

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

180.^o Reunião Anátomo-Clínica - (18/12/1958)

Tumor Renal de Wilms Irrradiado e Operado

Presidente: Prof. José Ramos Junior — Diretor do Departamento de Medicina.

Secretário: Dr. Humberto Torloni — Diretor do Departamento da Anatomia Patológica.

Relator: Dr. Silvio Cavalcanti — Estagiário Pós-Graduado de Cirurgia.

Comentador: Dr. Roxo Nobre — Diretor do Departamento de Radiologia.

Necroscopista: Dra. Ennize de M. Nunes — Residente de Anatomia Patológica.

Redator: Prof. Antônio Prudente — Diretor do Departamento de Cirurgia.

CASO CLÍNICO REGISTRO

N.^o 57.1496

I. O. C. — 2 anos e 11 meses, feminino, branca, brasileira.

Consulta — 6 de Junho de 1957.

Queixa Principal — Aumento do abdômen há cerca de dois anos.

História da Moléstia Atual — O pai informa que desde os nove meses de idade a paciente apresenta “inchaco abdominal”, principalmente depois que se alimenta. Refere que esse “inchaco” vem se acentuando paulatinamente. Sempre notou que a maior saliência está do lado esquerdo. Ultimamente a paciente apresenta febre e alguma dificuldade para respirar. Foi vista pelo médico do Posto de Puericultura de Ourinhos que tirou uma radiografia dizendo que era doença do “baço”.

Antecedentes Familiares — Pai reumático; mãe e seis irmãos sádios; avo materna com câncer de útero.

Antecedentes Pessoais — “Nilil”.

Exame Físico Geral — Aspecto geral mau, panículo adiposo escasso. — Peso de 10 quilos — Rosário raquítico à inspeção do tórax.

Aparêlho Respiratório e Cardiovascular — Pulso: 120 batimentos por minuto; Pressão arterial: max. 10 — min. 5 mm. de Hg.

Exame Físico Regional — Abdômen globoso, uniformemente distendido. Não há circulação colateral perceptível. Pela palpação, tumoração ocupando todo o flanco esquerdo, de consistência dura, superfície lisa e de contornos nítidos. Estende-se cerca de 15 cm. abaixo do rebordo costal, ultrapassando, para dentro, a linha mediana e penetrando para cima, sob o gradeado costal, o que impossibilita determinar seus limites superiores. Posteriormente ultrapassa de 5 cm. a linha axilar média.

O fígado é palpável junto ao rebordo costal.

Hipótese Diagnóstica — Tumor renal de Wilms.

Internação — Em 6/6/57.

Exame Hematológico — (7/6/57) — Leucócitos 10.400; Bastonetes 6; Segmentados 52; Eosinófilos 2; Basófilos 0; Linfócitos 27; Monócitos 13; Hemácias

4.050.000; Hemoglobina 11 gr. — 74% Hematócrito 32%; Valor Globular 0,91; Volume Médio 80 u 3; Hemossedimentação 80; Plaquetas 240.000.

Exame de Urina — (7/6/57); Densidade 1026; Traços leves de albumina; Não há puz nem cilindros; Pequeno número de leucócitos; 1 a 2 hemácias por campo (200x).

Planificação de Tratamento — Radioterapia seguida de cirurgia.

Radioterapia — Iniciada em 19/6/57. Tipo profundo, um único campo no hipôcondrio esquerdo de 10 x 15 cms. 220 Kv., 15 mA. F. 0,5 + 1, D.50. Foi dada a dose de 100 r, durante 12 dias, seguida de 150 r por mais 6 dias, num total de 2.250 r. Em 3/7/57 a massa tumoral já estava reduzida de tamanho e com consistência mais mole. Em 17/7 já não se conseguia palpar os limites de tumor, sentindo-se apenas uma zona de consistência aumentada ao nível do flanco esquerdo. Nessa ocasião as condições hematológicas não permitiam a continuação das aplicações radio-terápicas.

Exame Hematológico — (16/7/57) — Leucócitos 2.800; Metamielócitos 1; Bastonete 15; Segmentado 53; Eosinófilos 1; Basófilos 0; Linfócitos 25; Monócitos 5; Hemácias 4.500.000; Hemoglobina 13,0 gr. — 86%; Hematócrito 36; Valor Globular 0.95; Volume médio 80 u 3; Hemossedimentação 33; Plaquetas 170.000.

Seqüência — Foram feitas três transfusões de sangue de 200 cc. nos dias que se seguiram. Um novo exame hematológico, feito em 25/7/57, mostrava 3.200 leucócitos mas a série vermelha estava normal. Foi deliberado que se realizasse a intervenção cirúrgica, administrando-se ainda 200 cc de sangue no dia 27/7 e a mesma quantidade no dia 31/7.

Exame Radiológico do Torax — (26/7/57) — Transparência normal dos campos pleuro pulmonares.

Intervenção Cirúrgica — (7/8/57) — Sob anestesia pelo éter foi praticada a nefrectomia esquerda por via transperitonial. Ao ser feito o descolamento do tumor do diafragma houve ruptura da pleura parietal ao nível do ângulo costo-frênico, numa extensão de 1,5 cm., que foi imediatamente suturada, sendo o pulmão devida-

mente reexpandido. Retirada a peça e fechada a parede, foi colocado um dreno de Penrose.

Exame Anátomopatológico da peça cirúrgica — Macroscopicamente verifica-se que o tumor substitue quase todo o parênquima renal, restando deste último apenas pequena área de 3 x 4 cms. ao nível do pólo superior. O tumor propriamente dito mede 6 x 7 cm. Há formação de cistos contendo sangue ou massa amarelada. Microscopicamente os cortes mostram estruturas renais infiltradas por neoplasia epitelial maligna. O tumor é formado por elementos fusiformes com discreta anaplasia, células com citoplasma abundante e outras cilíndricas com marcante anaplasia, assumindo caráter adenóide. Por vezes há formações tubulares dilatadas. Os elementos fusiformes ora estão dispostos em feixes frouxos ora em meio a marcante edema, e que dá o aspecto mixóide. Verificam-se também áreas de necrose.

Diagnóstico — Nefroblastoma (Tumor de Wilms).

