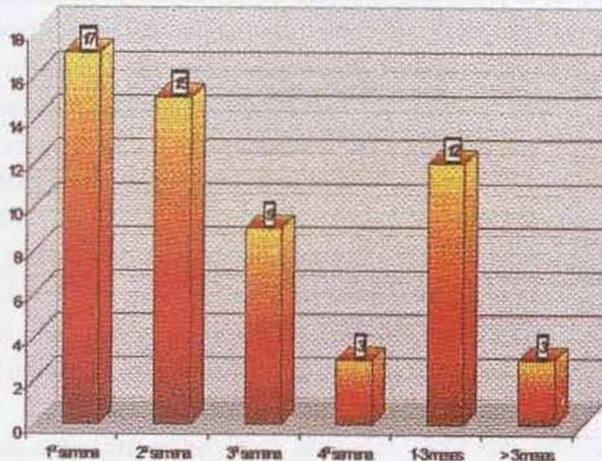


Fig. 4 – Tempo entre o diagnóstico e a decisão de tratar

Foram propostos para terapêutica curativa 7 doentes (10,7%) – cirurgia em 4 e cirurgia e RT em 3, tendo 1 recusado o tratamento. Nas outros 6 a demora média foi 17,2 dias até ao início de tratamento.

A terapêutica paliativa foi decidida em 52 casos: 28 para RT, com uma demora média de 3,7 dias; 13 para QT, mas só 10 chegaram a fazer tratamento (1 faleceu, 1 foi tratado noutra instituição e outro não iniciou por mau estado geral), verificando-se uma demora média de 10 dias para este tipo de tratamento. Nos dois doentes restantes foi feita talcagem e fotocoagulação com *laser*. Oito doentes foram propostos apenas para terapêutica de suporte (Quadro II).

O tempo médio entre a decisão terapêutica e o início de tratamento em ambulatório foi de 7 dias e em internamento de 8,7 (Fig.5).

O tempo médio de internamento dos 31 doentes diagnosticados neste regime foi de 17,3 dias.

Na população estudada verificou-se uma taxa de mortalidade de 64,6%, tendo 36,6% dos doentes falecido no primeiro mês após o diagnóstico e 78% nos primeiros 6 meses.

QUADRO II  
Tipo de tratamento proposto

<b>Curativo</b>	
Cirurgia	4 doentes
Cirurgia + RT	3 doentes
<b>Paliativo</b>	
RT	28 doentes
QT	13 doentes
Suporte	8 doentes
Fotocoagulação	1 doente
Talcagem	1 doente
Cirurgia	1 doente

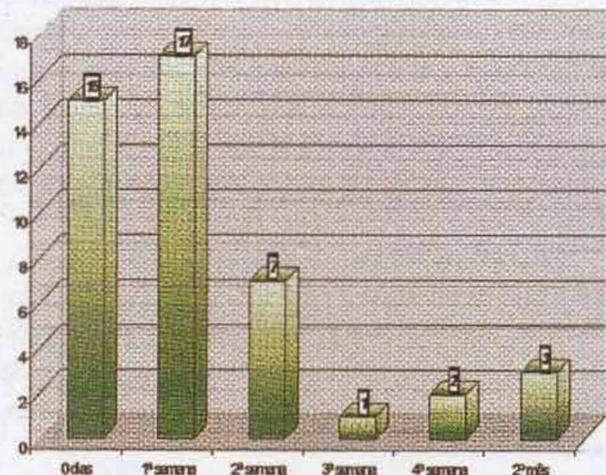


Fig. 5 – Tempo entre a decisão de tratar e o início do tratamento

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os autores verificaram, na população estudada, uma maior incidência de neoplasia pulmonar no sexo masculino e durante a 6ª década.

Oitenta por cento dos doentes eram fumadores ou ex-fumadores, verificando-se nestes uma maior incidência de carcinoma espinocelular e de pequenas células, salientando mais uma vez a necessidade da implementação de programas de alerta à população para os malefícios do tabaco, e de apoio aos fumadores, como por exemplo a criação de consultas da psicologia.

