

Relato de Caso

Pólipo traqueal*

Tracheal polyp

Bruno Guedes Baldi¹, Caio Júlio César dos Santos Fernandes², João Marcos Salge³, Teresa Yae Takagaki⁴

Resumo

Tumores benignos primários da traquéia são raros, sendo o mais freqüente a papilomatose benigna recorrente. Muitas vezes simulam doenças pulmonares obstrutivas, como asma e doença pulmonar obstrutiva crônica, sendo os pacientes tratados como portadores de tais doenças por longo período sem apresentar melhora. Deve-se, portanto, incluí-los no diagnóstico diferencial dos quadros de obstrução da árvore traqueobrônquica. Relata-se um caso de paciente com pólipo traqueal com evolução de três anos e espirometria evidenciando padrão de obstrução intratorácica variável, que evoluiu com melhora clínica e funcional completa após ressecção por via broncoscópica.

Descritores: Pólipos; Obstrução das Vias Respiratórias; Espirometria; Broncoscopia.

Abstract

Benign tracheal tumors are rare, recurrent papillomatosis being the most common. They often simulate obstructive pulmonary diseases, such as asthma and chronic obstructive pulmonary disease, and patients with benign tracheal tumors often undergo long-term treatment for such diseases, without any improvement. Therefore, these tumors should be included in the differential diagnosis in patients presenting tracheobronchial tree obstruction. This report describes the case of a patient with a tracheal polyp. The patient presented symptoms for three years, and the spirometry findings suggested intrathoracic obstruction. The patient presented complete clinical and spirometric recovery after bronchoscopic resection of the tumor.

Keywords: Polyps; Airway obstruction; Spirometry; Bronchoscopy.

Introdução

Tumores primários da traquéia representam cerca de 2% dos tumores de vias aéreas superiores, sendo o mais freqüente a papilomatose benigna recorrente. Apesar de raros, sua apresentação clínica freqüentemente simula doenças pulmonares obstrutivas, como asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), gerando, muitas vezes, dificuldade no diagnóstico e equívocos no tratamento. Deve-se, portanto, incluí-los no diagnóstico diferencial dos quadros de obstrução da árvore traqueobrônquica.⁽¹⁾

Neste relato, apresentamos o caso de um paciente com dispnéia aos esforços moderados e infecções respiratórias de repetição secundárias à presença de pólipo traqueal, que evoluiu com melhora clínica e funcional completa após exérese por via broncoscópica.

Relato do caso

Indivíduo do sexo masculino, 55 anos de idade, foi meta-lúrgico durante 18 anos, tendo sido afastado há cinco anos. Durante três anos apresentou queixa de dispnéia progressiva aos esforços, porém, ultimamente, vinha apresentando queixa aos esforços moderados. Relatava piora da dispnéia em alguns períodos, coincidentes com a percepção de que algo causava o fechamento das vias aéreas por um mecanismo valvular. Negava emagrecimento ou outros sintomas. Evoluiu com infecções respiratórias de repetição desde o início do quadro (cerca de dois episódios ao ano), com necessidade de antibioticoterapia. Foi tratado com bronco-dilatadores e corticosteróide inalatório por longo período, além de ter utilizado corticosteróide sistêmico ocasionalmente, sem melhora. Não apresentava antecedente pessoal

* Trabalho realizado no Departamento de Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil.

1. Residente da Disciplina de Pneumologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP) Brasil.

2. Doutorando da Disciplina de Pneumologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP) Brasil.

3. Chefe do Laboratório de Função Pulmonar do Instituto do Coração – Incor – e do Instituto Central dos Hospital das Clínicas – ICHC. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP) Brasil.

4. Chefe do Grupo de Oncopneumologia da Disciplina de Pneumologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP) Brasil.

Endereço para correspondência: Bruno Guedes Baldi. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, Sala 7079, CEP 05403-900, São Paulo, SP, Brasil.