Evolução pós-operatória — Durante o ato operatório e no pós-operatório imediato foram administrados 970 cc de sangue. Nos dias que se seguiram foram administrados antibióticos, vitaminas, soro glicosado, analgésicos. A paciente vomitou nos três primeiros dias, havendo ligeira elevação de temperatura, mas a pressão arterial e o pulso mantiveram-se bem. Houve exo-neração intestinal no 3.º dia e a diurese normalizou-se no 4.º dia. No 10.º dia estava passando bem, apirética.

Seqüência — Não houve recuperação completa do estado geral, mantendo-se a paciente internada, recebendo tratamento adequado. Apresentava com frequência temperatura elevada. Em outubro de 57 a situação se agravou.

Exame Radiológico de Tórax — (15/10/57) — Volumosa massa tumoral do pulmão esquerdo, deslocando o mediastino para a direita.

Exame Hematológico — (14/10/57) — leucócito 9.000; Metamielócito 1; Bastonetes 6; Segmentados 72; Eosinófilos 1; Basófilos 0; Linfócitos 13; Monócitos 7; Hemácias 3.600.000; Hemoglobina 10,5 gr. — 70%; Hematócrito 29%; Valor Globu-

lar 0.97; Volume médio 80 u 3; Sedimentação 112.

Quimioterapia — Foram feitas 4 mgrs. de T.E.M. por via endovenosa, em 2 dias (18 e 19/10/57). O exame radiológico dos pulmões feito em 25/10/57 mostrou “opacificação do campo pulmonar esquerdo (derrame pleural e provável massa tumoral e pequena imagem em calota no ângulo costofrênico direito (metástases). O controle hematológico de 20/10/57 revelou nova queda de glóbulos brancos que caíram para 3.000.000. Resolveu-se administrar Prednisone, na dose de 20 mgrs. por dia.

Seqüência — Em vista do agravamento da situação pulmonar foi tentada uma série de aplicações radioterápicas remissivas, sem obter grandes melhoras. Depois de uma ligeira melhora da dispnéia, o estado geral passou a cair progressivamente. Um exame hematológico feito em 22/11/57 mostrou: Leucócitos 900; Hemácias 2.750.000; Hemoglobina 56%; Hematócrito 22%; Hemossedimentação 130; Plaquetas 130.000. Foram feitas mais 4 transfusões de sangue de 250 cc cada uma, nos últimos dias de novembro.

O exame radiológico dos pulmões, feito a 5/12/57 mostrou “Opacificação do hemitórax esquerdo com desvio do mediastino para a direita e colapso parcial do pulmão esquerdo; congestão dos vasos no hemitórax direito. O hemograma feito em 9/12/57 mostrou sensível melhora: Leucócitos 4.300; Hemácias 5.500.000; Hemoglobina 113%; Plaquetas 210.000.

Em desacordo com esse exame, o estado geral se agravou sobremaneira, passando o paciente a receber só anti-álgicos, vindo a falecer no dia 19/12/57.

Diagnóstico do Serviço de Clínico Médica — Anatômico — Tumor de Wilms do rim esquerdo.

Diagnóstico do Relator — (Dr. Silvio Cavalcanti) — Anatômico — Tumor do rim esquerdo (Wilms) com metástases pulmonares esquerdas — *Funcional* — (de acordo com a papeleta): insuficiência respiratória motivada pelas metástases do pulmão; *Causa mortis* — Insuficiência respiratória.

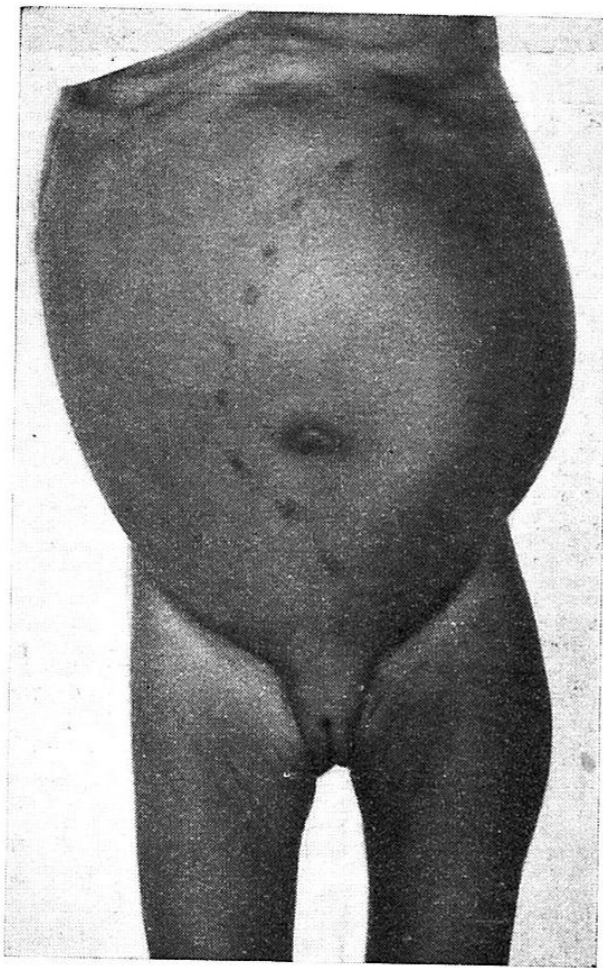


Fig. 1 — L.O.C. — Neg. n.º 5885 — Tumor de Wilms (Rim esquerdo) — Foto tirada em 26-6-57, na ocasião da admissão.

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. ROXO NOBRE — Do resumo não transparece a enorme luta que foi mantida neste caso, tanto do ponto de vista de observação e de estudo, como de terapêutica. Em grandes linhas, tratava-se de um tumor de Wilms muito avançado. Tratava-se de uma criança de dois anos e meio de idade, quando deu entrada neste Hospital, tendo a família observado, quase que desde os seus primeiros dias de vida, um abdômen volumoso, parecendo existir no seu interior uma grande massa. As fotografias mostram o quanto era avançado o processo na ocasião em que a doente deu entrada neste Hospital. Isto explica as dificuldades encontradas na terapêutica e justifica o êxito letal.

