

ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DE METÁSTASE ÚNICA DE CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO-PEQUENAS
RELATO DE QUATRO CASOS E REVISÃO DA LITERATURA
LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY ON TREATMENT OF SOLITARY ADRENAL METASTASIS OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER
FOUR CASES REPORT WITH REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE

Alexandre Soares Grieco¹, Lísias Nogueira Castilho², Fabiano André Simões³, Tiago Moura Rodrigues⁴

RESUMO

Objetivo: o objetivo deste estudo é apresentar os resultados da adrenalectomia laparoscópica no tratamento de pacientes com metástase adrenal única de câncer pulmonar de células não-pequenas. Métodos: quatro pacientes diagnosticados com metástase adrenal única de câncer pulmonar de células não-pequenas foram submetidos à adrenalectomia laparoscópica transperitoneal. Resultados: o período de seguimento foi de cinco anos. Três pacientes evoluíram com recidiva do câncer e/ou metástase e faleceram, enquanto um foi considerado curado após cinco anos de seguimento. Conclusão: a utilização da laparoscopia é viável em casos de metástase adrenal única de câncer pulmonar de células não-pequenas. Entretanto, nossa experiência com esta doença é limitada em razão de sua raridade.

Descritores: adrenalectomia, laparoscopia, câncer pulmonar de células não-pequenas.

ABSTRACT

Objective: the aim of this study is to present the results of laparoscopic surgery in the treatment of solitary adrenal metastasis of non-small cell lung cancer patients. Methods: four patients with non-small cell lung cancer solitary adrenal metastasis were submitted to transperitoneal laparoscopic adrenalectomy. Results: the period of follow-up was five years. Three patients had lung cancer recurrence and/or metastasis and died, but one of them was considered cured after five years of follow-up. Conclusion: the laparoscopic approach is feasible in cases with solitary metastasis of non-small cell lung cancer. However, our experience with this disease is limited due to its rarity.

Key-words: adrenalectomy, laparoscopy, non-small cell lung cancer.

INTRODUÇÃO

Em geral, pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão de células não-pequenas (CPCNP) em estágio inicial, sem acometimento de linfonodos mediastinais (estágios I e II), recebem tratamento cirúrgico como a primeira opção de tratamento, ao passo que na presença de doença pulmonar localmente avançada ou com acometimento de linfonodos mediastinais (estágios IIIA e IIIB) são tratados por meio de quimioterapia e radioterapia.¹

Existem diversas peculiaridades na apresentação do CPCNP, nas quais o local e a histologia do sítio envolvido determinam a abordagem terapêutica a ser seguida. Sabe-se que a presença de um segundo foco tumoral isolado em paciente com câncer de pulmão torna seu comportamento biológico incerto e o tratamento mais difícil.¹

Pacientes com metástase única em adrenal vêm sendo submetidos à adrenalectomia com intenção de cura.^{2,3} Neste trabalho, descrevemos quatro casos de pacientes com diagnóstico de CPCNP com metástase única para glândula adrenal que foram submetidos à adrenalectomia laparoscópica pela via transperitoneal, já descrita previamente.²

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente R.S.M., 68 anos, sexo feminino, branca, fumante, 157 cm de altura, 54 kg (IMC 22,77 kg/m²).

Em início de 1997 foi submetida a tratamento cirúrgico da lesão pulmonar (CPCNP) com proposta curativa. Cerca de seis meses após a cirurgia, por meio de tomografia computadorizada, foi diagnosticada a presença de uma lesão metastática única, de 3 cm, em glândula adrenal direita. Foi realizada a adrenalectomia laparoscópica transperitoneal, sem intercorrências, com duração total do procedimento de 65 minutos, que foi considerado fácil porque a glândula estava livre, sem aderências tumorais ou inflamatórias com os órgãos vizinhos.

O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de metástase de câncer pulmonar de células não-pequenas, com margens cirúrgicas livres. A paciente recebeu alta hospitalar no 1º pós-operatório e ficou assintomática por seis meses. Depois disso, surgiram metástases pulmonares e cerebrais. A paciente faleceu dez meses depois da adrenalectomia.

