

Facilitando a Detecção de Problemas Oncológicos na Esfera Otorrinolaringológica

Vicente Odone Filho

Vamos comentar alguns aspectos na rotina do Pediatra e do Otorrinolaringologista na detecção de problemas oncológicos na infância.

Em primeiro lugar há que se lembrar de uma idéia estigmatizada relativa ao surgimento do câncer pediátrico, que ainda existe nas mentes de muitas pessoas. **Muitos imaginam que o câncer tem uma apresentação tão típica que não permite que outras hipóteses sejam cogitadas.** De fato, em uma criança como essa da **Figura 1** (apresentação fotográfica permitida pela família), que por sinal está curada, na qual uma enorme massa projeta-se pela boca, sai pela narina, desloca a órbita, é muito difícil imaginarmos alguma outra possibilidade que não uma neoplasia.

Figura 1. Alteração oncológica



Se esperarmos apresentações desse tipo para fazermos um diagnóstico de câncer (Ca), certamente deixaremos de fazê-lo precocemente na imensa maioria dos casos, e por que razão? Porque o Ca pediátrico, em sua apresentação, via de regra mimetiza situações pediátricas corriqueiras.

Basta que lembremos as leucemias agudas, o tipo mais comum de Ca na infância, e os sinais e sintomas mais frequentes na sua apresentação. Iremos encontrar febre, palidez, hemorragia, qualquer nível de hemorragia, desde peque-

nos sangramentos no momento de escovação dos dentes até sangramentos mais intensos, anorexia, fadiga, dor óssea, dor abdominal, artralgia, adenomegalia, perda de peso, enfim, sinais e sintomas que nós, que somos pais, certamente já tivemos em nossos filhos e pelos quais certamente, muitas vezes, eles foram levados até seu médico.

É evidente que sinais dessa natureza, quando sem uma explicação óbvia, sinais que persistem, progridem, se intensificam devem nos lembrar uma neoplasia e fazer com que busquemos excluir essa possibilidade.

Será de muita ajuda, nesse contexto, se tivermos uma idéia topográfica e uma idéia incidental do Ca em relação à idade da criança.

Restringindo-se à cabeça e ao pescoço, se diferenciarmos as crianças conforme tenham menos de um ano, de um a três anos, de três a 11 anos, ou acima de 12 anos veremos uma escala de neoplasias como sendo as mais freqüentes que têm aparecimento em cada uma dessas faixas etárias.

Os retinoblastomas nos bem pequenos, seguidos por neuroblastoma e neoplasias endócrinas múltiplas, que depois virtualmente desaparecem nas crianças de maior idade, o rabdomiossarcoma predominando na pré adolescência e na adolescência, até o início da idade adulta, quando os linfomas tornam-se mais prevalentes.

É importante lembrarmos que essas apresentações habituais muitas vezes diferem também conforme a natureza da própria neoplasia.

Um exemplo são os linfomas tipo Burkitt, em suas variáveis africana e na que ocorre em países desenvolvidos. As razões biológicas e a própria interrelação etiológica estão além do escopo desta discussão, mas nas formas africanas temos um acometimento mandibular muito freqüente, por sua vez incomum nas formas européias ou norte-americanas.

O acometimento orbitário e da tireóide também é mais freqüentemente encontrado nas formas africanas, sendo virtualmente ausente em países mais desenvolvidos. A base para essa situação pode estar relacionada ao envolvimento possivelmente de natureza etiológica com o vírus de Epstein-Barr, de alta relevância epidemiológica na África e mesmo em nosso país, e raro nos mais desenvolvidos.

Outras neoplasias raras, mais próprias do território da nasofaringe, devem ser lembradas: esteseoneuroblastoma, carcinoma de nasofaringe e angiofibroma juvenil, este uma moléstia essencialmente benigna mas cujo comportamento clínico, em função da dificuldade à ressecção que impõe, pode ser francamente maligno.