O tratamento foi iniciado com a radioterapia pré-operatória, tendo a paciente recebido apenas 2250 r. em três semanas. Em consequência houve queda do hemograma, que foi uma das razões da suspensão do tratamento radioterápico. Julgo entretanto que a queda do hemograma, de 10.000 glóbulos brancos e 4.500.000 vermelhos, para 5.000 brancos e 2.900.000 vermelhos, era perfeitamente compatível com a continuação do tratamento. Considero que com a dose de irradiação administrada a alteração do quadro hematológico estava perfeitamente regular de acordo com o que se verifica habitualmente nestes casos.

No dia 16 de Julho, isto é, no mesmo dia em que se suspendeu a série de irradiações, os glóbulos brancos baixaram a 3.800, sendo que os glóbulos vermelhos tornaram a subir a 4.500.000. Como se sabe, o quadro branco é o mais lábil, o que dá oscilações mais intensas. Assim não havia motivo para alarme. O caso estava perfeitamente controlado, recebendo a doente sete transfusões de 200 a 250 cc, perfeitamente suficiente para manter o quadro hematológico em condições satisfatórias.

Algumas coisas podem ser indicadas em relação à evolução, como seja o fato de essa criança ter sido operada cerca de três semanas e meia depois da última aplicação de raios X. Entretanto, nesta altura ela já estava com o quadro hematológico em condições satisfatórias, com 3.300 glóbulos brancos, mas com 4.250.000 glóbulos vermelhos.

Apesar de se consignar no resumo que a operação decorreu praticamente sem anormalidade, acno que não se deve deixar de mencionar um acidente de importância para a evolução pós-operatória mediata. Verifico no relatório da operação a descrição de um acidente cirúrgico que, se não foi grave no momento, tem importância fundamental. Diz aqui: (lê) "Ao procedermos ao deslocamento do tumor houve perfuração do diafragma e pleura".

Bom. Este caso evoluiu bem, sem outras complicações imediatas, mas é de se notar que a perfuração foi feita do lado pulmonar que depois veio a apresentar metástases. Não quero incriminar o acidente cirúrgico como responsável pela evolução desfavorável do caso. No entanto, não se pode deixar de mencionar um dado que sabemos ser de importância, de expressão clínica, por dizer respeito a possibilidade de enxertia, de disseminação neoplásica, principalmente em se tratando de um tumor extremamente embrionário, aderente à cápsula do rim aos órgãos vizinhos abdominais e ao diafragma.

A criança foi operada a 7 de agosto. O hemograma subsequente, do dia 24 apresentou-se em condições bastante satisfatórias. E só no dia 15 de outubro há a primeira evidência — ou o primeiro alarme — pleural. Nesta ocasião, então, a paciente voltou a ser estudada com toda a minúcia, decidindo-se fazer o tratamento pelo Tio-Etileno-Melamina (T.E.M.).

Em 18 e 20 de outubro esta criança recebeu duas doses de T.E.M. O quadro hematológico se manteve por mais algum tempo. A dispnéia se acentuou. As condições clínicas não melhoraram. Recorreu-se à radioterapia, que foi feita sobre o pulmão em doses de 80 r por dia, até chegar, em duas semanas, apenas a 800 r. E verificou-se que, a um mês do T.E.M., isto é, no dia 22 de novembro, esta criança apresentava um hemograma cuja queda foi realmente alarmante e provavelmente consequência da associação dos dois efeitos depressivos sobre a medula óssea: o da quimioterapia e o da radioterapia.



FIG. 2 — I.O.C. — Neg. n.º 6098 — Tumor de Wilms — Foto tirada depois de Radioterapia (19-9-57).

O quadro hematológico apresentava 900 glóbulos branco e 2.700.000 vermelhos.

Diante disso recomencaram-se as transfusões, administrando também Prednisone e vê-se que a criança rapidamente responde de maneira plenamente satisfatória, apresentando seu último hemograma 4.300 glóbulos brancos e 5.000.000 vermelhos. Verifica-se pois que este grande temor que nós todos temos da labilidade sanguínea tanto com a irradiação como com a quimioterapia hoje vai sendo mais ou menos superado, com os recursos de que dispomos para fazer responder satisfatoriamente o quadro hematológico. Nestas condições a criança evoluiu até os seus últimos dias.

Evidentemente, seria desejável que alguém pudesse ter assistido aos últimos momentos da paciente. Mas esta, possivelmente, era uma doente a qual não cabia mais uma assistência contínua e permanente, porque era, com toda a evidência, uma condenada, na altura em que estava sendo observada. Veio a falecer em consequência da sua moléstia, em condições perfeitamente previsíveis, devendo-se notar que todos os recursos foram mobilizados, a meu ver, com o máximo de oportunidade e de cuidado, de maneira plenamente satisfatória. Julgo que em condições análogas não poderíamos ter outra conduta, quer de observação, quer de terapêutica, se não a que foi dada a esta pacientezinha.

DR. HUMBERTO TORLONI — Concorda então com os diagnósticos?

DR. ROXO NOBRE — Concordo. Não vejo motivo para acrescentar nada mais, aos diagnósticos apresentados.

DR. JOSÉ BATISTA SILVA NETO — Pergunto ao Dr. Roxo se não haveria indicação para radioterapia pós-operatória neste caso.

DR. ANTÔNIO MONTORO — Queria fazer um comentário semelhante ao dr Dr. Batista: foi cogitada a radioterapia pós-operatória? Parece-me que os melhores resultados são obtidos pelo método de sanduiche, isto é, radioterapia antes e depois da cirurgia. Especialmente para este caso, em que fora interrompida a série pré-operatória. Outra coisa: o campo de 10 x 15 cm, parece-me pequeno, quando pelas fotografias vemos que o tumor enche todo o ventre. Já que a radioterapia foi lembrada tardiamente, não seria mais indicada antes da constatação da metástase pulmonar?

DR. SILVIO CAVALCANTI — Em relação às referências do Dr. Roxo ao resumo na parte que diz respeito à penetração no torax, eu disse o seguinte: (lê) "procedeu-se a uma nefrectomia esquerda, decorrida praticamente sem anormalidade". Realmente, foi feita essa perfuração, mas suturada imediatamente, não tendo dado nenhuma complicação.

