

## Dor Torácica Persistente: A Propósito de uma Neoplasia Neuroendócrina

### *Persistent Thoracic Pain: In Relation with a Neuroendocrine Tumor*

José Pereira de Sousa , Lourenço Cruz , Sofia Picão Eusébio , Ana Patrícia Cachado 

**Palavras-chave:** Dor; Neoplasias do Mediastino; Tumor Carcinóide; Tumores Neuroendócrinos.

**Keywords:** *Carcinoid Tumor; Mediastinal Neoplasms; Neuroendocrine Tumors; Pain.*

O tumor neuroendócrino (TNE) tem um crescimento lento, mais frequentemente está localizado no trato gastrointestinal e sistema respiratório e muito raramente no mediastino anterior.<sup>1</sup>

Reporta-se o caso de um homem de 42 anos, sem história médica conhecida. Recorreu ao serviço de urgência por dor retrosternal tipo moinha, com irradiação escapular, com 1 ano de evolução, e agravamento progressivo, acompanhado de perda ponderal não quantificada e dispneia para esforços. À observação com índice de massa corporal (IMC) 18 kg/m<sup>2</sup> frequência cardíaca de 122 bpm, estetoacusticamente com murmúrio vesicular diminuído no ápice e base de hemitórax direito; apresentava ainda diminuição da amplitude dos pulsos arteriais do membro superior esquerdo. Estudo complementar: PCR 161 mg/L, VS 96 mm/h e D-dímero 369 ug/L; radiografia de tórax com alargamento do mediastino (Fig. 1). Na angiografia por tomografia computadorizada (angio-TC) torácica identificada massa mediastínica anterior, heterogénea, com calcificações grosseiras e áreas de necrose central (146 x 78 x 135 mm) com invasão pleural, pericárdica, pulmonar e vascular, com trombose parcial do tronco braquiocéfálico esquerdo, optando-se por não iniciar hipocoagulação.

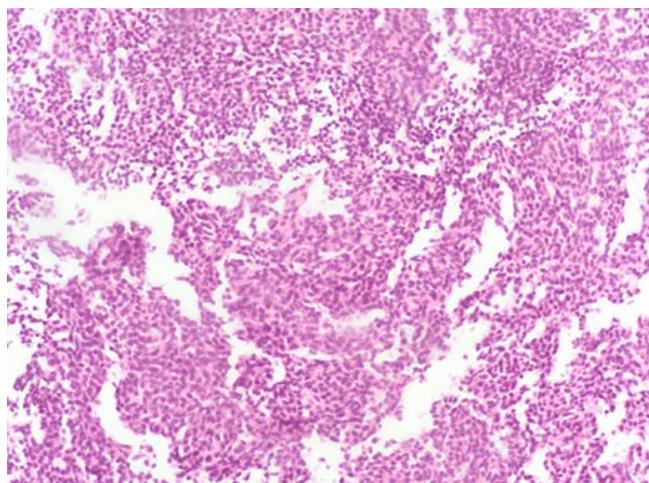
Marcadores tumorais: beta-HCG < 1,20 mUI/mL, alfa-fetoproteína 1,60 ng/mL, beta-2-microglobulina 1,57 mg/L. Realizou biópsia da massa, identificando-se, no exame histopatológico, tumor carcinóide atípico (Fig. 2) – provável etiologia pulmonar. PET com recetores da somatostatina (RS) e com fluorodesoxiglicose (FDG), que confirmou lesão metabolicamente ativa e com invasão de estruturas adjacentes, metastização supraclavicular esquerda, pleural multifocal e pulmonar direita, mas com ténue expressão dos RS. Assim sendo, foi definido o diagnóstico de tumor carcinóide atípico do pulmão (TCAP) - estadio IV, tendo iniciado

quimioterapia com carboetoposido, após decisão multidisciplinar com a especialidade de Oncologia.

Os tumores carcinóides do pulmão (TCP) têm uma incidência de 0,2-2/100 000 casos e usualmente surgem entre



**Figura 1:** Radiografia de tórax com evidente alargamento do mediastino.



**Figura 2:** Biópsia de massa mediastínica anterior - Tumor carcinóide atípico - escassos focos de necrose e cerca de 3-4 mitoses, população tumoral CK AE1/AE3 (+), CD56 (+), sinaptofisina (+) e TTF-1 (-). Expressão de Ki67 de 10%.