Caso 2

Paciente A.C., 46 anos, sexo masculino, branco, fumante, 185 cm de altura, 102 kg (IMC 29,8 kg/m²).

Em 1998, concomitantemente com o diagnóstico de câncer de pulmão de células não-pequenas, apresentou uma lesão metastática única de 4 cm em adrenal direita. A tomografia computadorizada sugeria que havia extensão extra-adrenal, talvez irressecável. Foi submetido inicialmente à radioterapia de tórax e algumas semanas depois foi submetido à adrenalectomia laparoscópica. O tumor invadia as estruturas vizinhas grosseiramente e na tentativa de ressecá-lo ocorreu uma lesão de veia lombar junto à veia cava inferior. Houve necessidade de conversão para cirurgia aberta, com hemostasia satisfatória e ressecção tumoral aparentemente incompleta.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.11, n. 2, p. 29 - 32, 2009

1 - Professor da Faculdade de Medicina e Urologista - PUC Campinas

2 - Professor livre-docente e chefe do Serviço de Urologia - PUC Campinas

3 - Professor assistente, doutor do Serviço de Urologia - PUC Campinas

4 - Residente em Urologia - PUC Campinas

Recebido em 31/3/2009. Aceito para publicação em 1/6/2009.

Contato: alexandregrieco@yahoo.com.br

O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de metástase de câncer de pulmão de células não-pequenas, com margens comprometidas. O paciente evoluiu com recidiva local e metástase cerebral, falecendo oito meses após a cirurgia.

Caso 3

Paciente M.K., 67 anos, sexo feminino, amarela, fumante, 155 cm de altura, 45 kg (IMC 18,73 kg/m²).

Foi submetida à cirurgia torácica com intenção curativa para CPCNP em 1999. No primeiro seguimento oncológico, aos três meses de pós-operatório, a tomografia computadorizada abdominal demonstrou um tumor adrenal direito de 2,5 cm, confinado à glândula, com aspecto homogêneo, sugerindo adenoma não-funcionante. Não havia evidências de metástases em outros sítios. Foi realizada a adrenalectomia direita laparoscópica com facilidade, em 60 minutos. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de metástase de câncer de

pulmão de células não-pequenas, com margens livres. Depois de seis meses surgiram outros focos metastáticos e a paciente veio a falecer cerca de um ano após a adrenalectomia.

Caso 4

Paciente P.A.G., 62 anos, sexo masculino, branco, ex-fumante, 170 cm de altura, 83kg (IMC 28,72 kg/m²).

O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica do tumor primário pulmonar, CPCNP, em 1999, com propósito curativo. Pouco mais de um ano depois foi realizada a adrenalectomia laparoscópica direita para ressecção de metástase única de 3 cm. A cirurgia durou três horas porque houve dificuldade de separar a glândula da veia cava inferior, o que ocorreu com sucesso. O exame anatomopatológico confirmou a natureza metastática do tumor. O paciente não apresentou qualquer recidiva depois de cinco anos de acompanhamento e foi considerado curado.