PROF. BINDO GUIDA FILHO — Tenho a impressão de que metástases pulmonares, só do lado esquerdo, dificilmente poderão levar à insuficiência respiratória. O óbito só é possível com metástases bilaterais. Assim, acrescentaria aos diagnósticos: "metástases pulmonares bilaterais".

DR. FERNANDO GENTIL — Tive a oportunidade de operar essa paciente e de vê-la no início do tratamento, isto é, antes da radioterapia. Realmente tratava-se de um tumor bastante volumoso e, apesar de o dr. Montoro ter dito que o campo utilizado pela radioterapia era relativamente pequeno, achamos que era suficiente. Realmente, devemos nos lembrar de que a paciente tinha dois anos e meio, e assim 10 x 15 cm. representam dimensões bastante grandes, que abrangiam todo o tumor. Após a radioterapia o tumor diminuiu sensivelmente de volume, e então operamos, intervenção cirúrgica que foi bastante difícil, devido não só às aderências como também ao fato de que havia invasão, por extensão direta, entre o polo superior do rim e o diafragma.

Não se tratou de um acidente, na expressão da palavra, porque continuamos dissecando o tumor, sabendo que provavelmente teríamos de entrar na pleura. Mas a nossa intenção era retirar o tumor completamente, razão pela qual, na parte mais alta do polo superior do rim, que estava fixo ao diafragma, penetrou-se na cavidade pleural, sendo a brecha suturada, com o auxílio do anestesista, que expandiu suficientemente o pulmão de modo a não ficar nenhum pneumotorax, como aliás ficou provado na radiografia pós-operatória.

No que se refere à questão de disseminação cirúrgica, é realmente uma possibilidade que ninguém pode excluir. Mas tenho a impressão, e o próprio

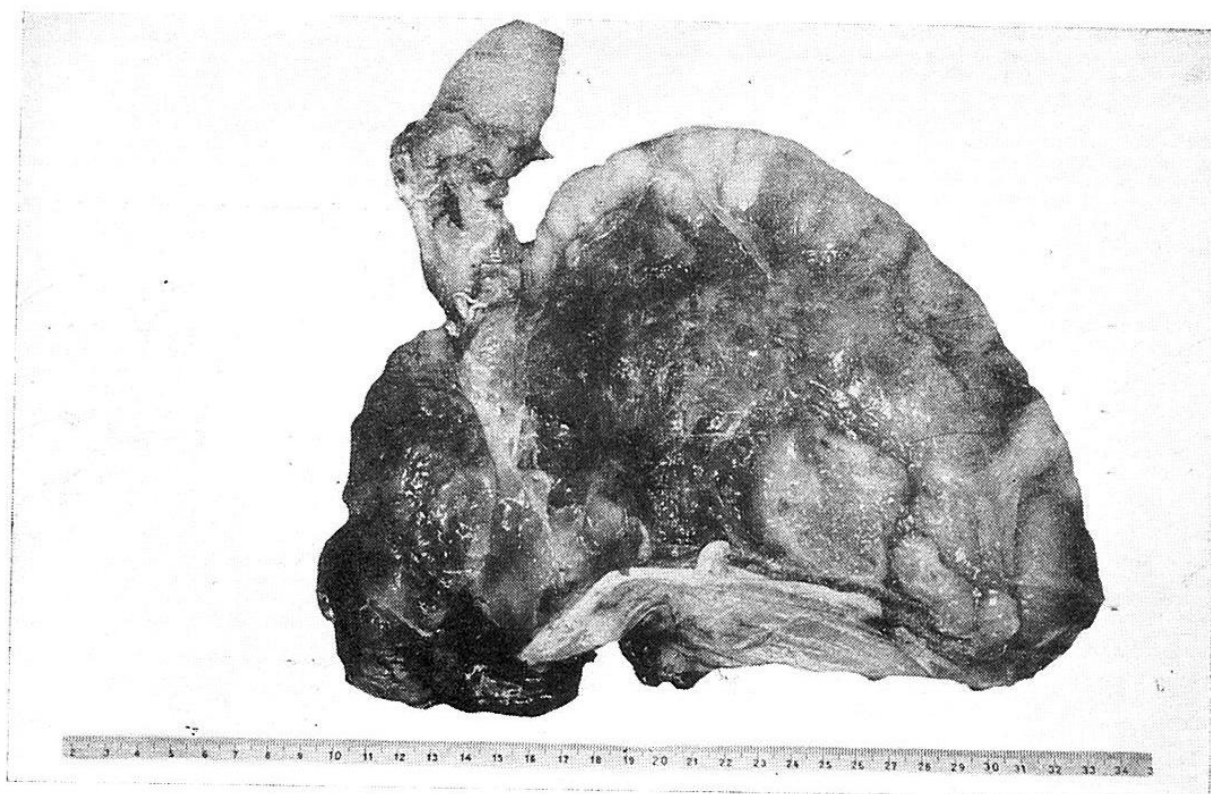


FIG. 3 — I.O.C. — Neg. n.º 6382 — Tumor de Wilms — Peça operatória. Face interna.

