

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

A.C. FRÖHLICH<sup>1</sup>, D. CHIESA<sup>2</sup>, M. RONSANI<sup>2</sup>, L.A. HENN<sup>3</sup>, S.S. MENNA BARRETO<sup>3</sup>

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 frequentemente 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. (*J Pneumol* 2000;26(5):269-272)

### *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.

#### *Símbolos 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 om-

bro 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<sup>(1,2)</sup>.

O primeiro caso foi documentado por Edward Hare<sup>(3)</sup> em 1838. Quase um século depois, Henry Pancoast<sup>(4,5)</sup>, 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 embrioná-

\* 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.

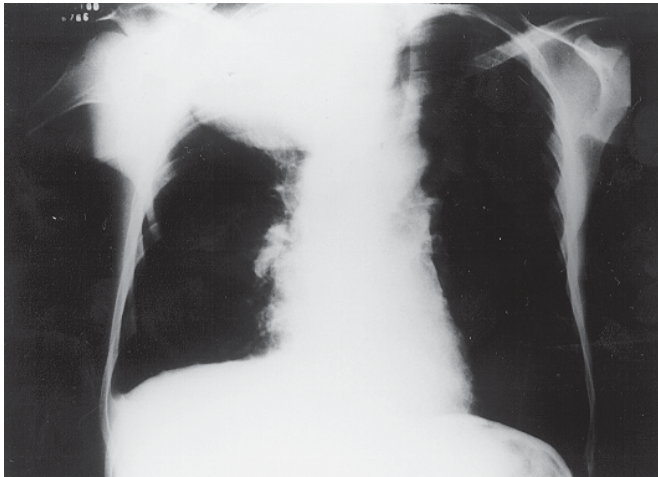


Figura 1 – Radiografia de tórax AP

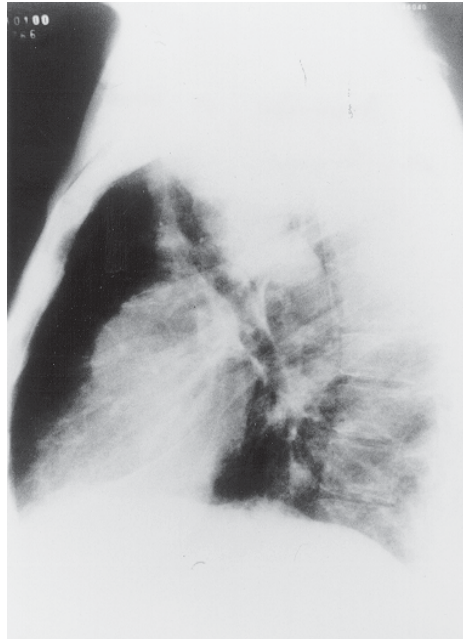


Figura 2  
Radiografia  
de tórax  
perfil

ria não se confirmou posteriormente. Tobias<sup>(6)</sup>, 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<sup>(7-9)</sup>. A síndrome de Pancoast pode igualmente ser produzida por processo não neoplásico de localização apical, principalmente infecções (ou doença inflamatória)<sup>(13-16)</sup>.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) predis põem 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<sup>(10)</sup>. A associação de outras neoplasias não-diagnósticas de SIDA ainda é controversa e a associação do carcinoma pulmonar primário é uma delas<sup>(11)</sup>.

Vários trabalhos relacionam carcinoma broncogênico à infecção pelo HIV e à SIDA<sup>(11,12)</sup>. 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/mm<sup>3</sup>; 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 paracoccidiodomicose não-rea-gentes; pesquisa de BAAR em escarro negativa. Radiogra-fia de tórax com grande lesão expansiva em ápice pulmo-nar à direita (Figuras 1 e 2). TC de tórax com lesão expan-siva de 9,5 x 9,0cm, em íntimo contato com a veia ino-minada direita e aparente infiltração da traquéia e esôfa-go torácico e invasão de músculos intercostais à direita.