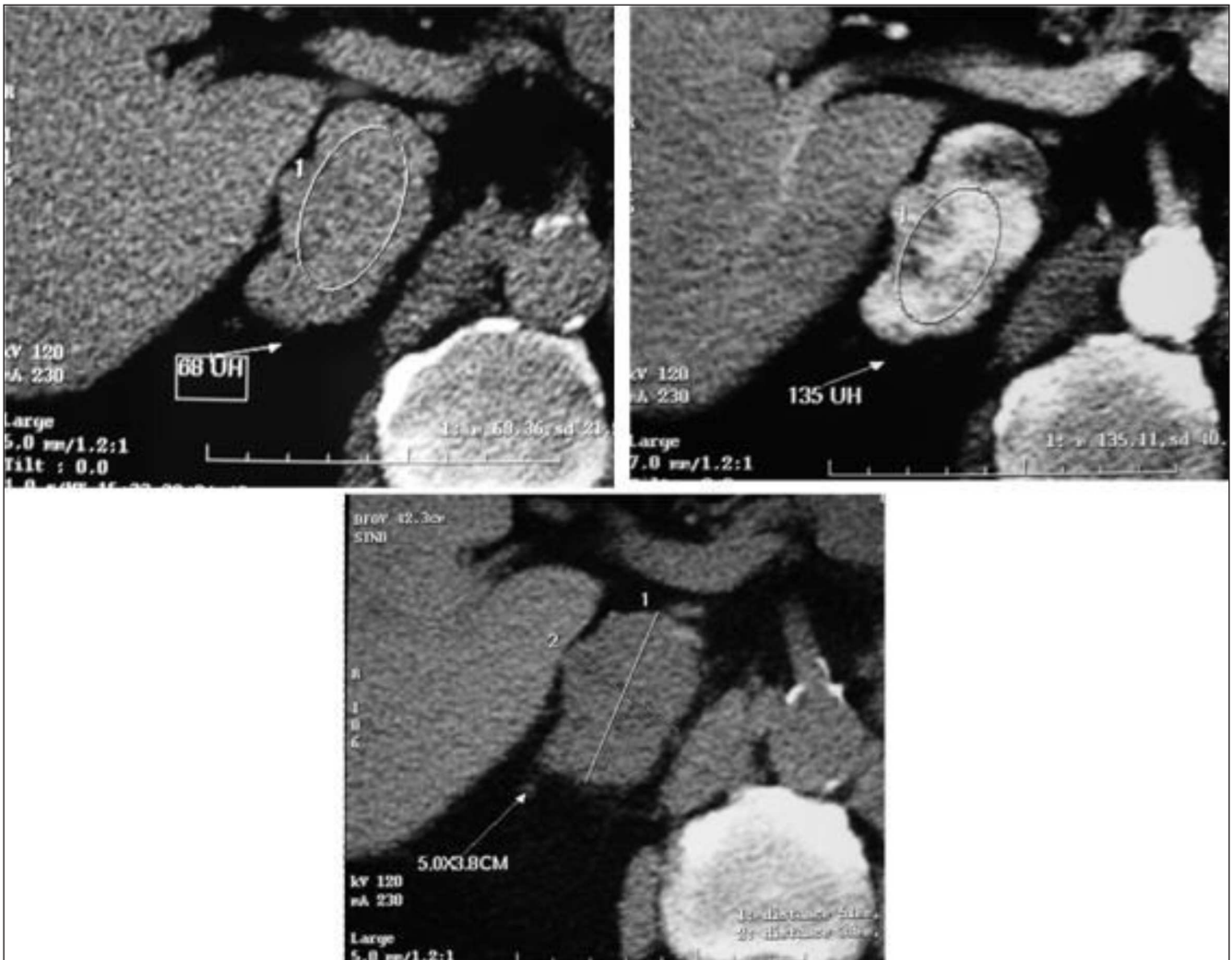


Figura 1. CT de metástase de câncer de pulmão de células não-pequenas em adrenal direita, onde se observa a natureza heterogênea da massa.

DISCUSSÃO

Embora seja matéria ainda controversa, a abordagem cirúrgica da metástase adrenal única de câncer de pulmão de células não-pequenas tem sido defendida na literatura nos últimos anos por diversos autores, com o argumento de que um subgrupo desses pacientes pode ficar curado ou ter sua sobrevida prolongada.⁴⁻¹¹ Outros autores argumentam o mesmo para casos com metástases adrenais bilaterais.^{12,13}

Seja a metástase adrenal sincrônica (presente já no momento inicial do diagnóstico do câncer de pulmão) ou metacrônica (que surge depois do tratamento da lesão primária), há autores que defendem a cirurgia radical da adrenal, ou das adrenais, não havendo outros sítios metastáticos cuidadosamente pesquisados por meio de exames de imagens e, eventualmente, biópsias de sítios suspeitos.^{6,11}

Alguns encontraram uma relação prognóstica entre o intervalo de aparecimento da lesão adrenal depois da cirurgia do tumor primário, associando o período mínimo de seis meses com um melhor prognóstico.⁶ Outros não conseguiram estabelecer tal relação.⁴ De qualquer modo, atualmente há evidências de que lesões sincrônicas ou metacrônicas de adrenal, especialmente quando únicas, devam ser abordadas cirurgicamente, de modo radical, com finalidade curativa.