É interessante, dentro do escopo do Otorrinolaringologista, o diagnóstico primário de linfomas acometendo a região das amígdalas (tonsilas palatinas). Embora sejam relativamente infreqüentes, devem ser considerados e lembrados. Além das outras características pertinentes aos linfomas, um aspecto muito importante a ser destacado é a grande assimetria entre o tamanho das amígdalas, via de regra existente quando esse diagnóstico é feito. Os aumentos simétricos muito mais raramente representam linfomas.

Vamos discutir algumas outras situações muito próprias da intervenção do

Otorrinolaringologista, sinais e sintomas que com frequência levam a esse especialista, e como isso pode ser pensado no contexto de um Ca. Vamos lembrar em primeiro lugar aquela criança com febre, na qual o Otorrinolaringologista frequentemente intervém na busca de um foco que a explique. Habitualmente são solicitados hemogramas, e neles buscamos informações que nos permitam inferir a existência ou não de uma infecção, sua natureza e, de uma maneira ampliada, a exclusão de uma moléstia neoplásica.

Nesse sentido, qual a segurança que um exame dessa natureza pode oferecer? Vamos lembrar os padrões clássicos de reação de um hemograma.

A maioria dos casos não malignos de leucocitose são causados por infecções, particularmente estafilocócicas e pneumocócicas. As reações exageradas, chamadas reações leucemóides, com mais de 50.000/mm³, podem ocorrer em septicemias. Agentes virais, como na caxumba, varicela-zoster e citomegalovírus também podem determinar reações leucemóides, de predomínio linfocitário. As infecções parasitárias - particularmente pela larva migrans visceral - podem também cursar com acentuada leucocitose, predomínio eosinofílico, com muita frequência. Outras causas não malignas, passíveis de provocar uma leucocitose acentuada, com eosinofilia, são a periarterite nodosa, a alergia e as reações de hipersensibilidade.

No entanto, a presença de contagens leucocitárias extremamente elevadas, superiores a 100.000/mm³, em geral, reflete uma leucemia aguda ou crônica.

Entretanto, as apresentações leucêmicas, quer seja de natureza linfóide, quer seja de natureza mielóide, podem não estar associadas a hemogramas típicos.

Grandes séries publicadas na literatura auxiliam-nos nesta análise. Em pacientes com **leucemia linfóide aguda (LLA)** a presença de **anemia acentuada** é um achado frequente, com níveis de hemoglobina inferiores a 7,5 g, sendo encontrados em mais de 50% dos casos. **Plaquetopenia** inferior a 150.000/mm³ também é a regra. Agora, se formos procurar acentuadas **leucocitoses** como um forte indício de LLA, não a encontraremos universalmente: **45% dos pacientes têm níveis superiores a 10.000 leucócitos/mm³, sendo apenas 10% superiores a 100.000/mm³.** Por sua vez, **taxas inferiores a 5.000/mm³ são encontradas em até 30% dos pacientes.** Em leucemias agudas de tipo mielóide (LMA), este índice é ainda maior, podendo ser encontrado em até 40% dos casos.

Em resumo, se nós nos ativermos particularmente aos leucócitos para tentar descortinar uma infecção ou até suspeitar de uma leucemia, do ponto de vista numérico, em boa parte dos casos, esse hemograma não vai nos direcionar para o diagnóstico preciso.

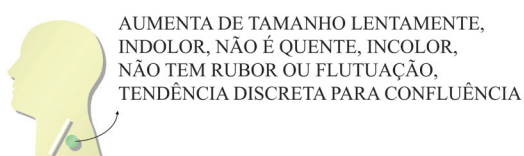
Outro fato extremamente comum, virtualmente próprio do médico otorrino, é a **análise dos linfonodos cervicais (Figura 2A)**. Se nós traçarmos um diferencial no pescoço, na projeção do músculo esternocleidomastoídeo; veremos que se podem encontrar **grandes aumentos agudos, dolorosos, com calor, rubor, flutuação, de linfonodos em situação anterior e alta.** Situações como essa, virtualmente sempre são representativas de **adenites infecciosas**, como no caso da criança apresentada à **Figura 2B**, muitas vezes associadas a amigdalites. São diagnósticos relativamente simples de serem feitos.

