

CÂNCER DE PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS E IMPOWER133: RELATO DE CASO E REVISÃO NARRATIVA

2º CONGRESSO ALAGIPE DE CÂNCER DE PULMÃO, 2ª edição, de 02/08/2024 a 03/08/2024
ISBN dos Anais: 978-65-5465-110-3

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 + etoposideo 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.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