A adrenalectomia está indicada em pacientes com câncer de pulmão de células não-pequenas, operável, com metástase adrenal única sincrônica, ou eventualmente em ambas as adrenais, sendo nesta situação realizada a ressecção bilateral, podendo ser feita no mesmo ato operatório,¹⁴ antes¹⁵ ou depois do tratamento cirúrgico do tumor primário.⁵ Nos casos metacrônicos, a lesão adrenal é identificada ao longo do seguimento oncológico e a indicação de cirurgia é a mesma dos casos sincrônicos.

A ressecção cirúrgica da adrenal, independente da via de acesso, deve respeitar os princípios técnicos já estabelecidos, que consistem na ressecção em bloco da glândula com sua gordura adjacente depois de ligadura da veia adrenal, tributária da veia cava inferior do lado direito e da veia renal esquerda do lado esquerdo. A glândula não deve ser manipulada diretamente, sob o risco de rotura e de implante tumoral na loja ou na cavidade abdominal. Eventualmente, órgãos vizinhos devem ser removidos em bloco, como o rim, a cauda do pâncreas e o baço, dada a extensão local do tumor.¹⁶ A via de acesso pode ser aberta ou laparoscópica. A técnica aberta, tradicional, pode ser feita por via abdominal anterior, por lombotomia lateral, por lombotomia vertical posterior ou por toracolaparotomia, dependendo do volume tumoral e da experiência do cirurgião.¹⁶ Pode, ainda, ser feita por via transdiafragmática, concomitante com a toracotomia ipsilateral para o tratamento do tumor primário.¹⁴

A adrenalectomia laparoscópica, realizada inicialmente em 1992, vem conquistando espaço progressivamente, tornando-se o padrão-ouro na cirurgia da adrenal na maioria dos casos.^{2,3,16,17} Todavia, poucas referências estão disponíveis na literatura sobre esta técnica para o tratamento do câncer. Em metástase de câncer de pulmão de células não-pequenas, há pouca experiência internacional, que, todavia, favorece a técnica laparoscópica.^{12,13,15-19}

A sobrevida global em cinco anos para esses pacientes varia de 10% a 23%,²⁰⁻²² e a sobrevida após a ressecção do tumor primário e da metástase adrenal parece ser melhor em pacientes sem acometimento linfonodal.^{20,22} Outros fatores, como tipo histológico do tumor primário, momento da apresentação da metástase (sincrônica versus metacrônica) e localização ipsilateral versus contralateral, não demonstraram ter valor

prognóstico no número limitado de pacientes que foram submetidos a esse tratamento.²⁰⁻²²

A cirurgia laparoscópica tem se mostrado como a via de acesso mais favorável para a abordagem da glândula adrenal quando comparada com a via aberta. Tivemos a oportunidade de operar apenas quatro casos de metástase de câncer de pulmão de células não-pequenas entre 1994 e 2007, o que ratifica a raridade desta apresentação. Dois eram de doença sincrônica e os outros dois de doença metacrônica.

A sobrevida livre de doença encontrada neste estudo foi de 25% depois de cinco anos. No entanto, apesar de este número estar de acordo com os da literatura internacional, o pequeno número de casos não permite tirar conclusões definitivas.