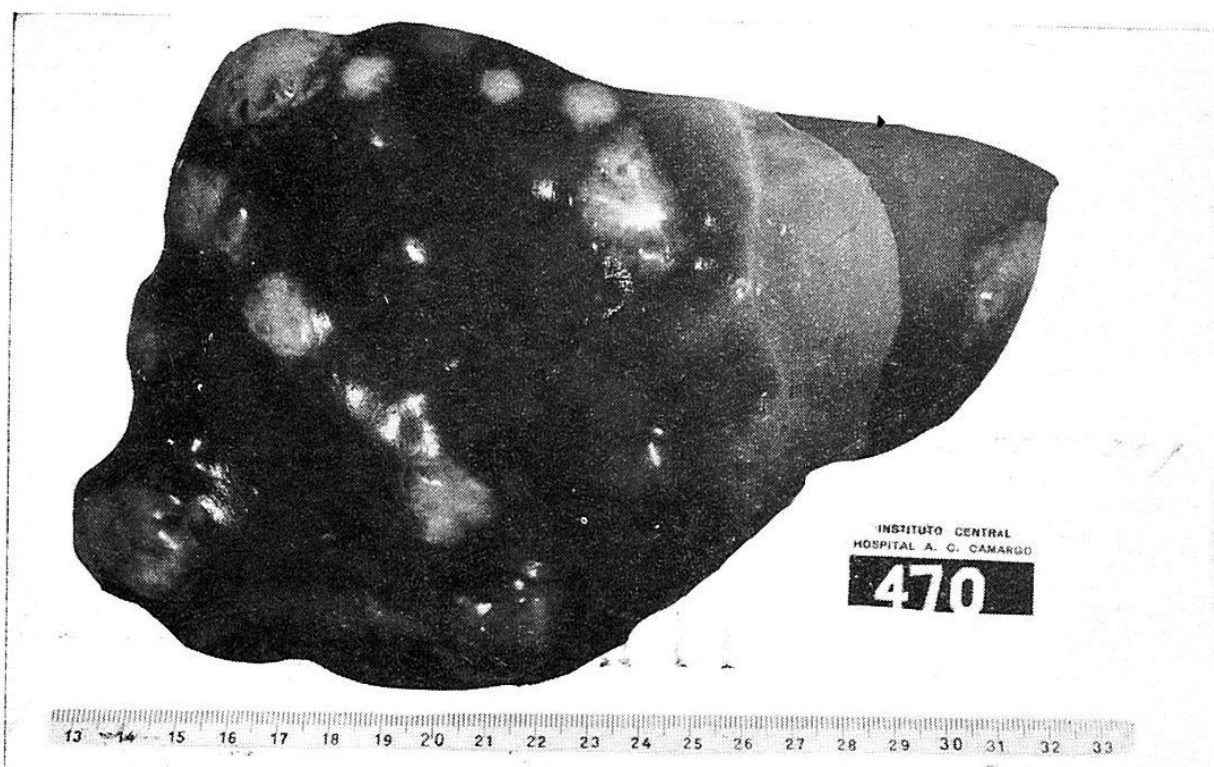


FIG. 4 — I.O.C. — Neg. n.º 6382 — Tumor de Wilms — Peça operatória — Face externa apresentando formações císticas.

prontuário o mostra — que o comentário do prof. Blinco é perfeitamente justificável, porque realmente havia metástases dos dois lados. Dois meses e meio após a intervenção havia metástases do lado esquerdo, isto é, do lado operado. Havia metástases na base do pulmão, que podia ser explicada por uma possível disseminação local. Mas na chapa, tirada 15 dias após, já havia metástases no pulmão direito também. Assim, havia metástases pulmonares bilaterais, o que deve ser consignado no diagnóstico anatômico.

Afim de justificar as modificações introduzidas na

terapêutica do tumor de Wilms, desejo referir que há cerca de 10 meses foi publicado um inquérito sobre a orientação e os resultados obtidos em inúmeros hospitais, principalmente dos países anglosaxônicos. Foram computados mil e tantos casos, chegando-se a conclusão de que os melhores resultados de sobrevivência de cinco anos eram aqueles conseguidos com radioterapia pré-operatória, cirúrgica, quimioterapia e radioterapia pós-operatória. Esta a razão porque atualmente estamos seguindo essa orientação. Até o momento em que esta paciente foi operada, era outra a orientação: exclusivamente ra-

dioterapia pré-operatória e cirúrgica. Isto explica também as perguntas do dr. Batista e do dr. Montoro no que se refere a terapêutica. A nós, de início repugnava usar doses tão altas de radioterapia, principalmente numa criança, com campos bastantes grandes. Mas, em vista, do inquérito citado ter apresentado claramente o benefício da associação dos três métodos, simultaneamente, adotamos esta orientação nos últimos casos.

DR. ANTÔNIO MONTORO — Queria apenas esclarecer ao dr. Gentil que, quando falei que o campo era pequeno, foi porque a descrição pré-operatória diz que o tumor ultrapassava de 15 cm, o rebordo costal. O tumor tinha por tanto mais de 15 cm. razão pela qual achei o campo pequeno.

DR. LEOPOLDO A. AGUILAR — Deve haver uma correlação entre a evolução clínica e o achado anátomopatológico. O tumor de Wilms apresenta muitas variedades devido aos inúmeros tecidos que entram em sua constituição. Pode haver predominância de qualquer um deles, seja o tubular, o celular ou o condroide. Quando este último predomina, o tumor é pouco sensível à radioterapia. De acordo com o que foi verificado, o tumor de Wilms se inicia de preferência no polo inferior e quando atinge duas vezes o volume do rim, já há invasão dos vasos. É lógico esperar nesses casos o aparecimento de metástases pulmonares. Parece-me pois que o caso presente apenas confirma a regra. Devo ainda consignar que não foram encontradas alterações anátomopatológicas na peça operatória que evidenciassem alterações causadas pela radioterapia, não se podendo portanto afirmar que ela tenha atingido o seu objetivo. Pelo menos o laudo não refere áreas de necrose.

DR. HUMBERTO TORLONI — Convém chamar a atenção para o fato de que estas áreas de necrose são comuns em tumores de Wilms não irradiados.

Agora, quando um tumor deste grau de imaturidade sofre ação de radioterapia intensa, exibe áreas de necrose muito extensas. Os patologistas, e principalmente os deste hospital, estão habituados a verificar os danos causados pela radioterapia. Interpretando-se o laudo tem-se a impressão de que este tumor não respondeu satisfatoriamente à radioterapia ou de que o tempo decorrido entre a radioterapia e o envio da peça para o exame anátomopatológico não foi suficiente para que a terapia irradiante tivesse causado alterações morfológicas evidentes.

DRA. MARIA DO CARMO PERES — Tenho a impressão de que não houve tempo para ocorrerem alterações no tumor, porque a cirurgia foi realizada três semanas depois do término da irradiação. Os autores ingleses preconizam uma espera de pelo menos quatro semanas.

DR. FERNANDO GENTIL — Clinicamente houve uma regressão enorme, de modo que deve haver uma explicação. Acredito que, se o período de espera fosse um pouco mais prolongado, essa diminuição de tamanho seria ainda muito mais acentuada. Mas houve uma diminuição, como mostram as fotografias tiradas antes e depois da radioterapia, e uma diminuição realmente acentuada.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Tenho a impressão de que a radioterapia pode ter diminuído o tumor, no sentido clínico, sem todavia ter provocado alterações em sua estrutura.