Tel 55 11 3069-7202. E-mail: bruno.guedes2@terra.com.br

Recebido para publicação em 24/05/2006. Aprovado, após revisão, em 29/9/2006.

ou familiar de doença pulmonar e não era tabagista, etilista ou usuário de drogas ilícitas. A saturação periférica de oxigênio em ar ambiente era de 95%, aferida por oximetria de pulso em repouso.

O exame físico e a radiografia de tórax não apresentavam alterações.

Foi submetido à espirometria, que mostrou a presença de distúrbio ventilatório obstrutivo, caracterizado por redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) e da relação VEF_1 /capacidade vital forçada (VEF_1/CVF), estando a CVF normal. As características morfológicas da alça fluxo-volume indicavam padrão de obstrução intratorácica e variável das vias aéreas: pico de fluxo expiratório reduzido e achatamento da alça expiratória da curva fluxo-volume, estando a alça inspiratória preservada. A relação entre os fluxos expiratório e inspiratório a 50% da CVF ($FEF_{50\%}/FIF_{50\%}$) era menor que um (Figura 1).

A tomografia computadorizada de tórax evidenciou lesão vegetante na região posterior da traquéia, obstruindo 70-80% da luz traqueal, a cerca de 3 cm da carina (Figura 2a). Não havia alterações do parênquima pulmonar evidenciadas pelo método.

O paciente foi então submetido à laringotraqueobroncoscopia, que revelou lesão traqueal vegetante, pediculada, a 9 cm das pregas vocais e a

4 cm da carina, obstruindo aproximadamente 80% da luz, com redução discreta da estenose durante a inspiração. A lesão foi totalmente retirada por pinça em saca-bocado.

A avaliação anátomo-patológica da peça, que possuía cerca de 2 cm de diâmetro e pesava 5 g, evidenciou pólipo fibroepitelial, com metaplasia escamosa do epitélio de revestimento. Havia infiltrado inflamatório mononuclear no córion, congestão vascular e fibroblastos reativos (Figura 2b).

Após a exérese da lesão, o paciente evoluiu com resolução completa do quadro clínico e normalização funcional (Figura 3).

Discussão

Cerca de 80% dos tumores primários da traquéia são malignos, sendo o restante composto por lesões benignas, dentre as quais se identificam a papilomatose benigna recorrente (mais freqüente), lipoma, fibroma, leiomioma, hemangioma e pólipos.⁽¹⁾

Pólipos endotraqueais são raramente encontrados, mas devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de obstrução parcial ou completa da árvore traqueobrônquica.^(1,2) Apresentam-se como estruturas prostrusas, predominantemente inflamatórias, solitárias ou múltiplas, originadas a partir

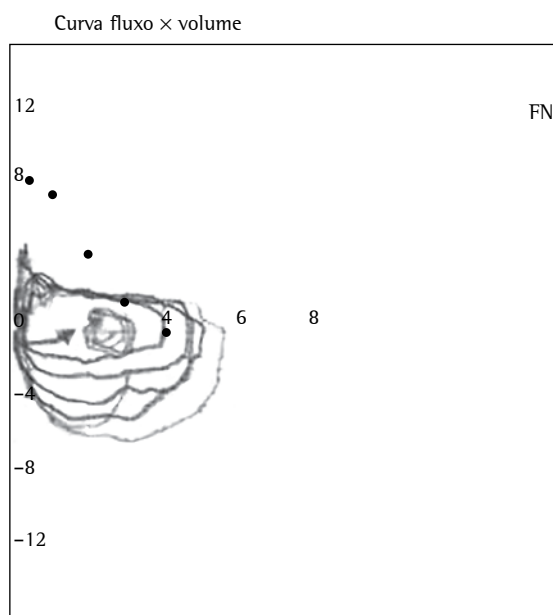


Figura 1 - Espirometria demonstrando padrão de obstrução intratorácica variável (achatamento da alça expiratória da curva fluxo-volume).