Conflito de interesse

Nenhum conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Dettnerbeck FC, Jones DR, Kernstine KH, Naunheim, KS. Lung cancer guidelines: special treatment issues. *Chest*. 2003; 123(1):244S-58S.
2. Castilho LN. Laparoscopic adrenalectomy experience of 10 years. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2004; 48(5):776-83.
3. Estaba LS, Gonzalez ZM, Gebelli JP, Noguera CM, Renau AR, Llorente PM. Laparoscopic adrenalectomy for suspected isolated adrenal metastasis. *Cir Esp*. 2007; 81(4):197-201.
4. Ito S, Imai T, Usami N, Uchiyama M, Yasuda A, Kawaguchi K, et al. [Surgical treatment for adrenal metastasis from lung cancer]. *Kyobu Geka*. 2006; 59(1):47-52.
5. Porte H, Siat J, Guibert B, Lepimpec-Barthes F, Jancovici R, Bernard A, et al. Resection of adrenal metastases from non-small lung cancer: a multicenter study. *Ann Thorac Surg*. 2001; 71(3):981-5.
6. Mercier O, Fadel E, de Perrot M, Mussot S, Stella F, Chapelier A, et al. Surgical treatment of solitary adrenal metastasis from non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005; 130(1):136-40.
7. Ulger F, Sen E, Poyraz B, Gönlüllü U. Solitary adrenal metastasis in large cell carcinoma of lung. *Tuberk Toraks*. 2004; 52(4):373-7.
8. Downey RJ. Non-small cell lung cancer with solitary hematogenous metastasis. *Thorac Surg Clin*. 2004; 14(2):265-9.
9. Schuchert MJ, Luketich JD. Solitary sites of metastatic disease in non-small cell lung cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2003; 4(1):65-79.
10. Downey RJ, Ng KK, Kris MG, Bains MS, Miller VA, Heelan R, et al. A phase II trial of chemotherapy and surgery for non-small cell lung cancer patients with a synchronous solitary metastasis. *Lung Cancer*. 2002; 38(2):193-7.
11. Edelman MJ, Khanwani SL. Advanced non-small cell lung cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2001; 2(1):51-62.
12. Lucchi M, Dini P, Ambrogi MC, Berti P, Materazzi G, Miccoli P, et al. Metachronous adrenal masses in resected non-small lung cancer patients: therapeutic implications of laparoscopic adrenalectomy. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005; 27(5):753-6.
13. Abdet-Raheem MM, Potti A, Becker WK, Saberi A, Scilley BS, Mehdi SA. Late adrenal metastasis in operable non-small lung carcinoma. *Am J Clin Oncol*. 2002; 25(1):81-3.
14. Hunt I, Rankin SC, Lang-Lazdunski L. Combined lung resection and transdiaphragmatic adrenalectomy in patients with non-small cell lung cancer and homolateral solitary adrenal metastasis. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006; 30:194-5.

15. Breton X, Corbi P, Faure JP, Jayle C, Richer JP, Meurice JC, et al. Operable lung cancer and synchronous adrenal masses: role of laparoscopic adrenalectomy combined with pulmonary resection. *Ann Chir.* 2002; 127(3):193-7.
16. Chow GK, Blute ML. Surgery of the adrenal glands. In: Wein AJ, editor. *Campbell-Walsh Urology*. Philadelphia, PA: Saunders: Elsevier; 2007. p. 1868-88.
17. Castilho LN, Mitre AI, Arap S. Laparoscopic adrenal surgery in a Brazilian center. *J Endourol.* 2003; 17(1):11-8.
18. Gagne JP, Al-Obeed O, Tadros S, Moonje V, Yelle JD, Poulin EC. Advanced laparoscopic surgery in a free-standing ambulatory setting: lessons from the first 50 cases. *Surg Innov.* 2007; 14(1):12-7.
19. Bendinelli C, Lucchi M, Bucciatti P, Iacconi P, Angeletti CA, Miccoli P: Adrenal masses in non-small cell lung carcinoma patients: is there any role for laparoscopic procedures? *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 1998; 8(3):119-24.
20. Ferguson MK, DeMeester TR, DesLauriers J, Little AG, Piraux M, Golomb H. Diagnosis and management of synchronous lung cancers. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1985; 89:378-85.
21. Deschamps C, Pairolero PC, Trastek VF, Payne WS. Multiple primary lung cancers: results of surgical treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1990; 99:769-77.
22. Martini N, Melamed MR. Multiple primary lung cancers. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1975; 70:606-11.

Cultura médica não consiste, apenas, em acumular conhecimentos novos, mas, também, abandonar algumas certezas anteriores.

Hudson Hübner França