Na população estudada, verificou-se que 49,2% recorreram ao médico no primeiro mês após o início da sintomatologia, uma percentagem significativamente superior à mencionada noutros estudos semelhantes (33%), no entanto houve ainda 27% que só o consultaram após um período superior a 3 meses, sendo por isso importante a sensibilização da população (especialmente os de maior risco) para os sintomas mais precoces.

Apenas 75,4% dos doentes obtiveram o diagnóstico no primeiro mês após a consulta, perfazendo um tempo médio entre a consulta e o diagnóstico de 36,7 dias, que é muito elevado para as neoplasias. Aqui realça-se a necessidade de criar condições que permitam um diagnóstico mais rápido, especialmente naqueles que apresentam factores de risco que possam sugerir precocemente o diagnóstico de cancro do pulmão, uma vez que a celeridade do diagnóstico vai influenciar o estadiamento e consequentemente as opções terapêuticas.

Na população estudada verificou-se uma incidência ligeiramente superior de carcinoma espinocelular (47,7%), quando comparada com a habitualmente descrita (30-40%), talvez pela elevada prevalência de doentes com hábitos tabágicos, que se associam com este tipo histológico.

O tempo médio entre o diagnóstico e a decisão de tratar foi de 26,1 dias, contribuindo para esta demora a caracterização anatomo-patológica (demora cerca de 1 semana, mas pode demorar mais tempo se for necessário completar o estudo noutra instituição); os meios auxiliares de diagnóstico necessários ao estadiamento destes doentes (particularmente a TAC e a cintigrafia – o Hospital em causa só possui um apare-

lho de TAC e no ano a que este trabalho se refere era necessário enviar os pedidos de cintigrafia óssea para o exterior) e a acessibilidade à consulta de grupo oncológico (que só se realiza com periodicidade semanal).

Se considerarmos o estadiamento I, II e IIIA como estadiamentos precoces, verificou-se que 26,5% pertenciam a este grupo, o que constitui uma percentagem mais favorável do que a habitualmente descrita (14-18%).

Seis doentes foram submetidos a cirurgia curativa, com uma demora média de apenas 17,6 dias. Vinte e oito doentes efectuaram radioterapia paliativa com uma demora média excepcional de 3,7 dias e 10 fizeram quimioterapia com uma demora de 10 dias.

Foi conseguido um tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento de 7,7 dias, o que demonstra a importância da existência de uma equipa pluridisciplinar, na avaliação deste tipo de doentes.

Na população estudada verificou-se uma taxa de mortalidade elevada e precoce, que mais uma vez se relaciona com a não valorização atempada dos sintomas pelo paciente, a demora em estudar convenientemente estes casos e a agressividade da própria doença.

Os autores consideram ainda importante a realização de estudos prospectivos e randomizados na população portuguesa sobre os benefícios de rastreio em populações de risco, numa tentativa de obviar diagnósticos tardios e em estadiamentos avançados, que tornam impraticáveis as terapêuticas curativas.

#### AGRADECIMENTOS

Os autores expressam os agradecimentos aos Serviços de Imagiologia, Anatomia Patológica e Oncologia, por toda a colaboração prestada na elaboração deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

---

1. KESSON E, BUCKNALL CE, MCALPINE LG et al. Lung cancer - management and outcome in Glasgow 1991-92. *Br J Cancer* 1998; 78 (10): 1391-1395.
  2. LABADEBE O, MEZIANE MA, RICE TW. TMN staging of lung cancer. *Chest* 1999; 115 (1): 233-235.
  3. SAUNDERS CS. É possível identificar precocemente o cancro do pulmão? *Patient Care* 1999 Apr.
  4. SALOMAA ER, LÜPPO K, TAYLOR P, PALMGREN J, HAAPAKOSKI J, VIRTAMO J, HEINONEN OP. Prognosis of patients with lung cancer found in a single chest radiograph screening. *Chest* 1998; 114 (6): 1514-1548.
  5. MAKITARO R, PAAKKO P, HUHTI E, BLOIGU R, KINNULA VL. *Eur Respir J* 1999; 13 (2): 436-440.
  6. MAYNE ST, BUENCONSEJO J, JANERICH DT. *Am J Epidemiol* 1999; 149 (1): 13-20.
-