	Previsto	Medido	Previsto (%)
FVC (L)	4,13	5,60	136
FEV_1 (L)	3,35	2,17	65
FEV_1/CVF	0,81	0,39	48
$FEF_{25-75\%}$ (L/s)	3,48	1,76	50
PEFR (L/s)	8,28	4,87	59

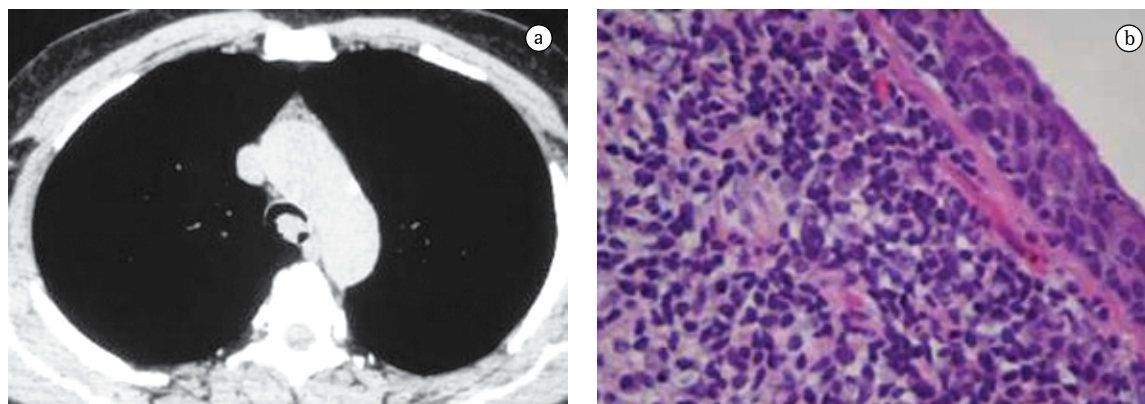


Figura 2 - a) Tomografia computadorizada de tórax evidenciando lesão vegetante na região posterior da traquéia, obstruindo 70-80% de sua luz; e b) Avaliação anátomo-patológica demonstrando metaplasia escamosa do epitélio de revestimento, córion com infiltrado inflamatório mononuclear, congestão vascular e fibroblastos reativos, compatível com pólipio fibroepitelial.

da presença de corpo estranho, inalação de fumaça ou gases tóxicos, infecção, próteses implantadas na árvore traqueobrônquica ou outros agentes irritantes, que levam à lesão da mucosa local.⁽¹⁻³⁾ Inicialmente ocorre edema ou erosão, com progressão para ulceração, ocorrendo, a seguir, tentativa de regeneração através de congestão vascular, deposição de tecido conectivo fibroso e migração local de células inflamatórias, principalmente neutrófilos e linfócitos.^(1,4,5) São revestidas por epitélio escamoso estratificado

ou mucosa traqueobrônquica normal e macroscopicamente apresentam coloração avermelhada, semelhante à mucosa normal, podendo ser sésseis ou pediculados.^(1,6)

Com relação ao quadro clínico, os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar dispnéia, que pode ter caráter progressivo mediante esforço ou ser intermitente (em função do fechamento da luz traqueal secundário à movimentação da massa, semelhante a um mecanismo valvular). Sibilância e

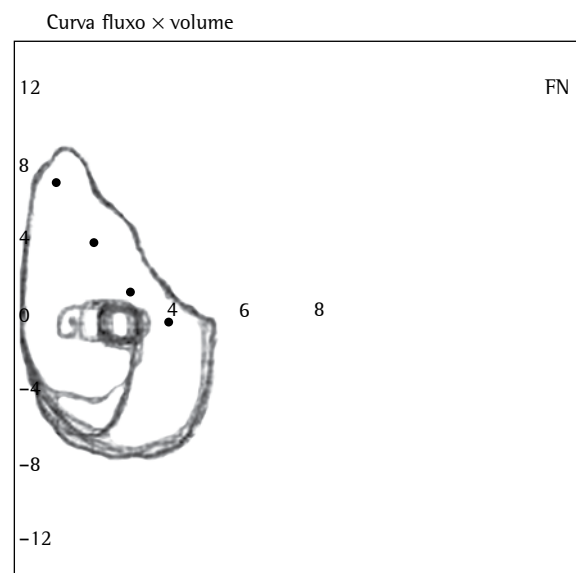


Figura 3 - Espirometria normal após retirada do tumor.

