

Pneumonia como Forma de Apresentação de Carcinoma Esofágico

J. Espírito Santo*, A. Pimentel*, R. Garcia*, R. Santos*, J. Nascimento Costa*

Resumo

A fistula esôfago-respiratória constitui condição pré-terminal em doentes com carcinoma do esôfago avançado e acarreta significativo prejuízo para o doente. O melhor tratamento paliativo para esta condição consiste na colocação endoscópica de *stents* esofágicos, respiratórios ou duplos. Os autores descrevem 2 casos clínicos de doentes admitidos com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, aos quais foi diagnosticada fistula-esôfago-respiratória decorrente de carcinoma esofágico avançado.

Abstract

Malignant esophagorespiratory fistula is a preterminal condition of advanced esophageal cancer and is associated with significant patient distress. The best palliation for this condition is achieved with endoscopic placement of esophageal, respiratory or double stenting. We report 2 cases of patients admitted with Community acquired pneumonia, with final diagnosis of esophagorespiratory fistula due to advanced esophageal carcinoma.

INTRODUÇÃO

O carcinoma do esôfago é a oitava neoplasia maligna mais comum, sendo a sexta mais mortal⁽¹⁾. A incidência em Portugal é de 3,49/100000. Acomete sobretudo homens, acima dos 50 anos e associa-se a fatores ambientais como alcoolismo, tabagismo, défices nutricionais e reduzida condição socioeconómica⁽¹⁾. À data do diagnóstico, mais de 50% dos doentes apresenta doença em estágio avançado, podendo apresentar complicações pulmonares resultantes da compressão, obstrução ou fistulização da árvore respiratória e pulmão. A fistula esôfago-respiratória ocorre em 5-10% dos doentes com carcinoma do esôfago, levando a contínua contaminação e infeção da árvore respiratória e pulmão, sépsis e morte^(2,3).

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Homem, 61 anos, com o diagnóstico de broncopneumonia adquirida na comunidade, com quei-

xas de toracalgia anterior com 3 meses de evolução. Referia febre, dispneia, ortopneia, tosse produtiva com expectoração purulenta, disfagia esofágica orgânica, epigastralgia e anorexia há 2 semanas. Consumia 10 g álcool/dia, cessação tabágica há anos (consumo prévio de 25 UMA). Antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2; hipertensão arterial; coronariopatia isquémica; dislipidemia e refluxo gastroesofágico (RGE), encontrando-se medicado com omeprazol. Ao exame objetivo apresentava-se febril, polipneico, IMC 30,1 Kg/m², ECOG 2 e com roncospirais dispersos à auscultação pulmonar.

Análiticamente com Leucócitos 12,8 G/L, Hb 11,6 g/dL e PCR 35,65 mg/dL. A gasometria arterial (fiO₂ 0.21) mostrava insuficiência respiratória global. A cultura do aspirado brônquico era negativa. À radiografia torácica visualizava-se reforço hilar esquerdo. A TAC mostrava espessamento parietal do terço médio do esôfago com trajeto fistuloso entre a parede lateral direita do esôfago e 2 locas abcedadas na região paratraqueal direita, com múltiplas adenopatias adjacentes; múltiplas localizações secundárias disper-

sas por ambos os hemicampos pulmonares, algumas cavidades (Figura 1). O exame endoscópico do esôfago revelava lesão infiltrativa, ulcerada, estenosante, sugestiva de neoplasia. Broncofibroscopia com ulceração da parede posterior do terço médio da traqueia. O estudo anatómopatológico revelou carcinoma epidermóide do esôfago (T4N1M1).

Cumpriu antibioterapia de largo espectro e colocou-se *stent* esofágico autoexpansível por via endoscópica. O doente teve alta para o domicílio mantendo seguimento em consulta. Cumpriu 3 ciclos de quimioterapia paliativa, falecendo 10 meses depois por agravamento do estado geral.

Caso 2

Homem, 40 anos, com o diagnóstico de broncopneumonia adquirida na comunidade. Apresentava queixas de dispneia, ortopneia, tosse com expectoração purulenta, disfagia esofágica orgânica, anorexia e perda ponderal acentuada desde há 2 meses; febre, recusa alimentar e comportamento agressivo há 4 dias. Consumia

* Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra.