Figura 2A (esquerda). Análise dos linfonodos cervicais **Figura 2B** (direita). Linfonodo de criança com amigdalite



No outro extremo, por sua vez, poderemos ter: crianças com **linfonodos de localização região cervical posterior, baixa, aumentando de tamanho lentamente, indolor, sem calor local, sem rubor ou flutuação, com alguma tendência à confluência (Figura 3A)**, como no caso da criança apresentada à **Figura 3B**, muitas vezes acometendo também a região supra-clavicular. Exemplos dessa natureza quase certamente representam uma neoplasia maligna, **provavelmente uma leucemia ou um linfoma**.

Figura 3A (esquerda). Análise dos linfonodos cervicais **Figura 3B** (direita). Criança com moléstia de origem oncológica



Os exemplos das **Figuras 2 e 3** mostram duas situações extremas. Porém temos as **multíssimo mais freqüentes situações intermediárias, que nos irão remeter ao bom senso, a uma intervenção vigiada e à observação**.

É muito difícil definir parâmetros de alteração, quando falamos em linfonomegalia. O que é um **linfonodo aumentado**? Certamente é o linfonodo com mais com **mais de 10 mm no maior diâmetro**. Entretanto, existem exceções. Em linfonodos da região epitrocLEAR, pequenos aumentos poderão sinalizar uma anormalidade enquanto que, ao contrário, na região inguinal, por razões óbvias, um aumento maior pode ser aceito, dentro de um contexto de normalidade. Portanto, linfonodos aumentados mas normais, sem nenhuma representação de malignidade, podem ser vistos com freqüência na região cervical, na região axilar e inguinal. Outras **áreas, como a auricular superior, a região supraclavicular e epitrocLEAR são altamente indicativas de anormalidades**. Obviamente as situações de **linfadenomegalia generalizada no pescoço**, com linfonodos aumentados

em duas ou mais **áreas não contíguas**, devem levar à **suspeita de uma doença de provável cunho neoplásico**.

Resumindo o que comentamos, vamos chegar a um contexto de quando indicar biópsia de um linfonodo. Confesso que várias vezes já fui instado a escrever um texto dessa natureza e nunca fiquei realmente satisfeito com a sua qualidade. Situações muito óbvias foram aqui comentadas. Todavia, na maioria das vezes, não há dados objetivos a subsidiar, de imediato, uma intervenção.

A necessidade de exclusão de uma leucemia aguda poderá levar à indicação de uma **punção aspirativa de medula óssea**, particularmente em situações de linfadenomegalia generalizada, de hemogramas com os indícios de **suspeita** acima mencionados, ou de quadros clínicos prolongados sem uma explicação óbvia para sua ocorrência.

É importante, para finalizarmos nosso capítulo, lembrar que nossa experiência é resultado de alguns estudos realizados no Departamento de Pediatria da USP, onde analisamos uma série de parâmetros, em pacientes com doenças oncológicas de base ou até mesmo sem doenças oncológicas, com moléstias crônicas, ou sem moléstia crônica de base. Nestes estudos observamos o que representa a origem de uma febre e como esses achados inespecíficos podem indicar o que significam em termos de infecção ou em termos de uma neoplasia.

Na verdade, a conclusão é que, nenhum dado, isoladamente, permite que esse tipo de inferência seja feito, quer quanto à natureza maligna ou não da moléstia, quer quanto a sua etiologia (infecciosa viral ou bacteriana, por exemplo). Um exame jamais pode ser analisado de modo dissociado da observação clínica cuidadosa e de outros recursos acessórios. Penso que essa é a mensagem mais importante a ser levada para casa.

Leituras recomendadas

1. Fernbach, D.J. - In: Sutow, W.W.; Vietti, T.J.; Fernbach, D.J.: Oncologia clínica pediátrica, 1ª edição, Barcelona, Labor, abril 1977, pg 210 (Historia natural de la leucemia aguda)
2. Pui C H. Childhood leukemias. N Engl J Med 332: 1618-1630;1995.
3. Greaves MA. A natural history for pediatric acute leukemia. Blood 82:1043-1051;1993