	Previsto	Medido	Previsto (%)
FVC (L)	4,13	5,33	130
FEV ₁ (L)	3,35	4,42	133
FEV ₁ /CVF	0,81	0,83	102
FEF _{25-75%} (L/s)	3,48	4,76	138
PEFR (L/s)	8,28	9,34	113

hemoptise podem ocorrer, além de alterações relacionadas à infecção respiratória secundária, como febre, tosse supurativa e astenia.^(1,4,6,7) Geralmente, a dispnéia aos esforços ocorre quando a luz traqueal está menor que 8 mm e ao repouso quando menor que 5 mm.⁽⁷⁾ Muitas vezes os indivíduos são tratados por longo período como portadores de doença pulmonar obstrutiva, como asma ou DPOC, com resultados clínicos pouco satisfatórios.⁽⁷⁾ Ao exame físico pode haver sibilos, estridor, taquipnéia e utilização de musculatura acessória da respiração, além de sinais infecciosos, como febre.^(4,5) O emagrecimento pode estar presente.⁽⁴⁾

A radiografia de tórax é o exame radiológico inicial a ser obtido na avaliação de pacientes com sintomas de obstrução de vias aéreas, porém, raramente é diagnóstica.⁽⁷⁾ A tomografia computadorizada de tórax evidencia nódulos ou massas, solitários ou múltiplos, obstruindo a luz traqueal, permitindo avaliar o tamanho e mobilidade da lesão, sua relação com estruturas adjacentes e comprometimento distal.^(3,7)

É fundamental a realização de espirometria na avaliação de pacientes com suspeita de obstrução de vias aéreas centrais, principalmente para observação da morfologia da curva fluxo-volume, que pode sugerir a localização da obstrução, se extratorácica (acometimento de faringe, laringe ou traquéia extratorácica) ou intratorácica (envolvimento de traquéia intratorácica ou dos brônquios principais). Além disso, a espirometria pode indicar o comportamento dinâmico da obstrução, se variável ou fixa, de acordo com a diferença ou não entre as alças inspiratória e expiratória.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Oferece ainda informações quantitativas, o que é importante para a avaliação da gravidade.

A curva fluxo-volume pode se apresentar de três formas,⁽⁸⁻¹⁰⁾ de acordo com a localização anatômica e a complacência da via aérea na região de obstrução:

- 1) Padrão de obstrução extratorácica variável, caracterizado por achatamento da alça inspiratória e preservação da alça expiratória da curva, estando o fluxo expiratório maior que o inspiratório a 50% da CVF ($FEF_{50\%}/FIF_{50\%} > 1$).⁽⁸⁻¹⁰⁾
- 2) Padrão de obstrução intratorácica variável, caracterizado por achatamento da alça expiratória e preservação da alça inspiratória da curva, sendo o fluxo inspiratório maior que o expiratório a 50% da CVF ($FEF_{50\%}/FIF_{50\%} < 1$).⁽⁸⁻¹⁰⁾

- 3) Padrão de obstrução fixa de vias aéreas centrais, em que se observa o achatamento das alças inspiratória e expiratória da curva, relacionado à redução aproximadamente igual dos fluxos inspiratório e expiratório a 50% da CVF ($FEF_{50\%}/FIF_{50\%}$ em torno de 1).⁽⁸⁻¹⁰⁾

No caso apresentado, a alça fluxo-volume expiratória revela redução dos fluxos na fase inicial da expiração, ainda em volume próximo à capacidade pulmonar total, seguindo fluxo expiratório praticamente constante durante a maior parte da expiração. Próximo ao volume residual, onde naturalmente os fluxos expiratórios são menores em função da menor tração de recolhimento elástico pulmonar, a alça fluxo-volume volta a mostrar comportamento normal, indicando que a limitação ao fluxo imposta pela lesão traqueal passou a ser menos crítica que a limitação natural ao fluxo aéreo naquele volume pulmonar. Essas características são fundamentais para diferenciar a natureza da obstrução no caso apresentado em relação ao padrão observado em doenças obstrutivas difusas e distais das vias aéreas (asma ou DPOC), em que a limitação ao fluxo fica mais acentuada a baixos volumes pulmonares.