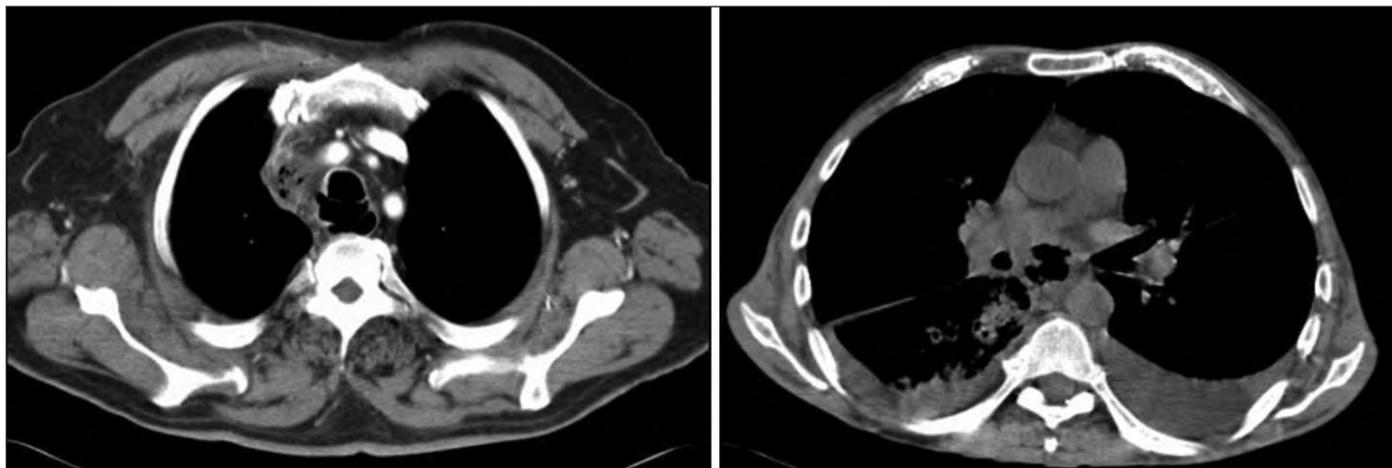


Figura 1 - Imagens de TAC torácica: fistula traqueoesofágica (caso clínico 1) e fistula broncoesofágica com abscesso pulmonar e consolidação parenquimatosa da base do pulmão direito (caso clínico 2).

48 g álcool/dia e 26 UMA com cessação há 6 meses. Sem antecedentes significativos. Ao exame objetivo apresentava-se febril, eupneico, IMC 14,6 Kg/m², ECOG 3 e com diminuição acentuada do murmúrio vesicular na base pulmonar direita.

Análiticamente com leucócitos 6 G/L, Hb 10,9 g/dL e PCR 21,60 mg/dL. A gasometria (fiO₂ 0.21) mostrava insuficiência respiratória global. A cultura do aspirado brônquico era negativa, pesquisa de antígeno de *Pneumococcus* na urina positiva e hemoculturas positivas para o mesmo germe. À radiografia torácica evidenciava-se opacidade da base pulmonar direita. A TAC mostrava dilatação e irregularidade do terço inferior esofágico, com fistula comunicante com 2 abscessos pulmonares no lobo inferior direito associados a consolidação parenquimatosa; disseminação endobrônquica e volumoso derrame pleural bilateral (Figura 1). O exame endoscópico revelava lesão infiltrativa, ulcerada, com 2 orifícios de grande calibre, um dando acesso ao estômago e outro a área cavitada, cheia de restos alimentares e em comunicação com a árvore respiratória. Broncofibroscopia com trajeto fistuloso do brônquio lobar inferior direito. O estudo anátomo-patológico revelou carcinoma epidermóide do esôfago (T4N1M1).

Cumpriu antibioterapia de largo espectro e foi colocado *stent* esofágico autoexpansível. O doente teve alta para o domicílio, falecendo 6 meses depois por agravamento do estado geral.

DISCUSSÃO

A fistula esôfago-respiratória é condição pré-terminal no carcinoma do esôfago, predispondo para pneumonia de aspiração e abscesso pulmonar, sendo as complicações que levam diretamente à morte do doente⁽⁴⁾. O seu tratamento é paliativo. A colocação de *stents* encerra a fistula e permite a prevenção da infecção respiratória, aliviando os sintomas em mais de 80% dos doentes com melhoria da qualidade de vida⁽⁵⁾.

Os doentes apresentavam fatores de risco para carcinoma epidermóide do esôfago, tendo desenvolvido, respetivamente, fistula traqueoesofágica e esofagobrônquica com pneumonia de aspiração e abscesso pulmonar. O primeiro apresentava antecedentes de RGE, fator de risco para adenocarcinoma do esôfago, encontrando-se medicado com inibidor da bomba de prótons que contribuiu para minorar a intensidade dos sintomas gástricos ao longo do tempo. O défice nutricional e a aspiração repetida de alimentos culminaram no desenvolvimento de abscesso pulmonar com deterioração clínica e morte.

Apesar da fistula esôfago-respiratória maligna não ser comumente diagnosticada, esta deverá ser considerada no diagnóstico diferencial de infecções pulmonares persistentes ou de origem inexplicada, concluindo-se pela necessidade da investigação cuidada das pneumonias de aspiração. ■

Correspondência:

Joana Espírito Santo
Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra
Praceta Mota Pinto
3075 Coimbra
Portugal
E-mail: joana_espíritosanto@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Across Five Continents: Defining Priorities to Reduce Cancer Disparities in Different Geographic Regions of the World. *JCO*. 2006; 24: 2137-2150.
2. Sharma A, Rehman M, Cowen M. Management of a difficult malignant tracheoesophageal fistula. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*. 2003; 2: 665-667.
3. Kaul D, Orringer M, Saint S, et al. The Drenched Doctor. Clinical problem solving. *N Engl J Med*. 2007; 356:1871-1876.
4. Adler L, Kabnick E, Patel M, et al. Tracheoesophageal fistula secondary to esophageal carcinoma presenting with aspiration pneumonia. *J National Medical Association*. 1985; 77: 401-403.
5. Rodriguez A, Diaz-Jimenez J. Malignant respiratory-digestive fistulas. *Curr Opin Pulm Med*. 2010; 16: 329-333.