O paciente realizou uma ecografia abdominal, que de-mostrou uma lesão expansiva de 9cm na adrenal direi-ta. A lesão foi puncionada e a análise anatomopatológica (AP) mostrou provável neoplasia em necrose, com pes-quisa 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 dife-rentes locais não confirmavam neoplasia, e para a reali-zação de tratamento oncológico seria necessária a confir-mação histológica. O AP dos linfonodos mediastinais mos-trou carcinoma não-pequenas células. Foi indicada radio-terapia paliativa para a dor e o início de terapia anti-re-troviral para SIDA.

## COMENTÁRIOS

Os sintomas da síndrome de Pancoast são característi-cos 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 ausên-cia de reflexo tricipital podem desenvolver-se. A primeira ou segunda vértebra podem ser envolvidas pela extensão do tumor, aumentando a intensidade da dor. O canal es-pinhal e a medula espinhal podem ser invadidos ou com-primidos, com sintomas resultantes de doença de disco cervical ou tumor da medula espinhal<sup>(2)</sup>. Manifestações menos comuns incluem envolvimento do nervo frênico e do nervo laríngeo recorrente e síndrome da veia cava su-perior. Aumento dos linfonodos supraclaviculares pode também ocorrer. Devido à localização periférica do tu-mor, sintomas como tosse, hemoptise e dispnéia são in-

comuns nos estágios iniciais da doença, mas podem ocor-rer tardiamente na maioria dos pacientes<sup>(1)</sup>.

A taxa de sobrevida em cinco anos após radioterapia pré-operatória e ressecção cirúrgica extensa é geralmen-te de 20 a 35%, com sobrevida média de sete a 31 me-ses. Com radioterapia somente, a taxa varia de 0 a 29%. O prognóstico dos pacientes com tumor do sulco pulmo-nar superior é relacionado a vários fatores clínicos. Fato-res 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 as-sociados 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 trata-mento<sup>(1)</sup>.

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

A associação entre carcinoma broncogênico e SIDA ain-da é controversa. Chan *et al.*<sup>(12)</sup> revisaram os registros de tumores do Hospital de Bellevue de 261 casos de carci-noma 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 pe-ríodos, sugerindo que a soropositividade para o HIV não é um fator de risco para carcinoma broncogênico. Por ou-tro lado, Parker *et al.*<sup>(11)</sup> realizaram um estudo epidemio-lógico populacional, cujos resultados indicaram incidên-cia 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 en-contrados trabalhos na literatura revisada relatando a as-sociação. Assim, novos estudos são necessários para es-tabelecer 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.
2. Urschel HC Jr. Superior pulmonary sulcus carcinoma. *Surg Clin North Am* 1988;68:497-509.
3. Hare ES. Tumor involving certain nerves. *Lond Med Gaz* 1838;1:16-18.
4. Pancoast HK. Importance of careful roentgen-ray investigations of apical chest tumors. *JAMA* 1924;83:1407-1411.

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.
6. Tobias JW. Síndrome ápico-costal-vertebral doloroso por tumor apical: su valor diagnóstico en el cáncer primitivo pulmonar. *Rev Med Latino Am* 1932;17:1552-1556.
7. Paulson DL. Carcinomas in the superior pulmonary sulcus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975;70:1095.
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.
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.
10. Schulz TF, Boshoff CH, Weiss RA. HIV infection and neoplasia. *Lancet* 1996;348:587-591.
11. Parker MS, Leveno DM, Campbell TJ, Worrel JA, Carozza SE. AIDS-related bronchogenic carcinoma: fact or fiction? *Chest* 1998;113:154-161.
12. Chan TK, Aranda CP, Rom WN. Bronchogenic carcinoma in young patients at risk for acquired immunodeficiency syndrome. *Chest* 1993; 103:862-864.
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.
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.
15. Simpson FG, Morgan M, Cooke NJ. Pancoast's syndrome associated with invasive aspergillosis. *Thorax* 1986;41:156-157.
16. Gibney RT, Connolly TP. Pulmonary amyloid nodule simulating Pancoast syndrome. *J Can Assoc Radiol* 1984;35:90-91.