

VIANNA; Maria Cecília Gomes¹, BARROS; Jenniffer Kelly Assis de², IBIAPINA; Mariana Sousa³, ANDRADE; Pedro Henrique Lins de⁴, ABREU; Rayanne Luiza Lourenço de Jesus⁵, TAVEIRA; Gabriela Monte Tenorio⁶

RESUMO

INTRODUÇÃO O câncer de pulmão é o tumor com a maior taxa de mortalidade e um dos três mais incidentes, somente superado por tumores de próstata e de mama na mulher. Na prática clínica, são classificados em carcinoma de pequenas células e carcinoma de não pequenas células, cursando com clínicas e tratamentos distintos. O carcinoma de pequenas células de pulmão (CPCP) representa apenas 15% dos casos de câncer de pulmão e está fortemente associado ao uso de tabaco, sendo classificado de acordo com a extensão do tumor em doença limitada e doença extensa. O curso clínico desta neoplasia é o mais agressivo dentre todos os tumores malignos de pulmão, devido à proliferação agressiva e à alta taxa de metástase, portanto, se não tratado, permite uma sobrevida curta. Assim, essa rápida disseminação faz com que a maioria dos pacientes diagnosticados já apresente a doença extensa, sendo as intervenções, na maior parte das vezes, de caráter paliativo. **RELATO DE CASO** Paciente 87 anos, sexo feminino, performance funcional classificada em PS1, diagnosticada com câncer de pulmão de pequenas células, após investigação devido à história de tosse seca crônica e cefaleia. Possui antecedentes de diabetes mellitus (uso de glifage 500mg/dia) e hipercolesterolemia. A biópsia de nódulo pulmonar (lobo superior esquerdo) e hilar foi sugestiva de neoplasia de células pequenas redondas e azuis; a imunohistoquímica apontou carcinoma indiferenciado de pequenas células. Já a TC de tórax evidenciou uma massa pulmonar em região hilar no segmento inferior do lobo esquerdo, acometendo segmentos basal, anteromedial e lateral de 4,6X7,2X4,8cm e linfonodomegalias hilar esquerda e subcarinal maior 3,9x3,8 cm. Por fim, o PET-CT observou mesma lesão pulmonar perihilar esquerda (segmento basal anteromedial e lateral do lobo inferior esquerdo, com contato com aspecto posterior do pericárdio, superfícies pleurais diafragmáticas e visceral lateral, 4,7X7,2X4,9cm - SUV:14,9. Linfonodomegalia mediastinais e hilares: cadeia subcarinal (nível 7) - 3,7X3,8cm - SUV 4,9; e hilar esquerdo (10L), maior 3,2x3,0cm - SUV12,9. Pequeno derrame pleural à esquerda - SUV 3,2 e na TC e RNM de crânio não houveram achados. Após este estadiamento, paciente foi submetida ao tratamento conforme IMPOWER133: Carboplatina (AUC 5) no D1 + etoposídeo no D1-3 + atezolizumabe 1200 mg D1 a cada 21 dias por 4 ciclos e depois manutenção com atezolizumabe 1200 mg D1 a cada 21 dias. A TC e o PET-CT de controle, após o início do tratamento, demonstraram redução da formação expansiva sólida no hilo pulmonar e redução das dimensões da linfonodomegalia e infiltração mediastinal, mas o surgimento de uma padrão de vidro fosco. A paciente esteve estável durante o tratamento, respondendo bem a proposta terapêutica e ao terapia de manutenção com o anticorpo monoclonal, obtendo boa tolerância à imunoterapia. As intercorrências como, o humor deprimido e neutropenia foram manejadas, já a pneumonite grau 2 apresentada pela paciente cursou com ótimo controle após adiamento de tratamento e terapia com corticoide e broncodilatadores, sendo re-exposta à imunoterapia e sem novos episódios. Na última consulta de acompanhamento paciente queixou diarreia, alterações de memória recente, sem tosse seca e dispneia, com leve tremor de extremidade em mãos, que melhora com movimento. Em 02/24, os exames de imagem apontaram progressão de lesão pulmonar já existente e surgimento de nova lesão pulmonar em lobo médio. Em