DR. HUMBERTO TORLONI — É a pergunta que dirijo aos radioterapeutas. Tenho a impressão de que as manifestações que cedem mais rapidamente a radioterapia são as de tipo flogístico e o edema.

DR. SALIM ZEQUI — De modo geral, pelo que se vê na literatura, parece que a radioterapia não esteriliza mesmo. Tem a finalidade de reduzir o tamanho do tumor para facilitar a cirurgia. Em 40% dos casos de tumor de Wilms predominam as fibras musculares lisas, podendo haver em menor proporção predominância de tecido ósseo, cartilaginoso ou epitelial. Segundo a predominância de um ou de outro, o tumor apresenta maior ou menor consistência.

DR. OSWALDO PERES — Dada a experiência que temos do tratamento do tumor de Wilms (os casos que nos chegam são sempre avançados), podemos afirmar que, o tumor regride mesmo. É preciso ver qual o componente do tumor que regride. Prova disso é que, quando começamos a irradiação desses

tumores, em geral fazemos um campo grande e, à medida que o tumor regride, vamos diminuindo o campo. Provavelmente esta será a explicação para a ressalva que o dr. Montoro fez a respeito do tamanho do campo. De início fazemos, pois, campos grandes. Considerando a resposta que o tumor apresenta, diminuímos o campo. E este, tamanho de campo que consta da ficha técnica, devendo responder ao tamanho final.

Mas que o tumor regride, regride. O que regride, entretanto, não se sabe.

DR. HUMBERTO TORLONI — Não devemos confundir duas coisas: uma, o tumor verificado clinicamente, outra o tumor no sentido anátomopatológico. Todos estamos falando no sentido clínico, lógico. O tamanho é dado pelas mensurações feitas no próprio tumor. O tumor clínico responde brilhante e mais rapidamente à terapêutica radiante. O tumor no sentido anátomopatológico, tem sua radiosensibilidade própria, volto a insistir. Tenho a impressão de que o tumor regrediria no próprio parênquima ou sofreria alterações caso se tivesse deixado um tempo maior de espera. Mas a indicação cirúrgica era soberana e oportuna.

Outro aspecto deve-se levar em conta: o problema dos tratamentos químico e radioterápicos associados, o que trouxe, a meu ver, lesão profunda de todo o sistema hematopoiético. Não estou acostumado a terapêutica deste tipo. Perguntaria ao dr. Roxo se realmente a labilidade do quadro branco é naturalmente observada em outros casos congêneres, porque a autópsia vai demonstrar coisas interessantes para esse lado.

DR. OSWALDO PERES — Em vista de o laudo anátomopatológico do rim não ter revelado observações de importância, quero propor que se faça um estudo das outras peças que sofreram a mesma intensidade de irradiação, para ver se realmente houve alterações evidentes da parte sensível do tumor. Isto porque tenho a impressão de que a parte mixomatosa do tumor, a parte indiferenciada, deve desaparecer, enquanto a parte resistente, que sabemos terem esses tumores, não responde. Acho que o tumor regride em vista da redução da parte sensível do tumor.

DR. HUMBERTO TORLONI — Mesmo em três semanas?

DR. OSWALDO PERES — Mesmo em três semanas. Acho que é a parte sensível que responde à irradiação. Acho que esse não é o primeiro tumor de Wilms que tomou essa dose pré-operatória de irradiação. Insisto portanto se faça uma comparação dessa peça com outras.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Os comentários feitos a respeito do efeito da radioterapia já estão bem expostos, levando a admitir que somente a parte sensível do tumor regride sob a ação da radioterapia.

Este caso é muito simples, do ponto de vista clínico, e as considerações feitas pelo prof. Bindo, considerando que a insuficiência respiratória só deve ser admitida como "causa mortis", desde que haja o comprometimento dos dois pulmões, é um fato. Mas eu juntaria mais um. Esta menina, provavelmente desde o início, já era anêmica. Depois da radioterapia e da quimioterapia, essa anemia se acentuou. Nessa condição, a quantidade de oxigênio possível de ser transportado pela hemoglobina, já bastante reduzida, era mínima, e assim, além da hipoxia consequente às lesões pulmonares, houve também anóxia anoxêmica, em virtude da baixa de hemoglobina. A insuficiência respiratória, portanto, se associava à anóxia anoxêmica, que também tem um papel importante no estabelecimento da própria dispnéia e da causa mortis. Acredito que esta não foi causada só pela insuficiência respiratória, mas principalmente pela mielose aplástica. A mielose depressiva, proveniente dos dois meios terapêuticos (radioterapia e quimioterapia) levou o tumor desta natureza, submetido a três processos terapêuticos agressivos, evidentemente leva a uma perturbação metabólica importante e, daí, à caquexia cancerosa.

DR. ROXO NOBRE — Do ponto de vista terapêutico, a maioria dos comentários girou em torno da indicação da radioterapia pós-operatória e por que não foi feita na ocasião. Devo dizer que o Dr. Gentil deu uma explicação que me parece perfeitamente plausível, do ponto de vista da sua orientação cirúrgica nessa época. Alguns dos nossos Serviços não cogitavam ainda da indicação da radioterapia

pós-operatória. Entretanto, se mesmo nessa época o Serviço da Radioterapia tivesse sido consultado sobre a conveniência ou a intenção de fazer ou não radioterapia pós-operatória, posso afirmar aos srs. que teríamos proposto, e desejávamos mesmo, fazer essa radioterapia. Contudo, deve-se notar um fato, que é exatamente o seguinte: esta criança, depois que terminou a radioterapia, passou pela operação e o seu quadro hematológico se manteve bastante baixo. Embora tenha chegado a 4.500.000 ou 4.250.000 glóbulos vermelhos, os brancos se mantiveram na altura dos 3.000.

Esta foi a razão pela qual a radioterapia não reclamou a oportunidade desse tratamento pós-operatório. Teria sido essa provavelmente a razão pela qual interrompemos a radioterapia, que foi suspensa aos 2.250 r. E há um detalhe muito curioso em tudo isto: o quadro hematológico dessa criança só voltou a ser realmente bom quando fez o último hemograma, alguns dias antes de morrer: 5.500.000 glóbulos vermelhos, para 4.300 brancos.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — E a hemoglobina?

