

## A NOSSA EXPERIENCIA NO TRATAMIENTO DOS ADENOMAS BRONQUIOS

*Dr. Rui de Lima*

Director de Serviço de Cirurgia do I. A. N. T.—Lisboa

Ao estabelecer a indicação do tratamento cirúrgico do adenoma brônquico ha que atender a dois factores fundamentais:

- a) Natureza histológica do tumor.
- b) Fase em que é diagnosticado, isto é, se na pre-obstrutiva se já na obstrutiva.

Pelo que diz respeito á natureza histológica ha que distinguir fundamentalmente a forma carcinoide ou adenoma típico de Jackson da forma cilindromatosa. É conveniente contudo salvaguardar os casos raros em que o carcinoide pode acompanhar-se de síndrome humoral de hiper-serotoninemia e tambem que alem daquelas formas têm sido descritas outras (mio-epiteliaes, pluri-tecidulares) cujo aparecimento é igualmente excepcional.

Microscopicamente a forma carcinoide é constituída por células pequenas, de núcleos redondos, regulares e bastante cromáticos; as células dispõem-se em conjuntos alveolares muito regulares ou ainda em cordões ou formações de aspecto pseudo-glandular. A forma cilindromatosa caracteriza-se microscopicamente por francos sinais de malignidade (presença de atípias celulares e nucleares e de áreas de células fusiformes) e infiltração da parede brônquica.

Nestas condições a titude cirúrgica tem de ser variavel: Nos casos de adenoma carcinoide fazemos unicamente, desde que não hajam lesões parenquimatosas irreversíveis, a ablação completa do tumor, isto é, ressecamos o tumor em conjunto com a parede brônquica na qual se implanta. A ressecção endoscópica, a não ser nas formas pediculadas, é insufficiente. Nos casos de cilindroma sou de parecer que devemos ser verdadeiramente ressecçionistas e proceder como no carcinoma brônquico, isto é, pneumectomia quando a localização se faz no brônquio principal ou apenas lobectomia nos casos limitados.

Pelo que diz respeito á fase da evolução clínica em que a intervenção cirúrgica é proposta ha que distinguir, como dissemos a pre-obstrutiva da obstrutiva. Na primeira, o adenoma manifesta-se em geral por hemoptises mais ou menos abundantes, tosse e pieira. Podem existir já nesta fase fenómenos de retenção, mas são em geral passageiros, desaparecendo a febrê rapidamente e não havendo portanto ainda lesões parenquimatosas ou pelo menos não atingindo grau acentuado e não se tornando irreversíveis. Nestas condições é pois possível recorrer-se a uma cirurgia estritamente brônquica com ressecção apenas do tumor e da parede brônquica em que se implanta, desde que a sua variedade histológica se filie na forma carcinoide.

Mas raramente o tumor é diagnosticado nesta fase e a sua presença e desenvolvimento originam lesões irreversíveis que impõem a ressecção pulmonar.

Em general o adenoma é somente diagnosticado no período obstrutivo, isto é quando motivou já o aparecimento de supuração pulmonar, de bronquiectasias, de enfisema ou de atelectasia e em que a terapêutica cirúrgica conservadora já não pode ser considerada em absoluto, pois que ha que ressecar parcial ou totalmente, o pulmão de acordo com a extensão das lesões.

Mesmo nos casos de existirem lesões parenquimatosas deve-se limitar a ressecção pulmonar estritamente á zona afectada, utilizando se possível for, todos os recursos da técnica afim de evitar uma mutilação funcional importante.

A nossa casuística de adenomas brônquicos compôs-se de 20 casos todos operados sem complicações graves nem mortalidade.

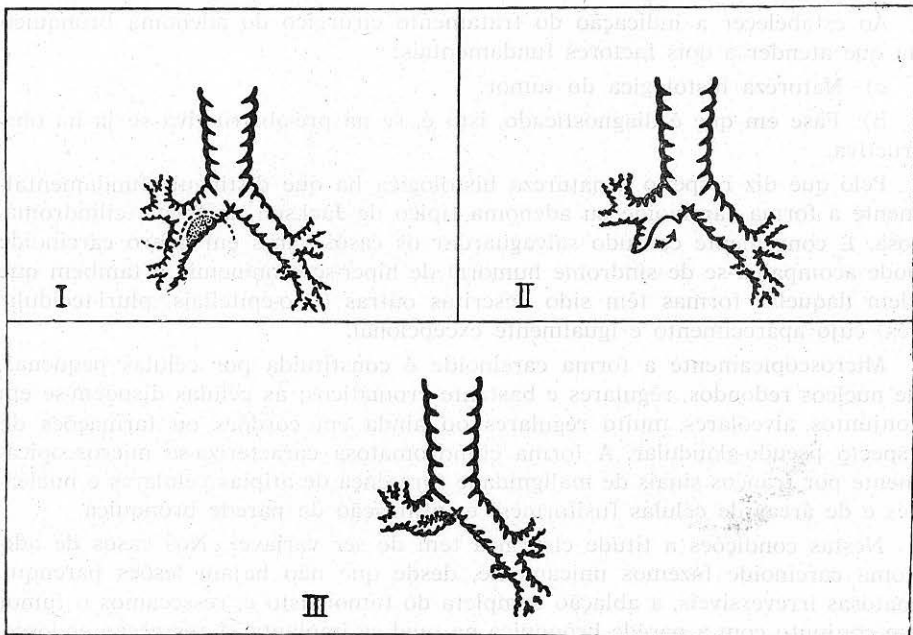


Fig. 1

A idade dos doentes variou entre os 14 e os 46 anos. É de acentuar que nos dois doentes que apresentavam adenoma e que tinham idade superior a 40 anos, a enfermidade existia já desde ha muito tempo. Contrariamente a outras estatísticas em que ha uma maior incidência no sexo feminino, nos nossos casos o número de homens afectados foi superior ao de mulheres (12 homens e 8 mulheres).