¹ Uncisal, ceciliavianna36@yahoo.com.br

² Uncisal, jennifer.kelly@gmail.com

³ Uncisal, mariana.ibiapina@academico.uncisal.edu.br

⁴ Uncisal, pedro.lins03@gmail.com

⁵ Uncisal, rayanne.jesus@academico.uncisal.edu.br

⁶ Santa Casa, gabi_monte@hotmail.com

virtude de ser doença oligometastática em idosa de 87 anos, boa respondedora à imunoterapia paliativa, decidiu-se por realizar radioterapia nas lesões e seguir com imunoterapia com atezolizumabe de manutenção, estando atualmente no ciclo 25, em tratamento desde 12/22 e perfazendo 19 meses de sobrevida. **DISCUSSÃO** Aproximadamente 75% dos pacientes com neoplasia de pulmão de pequenas células (CPPC) apresentam doença em estágio avançado (EE) já no momento do diagnóstico. Esta realidade está relacionada ao mau prognóstico e sobrevida de, aproximadamente, 5 anos em menos de 7% dos indivíduos. Estudos randomizados demonstram que, apesar das taxas expressivas de resposta inicial ao tratamento com IMpower133, a sobrevida geral dos pacientes é em torno de 10 meses. Outro ponto a ser considerado são os fatores prognósticos negativos, entre eles estão a idade acima dos 70 anos e doença extensa, fatores presentes na paciente do relato de caso. A paciente em questão, além de ser idosa, apresenta doença metastática, sendo, portanto, classificada na categoria de doença extensa. Apesar do quadro desfavorável, ela tem apresentado boa tolerância ao tratamento quimioterápico e ao tratamento de manutenção com imunoterapia, apresentando sobrevida atual, de 21 meses desde o diagnóstico. A expressiva resposta pode estar relacionada a associação do anticorpo monoclonal à carboplatina e ao etoposídeo (CP/ET), visto que um estudo randomizado, duplo cego, publicado na *Journal of Clinical Oncology* em 2021, realizado com 403 pacientes, em que 202 recebiam CP/ET com atezolizumabe e 201 CP/ET com placebo, demonstrou uma maior sobrevida de 12,9% dos pacientes CP/ET + atezolizumabe em comparação com o braço placebo mais CP/ET. Além disso, é sabido que as células tumorais expressam o PD-1 ou seu ligante PDL-1, um ponto de verificação imunológico que inibe a morte programada, o que favorece a proliferação das células neoplásicas. A partir deste conhecimento, anticorpos monoclonais que atuam nesses locais estão sendo cada vez mais usados e um deles é o atezolizumabe é um anticorpo monoclonal anti-PD-L1, que age inibindo o envolvimento de PD-L1. Entretanto, a expressão dessa proteína não ocorre em todos os pacientes, variando entre 2% a 83%, assim, o mesmo estudo citado acima verificou que os pacientes que expressam o PD-1 ou PDL-1 tem melhor resposta ao anticorpo monoclonal humanizado. Dessa forma, a maior sobrevida apresentada no caso relatado, em relação aos estudos já existentes, pode estar relacionada à associação de CP/ET e atezolizumabe, ao acesso adequado ao tratamento obtido pela paciente a às questões citológicas do tumor, que geraram melhor resposta à terapia proposta. **CONCLUSÃO** Apesar da neoplasia pulmonar de pequenas células ser extremamente agressiva e ter um prognóstico ruim, é possível proporcionar aos pacientes melhor sobrevida a partir da assistência à saúde adequada, ao manejo e terapêutica bem indicados. Fatores individuais e citológicos do tumor também possuem grande influência no tratamento dos pacientes, sendo necessárias mais pesquisas sobre tais marcadores para que se possa garantir melhor qualidade de vida e melhor prognóstico para essas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: câncer de pulmão de pequenas células, IMPOWER133

¹ Uncisal, ceciliavianna36@yahoo.com.br

² Uncisal, jennifer.kelly@gmail.com

³ Uncisal, mariana.ibipina@academico.uncisal.edu.br

⁴ Uncisal, pedro.lins03@gmail.com

⁵ Uncisal, rayanne.jesus@academico.uncisal.edu.br

⁶ Santa Casa, gabi_monte@hotmail.com