DR. FERNANDO GENTIL — 17 g. 113%. Isto, no último hemograma feito. Esta criança fez este hemograma no dia 9 de dezembro, e faleceu em 19 do mesmo mês.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREIA — Em geral os valores da hemoglobina e das hemácias nem sempre traduzem o grau de alteração real da medula, porque é com frequência que se faz o hematológico numa criança que tomou na véspera uma quantidade razoável de sangue.

DR. FERNANDO GENTIL — A última transfusão tomada foi a 2 de dezembro, e este hemograma é do dia 9 de dezembro.

DR. ROXO NOBRE — Quanto a questão levantada pelo dr. Montoro, neste caso fizemos um campo necessário e suficiente. A regressão das massas tumorais é tão grande que nunca temos a preocupação de fazer um campo muito extenso. Se sabemos que no primeiro dia estamos no limite de suficiência, no fim de uma semana o tumor caberá todo dentro do campo inicial, e é de todo inconveniente fazer uma irradiação com dose-volume maior do que a indispensável, porque maior será a agressão hematogênica. Essa a razão pela qual ficamos dentro do campo, que prontamente se mostrou suficiente.

Ao dr. Gentil devo frisar mais uma vez que não fiz o comentário em relação ao acidente cirúrgico com qualquer intenção de apontar culpabilidades. Apenas chamei a atenção para o fato de que devemos tirar de todo o nosso material o máximo de ensinamentos. Por isso reclamei a ausência desta minúcia no relatório apresentado. A operação deve ter sido realmente muito difícil. Esses tumores aderem mesmo aos tecidos circunvizinhos. E quero desde já fazer a ressalva: com ou sem radioterapia, um tumor dessas dimensões é geralmente aderente.

O dr. Leopoldo referiu-se à diversidade de aspectos anátomopatológicos. Realmente, isto se verifica, e há até uma minúcia curiosa na observação dessa doente: dias depois do tratamento, foi chamada a atenção para o fato de que o tumor estava em franca regressão e o abdômen ainda se mantinha volumoso. Havia suspeita de ascite. Entretanto, a regressão, a princípio lenta, depois passou a ser considerável. As fotografias mostram em que condições essa criança entrou no hospital e a situação quando foi operada. Acredito que nenhum clínico, nenhum anátomopatologista, diante dessas duas fotografias, poderá estabelecer dúvida sobre a regressão tumoral. Não há edema, não há reação flogística de proporções discretas, capazes de promover nesses tumores uma tal regressão. De modo que este tumor seguramente regrediu na sua massa tumoral, como aliás regredem, por via de regra, todos os de seu tipo. É um dos tumores mais radiosensíveis do corpo humano, de modo que esta regressão é absolutamente positiva e taxativa. Deve-se notar apenas que, se não há referência a esta regressão, é porque ela se passou em relação a tecidos que desapareceram da lâmina, perdendo-se toda possibilidade de verificação, uma vez que não havia biópsia prévia. Não havia termo de comparação, capaz de mostrar o elemento mais radiosensível que compunha o tumor, elemento que desapareceu da lâmina, deixando áreas de necrose, mas sem deixar evidências de células alteradas pela irradiação.

A dra. Maria do Carmo disse que não há esterilização desse tumor. Faço uma restrição: para as doses que aplicamos, porque realmente um tumor

desta radiosensibilidade pode chegar à esterilização por efeito da irradiação exclusiva. Entretanto, não é esta a intenção, porque a cirurgia pode conseguir um resultado muito menos agressivo do que seria necessário para obter a esterilização.

O dr. Jesus se refere à redução exclusiva do edema e do processo flogístico. Evidentemente o dr. Jesus não analisou as diferenças de dimensões que houve nesse tumor, porque seguramente, vendo a fotografia, não acreditaria nessa hipótese.

Quanto ao dr. Torloni, que menciona profunda alteração de medula óssea, devo dizer que, realmente, deixei de fazer um acréscimo aos diagnósticos, do que me penitencio.

Quanto à medula óssea, só posso dar a resposta que já dei. Tivemos apenas um hemograma, uma semana depois da última transfusão, e que foi o melhor dos hemogramas. Não me achei no direito de admitir a hipótese de uma pammielosite ou coisa desta natureza. Tenho a impressão de que mesmo os comentários do prof. Ramcs já ficaram respondidos, diante das referências que fiz em relação às demais questões levantadas.

DIAGNÓSTICOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS

Necroscopista — Dra. Ennize Moura Nunes.

Moléstia Principal — Tumor de Wilms do Rim esquerdo operado.

Diagnóstico Anatômicos —

Oligaemia universal.

Metástases de tumor de Wilms nos pulmões.

Metastases retro-peritoniais.

Metástases no fígado.

Degeneração albuminosa dos rins.

Linfangite carcinomatosa no folheto visceral da pleura costal esquerda.

Pleurite sero-fibrinosa à esquerda .. (200 cc).

Ausência cirúrgica do rim esquerdo.

Causa mortis — Anóxia Anoxêmica (oligomia universal).

DISCUSSÃO PATOLÓGICA

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — Antes de projetar alguns dispositivos, quero fazer alguns comentários sobre os achados da autópsias. No lobo inferior do pulmão esquerdo havia uma massa tumoral, que fazia continuidade com o diafragma. No pulmão direito encontrei um nódulo infero-cortical. Não havia enfisema, não havia edema. Encontramos portanto metástases pulmonares bilaterais, metástases múltiplas no fígado e, mais ainda, linfagite carcinomatosa, derrame pleural esquerdo de 200 cc e degeneração albuminosa dos rins. Como esta criança chegou a sala da autópsia com as narinas sujas de sangue, é possível que tenha tido epistaxia ou vômito sanguinolento. Infelizmente como não foi vista por médico no momento do óbito não se pode estabelecer com segurança a origem desse sangue.

DR. ROXO NOBRE — Isto não alteraria as condições da medula óssea.

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — Mas justificaria o estado extremo de anemia apesar do hematológico favorável poucos dias antes.

DR. HUMBERTO TORLONI — Está em discussão o relatório anátomo-patológico.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Queria que se mostrasse microscopicamente os efeitos da radioterapia.