Em dez casos o adenoma implantava-se nos brônquios principais (6 á direita e quatro á esquerda); em seis casos nos brônquios lobares superiores (4 á direita e 2 á esquerda); em dois casos nos brônquios lobares inferiores (um á direita e um á esquerda); em dois casos a situação era periférica (um á direita e um á esquerda).

Nos 20 casos que operámos em três tratava-se da forma cilindromatosa (um deles já com invasão do pericardio), sendo os 17 restantes de adenoma carcinóide. Nos dois casos de adenomas periféricos o exame histo-patológico extem-

porâneo feito no decurso da toracotomia mostrou que num deles se tratava de adenoma carcinoide (lobectomia superior esquerda) e que o outro era um cilindroma (pneumectomia direita). Nos outros dois casos de cilindromas também se praticou a pneumectomia. Todos eles continuam em ótimas condições físicas, tendo um já mais de três anos de operado.

Com o que anteriormente dissemos compreende-se facilmente que a atitude cirúrgica perante o adenoma brônquico deve ser muito variável e de absoluto acordo com a situação anatomo-clínica.

Em 20 casos que operámos foi feita pneumectomia em 8, sendo em 3 por cilindroma e nos restantes 5 por existirem lesões parenquimatosas difusas (bronquiectasias, pneumonite e enfisema). Num desses casos e durante 24 anos o doente foi internado diversas vezes em Sanatórios tomando escusadamente fortes doses de tuberculostáticos; o adenoma do brônquio principal esquerdo originou sucessivamente supuração pulmonar difusa, perfuração pleuro-pulmonar empiema pútrido com fistulização infra-clavicular e fleimão da espádua e da parede do torax.

Dos outros 12 casos, um foi operado de ressecção do tumor e da parede brônquica em que este se implantava, por ter sido diagnosticado ainda na fase pre-obstrutiva. Os restantes onze foram operados de lobectomia ou de bi-lobectomia por existirem lesões parenquimatosas que implicavam ressecção. Em quatro houve necessidade de recorrer a métodos de broncoplastia e de ressecção brônquica e anastomose, afim de evitar a exérese total do pulmão.

Vamos apenas referir-nos àqueles casos em que houve necessidade de recorrer a técnicas especializadas afim de evitar uma cirurgia mutilante da função respiratória:

Caso S. L. M.—Nesta doente foi feita ressecção do adenoma e da parede brônquica onde se implantava por broncotomia e mantido o calibre do brônquio por enxerto dermo-epidérmico, segundo a técnica de GEBAUER. Houve nesta doente possibilidade dum diagnóstico relativamente precoce, pois que tendo tido três acidentes hemoptóicos durante um período de 5 meses e sendo a radiografia normal, foi-lhe indicado um exame broncoscópico que revelou a existência duma massa preenchendo completamente a origem do brônquio lobar inferior esquerdo. A biopsia revelou adenoma carcinoide. Operámos esta doente ha cerca de dois anos e meio: Broncotomia posterior do brônquio principal esquerdo com ressecção do adenoma em conjunto com a parede brônquica no qual se implantava. Como a sutura da perda de substância do brônquio ocasionasse acotovelamento e afim de evitar a estenose, interpusemos na brecha membranosa um enxerto dermo-epidérmico endurecido com fio de aço, segundo a técnica de GEBAUER. A doente fez pos-operatório normal e presentemente continua bem.

Em dois casos de adenoma brônquico implantado no brônquio principal direito junto da inserção do lobar superior tivemos oportunidade de empregar a broncoplastia com retalho afim de evitar a exérese total do pulmão. Nestes casos existiam lesões irreversíveis (atelectasia e supuração) nos restantes lobos (inferior e médio). Para evitar a secção do brônquio principal acima da implantação do adenoma, o que implicaria estenose do orifício do lobar superior, «confeccionámos» um retalho brônquico externo, incisando o brônquio internamente acima da implantação do adenoma e descendo depois para baixo e para fora da inserção do brônquio lobar superior. Este retalho, rebatido para cima, permitiu

a sutura á primeira porção do brônquio principal sem perigo de estenose para o lobar superior (Fig. 1).

Para o tramento cirúrgico de adenomas tivemos ainda que recorrer em dois outros casos á ressecção parcial do brônquio principal (um á direita e outro á esquerda) associada a lobectomia superior e anastomose brônquica topo a topo.

Ha portanto como se vê necessidade de recorrer no tratamento cirúrgico dos adenomas brônquicos a uma multiplicidade de métodos que variam de acordo com a natureza histológica da lesão, com a existência de lesões parenquimatosas, com a localização do tumor e que portanto implicam, para um determinado caso, o conhecimento completo do problema.