O método diagnóstico padrão áureo para obstrução de vias aéreas centrais é a broncoscopia rígida ou flexível, que possibilita a realização de biópsia da lesão para avaliação histopatológica e o planejamento terapêutico.^(7,11)

O tratamento dos pólipos traqueais varia conforme o tamanho da lesão, a presença de sintomas e viabilidade para realização de procedimentos broncoscópicos.⁽¹⁾ Lesões pequenas e pouco sintomáticas podem ser tratadas com corticosteróides e antibióticos.⁽¹⁻⁶⁾ Lesões de maior volume e que determinam mais sintomas, na maioria das vezes, podem ser extirpadas através de procedimentos broncoscópicos, como curetagem, laser, eletrocauterização ou criocirurgia, de acordo com equipamento disponível e com a experiência local, sendo a abordagem cirúrgica (por toracotomia ou esternotomia) raramente necessária.^(1,7,12)

O presente caso serve para ilustrar que tumores benignos de vias aéreas como o pólipo traqueal, apesar de raros, devem ser lembrados nos casos de suspeita de obstrução da árvore traqueobrônquica, principalmente quando os pacientes são tratados por longo período como portadores de doenças pulmonares obstrutivas sem obter resposta satisfatória. Esse diagnóstico é sugerido principalmente

pela morfologia das alças inspiratória e expiratória da curva fluxo-volume, como neste relato, em que foi observada alça expiratória achatada e alça inspiratória preservada, sugerindo obstrução intratorácica variável, posteriormente confirmada pela avaliação broncoscópica.

Referências

1. Gamblin TC, Farmer LA, Dean RJ, Bradley RA, Dalton ML. Tracheal polyp. *Ann Thorac Surg.* 2002;73(4):1286-7.
2. Ikeda M, Ishida H, Tsujimoto S, Kato H. Endobronchial inflammatory polyp after thoracoabdominal aneurysm surgery: a late complication of use of a double-lumen endobronchial tube. *Anesthesiology.* 1996;84(5):1234-6.
3. Yoon YC, Lee KS, Kim TS, Seo JB, Han J. Benign bronchopulmonary tumors: radiologic and pathologic findings. *J Comput Assist Tomogr.* 2002;26(5):784-96.
4. Kahn B, Amer NS. Multiple bronchial polyps. *Chest.* 1970;57(3):279-83.
5. Tedeschi LG, Libertini R, Conte B. Endobronchial polyp. *Chest.* 1973;63(1):110-2.
6. Berman DE, Wright ES, Edstrom HW. Endobronchial inflammatory polyp associated with a foreign body. Successful treatment with corticosteroids. *Chest.* 1984;86(3):483-4.
7. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker HD, Mehta AC. Central airway obstruction. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004;169(12):1278-97.
8. Aboussouan LS, Stoller JK. Diagnosis and management of upper airway obstruction. *Clin Chest Med.* 1994;15(1):35-53.
9. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para testes de função pulmonar. *J Pneumol.* 2002;28(Supl 3):1-221.
10. Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, Crapo RO, Burgos F, Casaburi R, et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J.* 2005;26(5):948-68.
11. Seijo LM, Sterman DH. Interventional pulmonology. *N Engl J Med.* 2001;344(10):740-9.
12. Moorjani N, Beeson JE, Evans JM, Maiwand MO. Cryosurgery for the treatment of benign tracheo-bronchial lesions. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2004;3(4):547-50.