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — Isso não é possível. Os fatos verificados são os seguintes: essa criança clinicamente tinha um abdômen distendido. Volumoso. Foi feita radioterapia, havendo redução considerável do abdômen, mais tarde foi operada e a peça cirúrgica mostra extensa área de necrose, já com formações císticas. Entretanto essas alterações não podem ser atribuídas a radioterapia.

DR. LEOPOLDO A. AGUILAR — O problema de que o tumor respondeu ou não à radioterapia praticamente formulei-o eu. E não cito nada mais do que diz o prontuário, que não relata, do ponto de vista anátomo-patológico, lesões causadas pela radioterapia. Então creio que aqui não cabe dizer que existe, já que não está escrito no laudo, nem microscopicamente nem macroscopicamente. Se temos uma peça de tumor de Wilms, registrada tal como está, isto não significa que tenha tido necrose radioterápica, já que os numerosos cistos que se formam na evolução normal de um tumor confluem e se reabsorvem. Na parte superior da peça se veem cistos que normalmente ocorrem nos tumores. São cistos enormes, que posteriormente entram em reabsorção.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Não estou de acordo com o dr. Leopoldo porque já se viu por acaso, uma tumoração de Wilms, sem irradiação, diminuir à metade?

DR. ROXO NOBRE — Mais do que à metade, neste caso. Reduziu-se à quarta parte.

DR. SALIM ZEQUI — Queria saber se nesses tumores foram encontrados elementos condroides e ósseos.

DR. FERNANDO GENTIL — Queria perguntar ao dr. Jesus se por acaso, no momento do exame histopatológico das lâminas, estava sabendo do fato de essa paciente ter sido irradiada.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Tenho a impressão de que não porque a ficha não diz. Isto entretanto não importa, porque existem outras alterações que podem ser atribuídas à radioterapia como, por exemplo, as arteriais, que são constantes em outros órgãos irradiados, como se verifica no útero.

DR. ROXO NOBRE — Temos a impressão de que estamos insistindo num aspecto não obrigatório, isto é, no fato de que um tumor que regride sob o efeito da irradiação ter ou não que apresentar áreas de necrose. Mas o aspecto de destruição por meio da irradiação não é só um aspecto necrótico. Por isso chamo a atenção para o fato de que grande parte dos elementos celulares destruídos ou eliminados não deixaram atrás de si aspecto necróticos obrigatório. Podem não deixar. Só a eliminação tumultuosa que se faz pelos agulhamentos de radium é que deixa pequenas zonas de necrose. A irradiação externa não leva a alterações dessa natureza. As alterações celulares também têm aspecto degenerativo. Não acredito na hipótese de um tumor regredir a cerca de 1/4 de suas dimensões primitivas, exclusivamente à custa do desaparecimento do edema e processos flogísticos.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREIA — Há outra coisa interessante sobre os casos de tumor de Wilms no hospital: é o fato de apresentarem eosinofilia muito grande, relativa e absoluta. Numa criança apreciei uma coisa interessante: à medida que ia sendo irradiada, caía a eosinofilia. Suspensa a

irradiação, o quadro hematológico começou a voltar para o tipo primitivo: leucocitos com eosinofilia crescente. Foi submetida à cirurgia e no dia seguinte caiu bruscamente o quadro. E esse quadro permaneceu alguns dias, começando a seguir a retornar o aspecto anterior. O quadro foi portanto semelhante, do ponto de vista hematológico. O que há de interessante neste caso é que as necroses tumorais, em geral, dão tendência para a eosinofilia. Neste caso, em que houve a irradiação, parece-me que isto desmentiu um pouco, se é que necrose de irradiação, como diz o dr. Leopoldo, é uma necrose de tipo diferente.

DR. HUMBERTO TORLONI — Para encerrar a sessão, queria dizer que a peça total media 12 x 7, 5 x 4,5 cm. A massa tumoral propriamente dita, fora o rim, media 7 x 3 cm. No primeiro exame físico mencionado aqui não há mensuração do tumor. Diz apenas que chegava a 15 cm. no seu maior eixo. Assim é difícil apreciar o que seria o volume real do tumor.

O que foi sugerido de prático nesta reunião cabe ao dr. Perez. É uma sugestão oportuna, no sentido de a Anatomia Patológica fazer a revisão deste caso, junto com os outros três ou quatro casos de Wilms apurados, e verificar se a radioterapia está ou não agindo. Pois, se não estiver agindo é armarmos de melhores técnicas.

Quanto a questão da correlação de aspectos macroscópicos com alterações radiológicas, não estamos ainda aparelhados para resolver. Infelizmente não estamos em condições de responder à pergunta do dr. Jesus. Porém o caso vai ser revisto, porque pensamos, como diz o dr. Gentil, que só se encontra aquilo que se procura e se quer achar.

DR. ROXO NOBRE — Acho muito oportuna a indicação de que se revejam os casos. Agora, acho que não podemos condicionar a orientação radioterápica à técnica histológica. A evolução clínica justifica por si só o tratamento. É justo que se faça a revisão, mas não se condicione a orientação terapêutica às primeiras lâminas que se estudarem, ao estudo microscópico dessa estrutura.

DR. HUMBERTO TORLONI — Volto a insistir: a radioterapia é no momento uma terapêutica bastante eficaz. Mostra a sua eficácia em outros tumores. Tem mostrado o que é capaz de produzir. Ora, se se imputa a um tratamento a redução de um tumor, e se não temos elementos morfológicos para demonstrar isto, não podemos subscrever um laudo anátomo-patológico afirmando que houve regressão do tumor por ação da radioterapia.

DR. ROXO NOBRE — Acho que só há uma maneira de se esclarecer a situação: a biópsia prévia e posterior, porque o fato de olhar para um tumor irradiado e adivinhar o que dele desapareceu não me parece suficiente.

DR. HUMBERTO TORLONI — Dr. Roxo, há necrose e substituição de tecido. No local fica alguma coisa.

DR. ROXO NOBRE — Acho que um tumor que regride à quarta parte não deixa dúvida de espécie alguma sobre a eficácia do tratamento.

DR. FERDINANDO COSTA — Acho que neste caso não se pode diferenciar a necrose da radioterapia, da necrose própria do tumor. É um tumor que não sofreu irradiação tão intensa como comumente encontramos nas irradiações do colo uterino, e não teve tempo suficiente para manifestar alterações típicas radioterápicas.