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

os 40 e os 60 anos.<sup>3</sup> A tosse, dispneia e hemoptises são as manifestações clínicas mais frequentes.<sup>3</sup> Em cerca de 90% dos casos são tumores não funcionantes, contudo, os restantes 10% podem segregar hormonas e peptídeos, causando síndromes como a de Cushing (mais frequente) e a síndrome carcinóide.<sup>2</sup> A classificação histológica de acordo com a Organização Mundial de Saúde é a habitualmente utilizada, permitindo distinguir quatro tipos: carcinoma neuroendócrino de grandes células, carcinoma do pulmão de pequenas células, tumor carcinóide típico e TCAP. A distinção dos vários tumores tem como base características histológicas, como tamanho celular, características morfológicas, padrões de crescimento, presença de necrose e índice mitótico.<sup>2</sup> O TCAP é caracterizado por poucas mitoses e baixo índice de Ki672 (Fig. 2). A PET com FDG é o exame de diagnóstico mais útil para a identificação deste tipo de tumores, sendo a PET-RS mais indicada na localização de doença metastática.<sup>4</sup> O tratamento baseia-se na abordagem cirúrgica, quando possível, e quimioterapia, nomeadamente com cisplatina e etoposido,<sup>3</sup> sendo que o prognóstico se encontra relacionado com o grau de diferenciação e de invasão local.<sup>5</sup> ■

#### Declaração de Contribuição

JPS – Elaboração do artigo  
LC – Revisão de imagens  
SPE – Revisão bibliográfica  
APC – Revisão e correção do artigo  
Todos os autores aprovaram a versão final

#### Contributorship Statement

JPS – Preparation of the article  
LC – Image review  
SPE – Bibliographic review  
APC – Revision and correction of the article  
All authors approved the final version

#### Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.  
Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.  
Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.  
Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.  
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

#### Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.  
Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship  
Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.  
Patient Consent: Consent for publication was obtained.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e SPMI Case Reports 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Case Reports 2023. Re-use permitted under CC BY. No commercial re-use.

#### Correspondence / Correspondência:

José Pereira de Sousa - jmps1992@gmail.com  
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal  
Rua de Santa Marta, 1169-024 Lisboa

Recebido / Received: 2022/04/06

Aceite / Accepted: 2022/11/02

Publicado online / Published online: 2023/05/31

#### REFERÊNCIAS

1. Pinchot SN, Hohen K, Sippel RS, Chen H. Carcinoid tumors. *Oncologist*. 2008;13:1255-69. doi:10.1634/theoncologist.2008-0207
2. Caplin ME, Baudin E, Ferolla P, Filosso P, Garcia-Yuste M, Lim E, et al; ENETS consensus conference participants. Pulmonary neuroendocrine (carcinoid) tumors: European Neuroendocrine Tumor Society expert consensus and recommendations for best practice for typical and atypical pulmonary carcinoids. *Ann Oncol*. 2015;26:1604-20. doi: 10.1093/annonc/mdv041.
3. Savu C, Melinte A, Diaconu C, Stiru O, Gherghiceanu F, Tudorica SD, et al. Lung neuroendocrine tumors: A systematic literature review (Review). *Exp Ther Med*. 2022;23:176. doi: 10.3892/etm.2021.11099.
4. Singh S, Bergsland EK, Card CM, Hope TA, Kunz PL, Laidley DT, et al. Commonwealth neuroendocrine tumour research collaboration and the North American neuroendocrine tumor society guidelines for the diagnosis and management of patients with lung neuroendocrine tumors: An international collaborative endorsement and update of the 2015 European neuroendocrine tumor society expert consensus guidelines. *J Thorac Oncol*. 2020;15:1577-98. doi: 10.1016/j.jtho.2020.06.021
5. Caplin M, Baudin E, Ferolla P, Filosso P, Garcia-Yuste M, Lim E, et al. Pulmonary neuroendocrine (carcinoid) tumors: European Neuroendocrine Tumor Society expert consensus and recommendations for best practice for typical and atypical pulmonary carcinoids. *Ann Oncol*. 2015;26:1604-20. doi: 10.1093/annonc/mdv041.