

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

184.^a Reunião Anátomo-Clinica - (5/2/59)

Carcinoma espinho-celular do terço médio do esôfago com metástases gástricas, operado

Presidente: Dr. Eloy Parisi — Chefe do Serviço de Clínica Médica.

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

Relator: Dr. Antônio Amorim — Titular do Serviço de Cirurgia do Tórax e Estômago.

Comentador: Dr. Fernando Gentil — Chefe do Serviço de Cirurgia Pélvica e de Membros.

Necroscopista: Dr. Aché de Freitas — Titular do Departamento de Anatomia Patológica.

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

CASO CLÍNICO (Registro n.º 58.2235)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

A.A. — 56 anos, masculino, casado, brasileiro, branco, servente de pedreiro.

CONSULTA — 6 de setembro de 1958.

QUEIXA PRINCIPAL — Dificuldade para ingerir os alimentos.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL — Há 2 meses começou a sentir dificuldades para ingerir alimentos sólidos, que pareciam parar na parte média do tórax. Pouco tempo depois, nem mesmo os alimentos pastosos conseguiam passar. Limitou-se daí por diante a alimentar-se com líquidos. Acusa dor na altura do terço médio do esterno, referindo também sialorréia e emagrecimento discreto. Apresenta uma radiografia do esôfago, feita em outro Serviço, com o diagnóstico de “Câncer do terço médio do esôfago”.

ANTECEDENTES FAMILIARES — Mãe falecida de câncer do estômago.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Era

alcoólatra e fumante inveterado. Deixou de beber há 10 anos.

EXAME FÍSICO GERAL — Aspecto geral bom. Mucosas descoradas. Pêso 60 kgs. Altura 1,70 cms.

APARELHOS RESPIRATÓRIO E CÁRDIO-VASCULAR — Diminuição do murmúrio vesicular na região inter-escápulo-vertebral direita. Diminuição à percussão do som claro-pulmonar na mesma região. *Frequência Respiratória* — 19 por minuto. *Aparelho cárdio-vascular*, clinicamente normal. *Pressão Arterial*: Mx. 130, Mm 80. Pulso: 80 por minuto, rítmico.

ABDÔMEN — Ausência do tumor palpável — Fígado e baço em seus limites normais. Não existem pontos dolorosos à palpação.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA — Câncer do terço médio do esôfago.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS: 1) Bron-

coscopia — Na parede posterior do brônquio esquerdo, pequeno ponto esbranquiçado de aspecto não tumoral, onde foi praticada uma biópsia. 2) *Esofagoscopia* — Luz do esôfago parcialmente obstruída a 25 cms da arcada dentária. Foi praticada a biópsia. 3) *Biópsia pré-escalênica direita*.

RESULTADOS DAS BIÓPSIAS: 1) *Brônquio* — Ausência de tumor. 2) *Esôfago* — Carcinoma espino celular. 3) *Gânglios pré-escalênicos* — Ausência de neoplasia.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR — Em 16-9-58.

EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS: 1) *Radiológico de Tórax* — Transparência normal dos campos pleuro-pulmonares. Alongamento aórtico. 2) *Hematológico* — Leucócitos 7.900; Bastonetes, 11; Segmentados, 63; Eosinófilos, 4; Linfócitos, 14; Monócitos, 8; Granulações tóxicas; Hemácias, 4.700.000; Hemoglobina, 96%; Hematócrito, 34%; Valor globular, 1,0; Volume médio 72 u 3; Hemossedimentação 50 mm; Tempo de Sangria 1'30"; Tempo de coagulação, 10'. 3) *Urina* — Densidade 1022; Urobilinogênio presente; Raras hemácias no sedimento. 4) *Químico de Sangue* — Uréia, 35 mg%; Glicose, 95 mg%; Proteínas totais, 6,6 gr%; Serina, 3,4 gr%; Globulina, 3,2 gr%; Índice S/G; 1,0; Fósforo, 3,2 mg%; Fosfatase alcalina, 2,8 Unidades Bodansky %.

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO — Dieta líquida e pastosa hiper-protéica — Medidas para estabelecer equilíbrio hídrico e eletrolítico. Antibióticos, vitamina E e complexo B. Preparo intestinal com sulfatil (4 gr, por dia).

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA — Em 25-9-58. Esofagectomia total + gastrectomia total + pancreatectomia parcial + esplenectomia. Anestesia geral com intubação traqueal. Tóraco-laparotomia. À exploração foi verificado, além da neoplasia esofagiana, grande tumor do fundo gástrico, com aderências no baço e pâncreas. Foi praticada a mobilização do esôfago por via torácica direita, sendo o órgão seccionado no seu segmento cervical por acesso na região lateral direita do pescoço.

O coto esofagiano foi suturado aos lá-

bios da pele da própria incisão. Completou-se a ressecção com a gastrectomia total adicionada de esplenectomia e pancreatectomia parcial. Isolou-se um segmento da primeira porção da alça jejunal, que foi anastomosado ao duodeno, derivando-se a outra extremidade pela parede abdominal. Êntero-anastomose término-terminal do jejuno. Sonda de Fowley na jejunoanostomia.

Durante o ato cirúrgico foram administrados 1.900 gramas de sangue. Duração da operação: 5 hs. 40'.

PÓS-OPERATÓRIO — À noite do dia da operação, apresentava-se com extremidades frias. Pressão arterial: 80 x 60. Pulso: 120 por minuto, arritmico. Foi feito soro glicosado (500 cm³) com noradrenalina. Em 26-9-58: Sudorese e extremidades frias. Pressão arterial 80 x 60. Pulso taquicárdico e filiforme. Diurese 1.340 cm³ Temperatura 37°. Transfusão de 500 cm³ de sangue. 4 litros de soro glicosado a 5%.

Em 27-9-58 — A drenagem torácica estava funcionando bem. Exame físico dos pulmões nada revelou. Pressão arterial: 100 x 60. Temperatura: 37,8°. Diurese: 1550. Administrados 500 cm³ de sangue e 2.000 de soro glicosado a 5%.

Em 28-9-58 — Retirado o dreno do tórax. Verificou-se que houve necrose parcial do coto esofagiano ao nível do pescoço. Temperatura: 38°. Diurese: 1.100 cm³. Iniciou-se a alimentação pela sonda jejunal.

Em 29-9-58 — Evacuou. Houve refluxo pela sonda jejunal. Temperatura: 38,6°. Diurese: 1.160 cm³. À noite apresentava abdômen distendido. Foi colocada sonda retal. Soro glico-fisiológico: 1.000 cm³.

Em 30-9-58 — Melhorou. Temperatura: 36,8° Diurese: 850 cm³, 1.500 cm³ de soro glicosado.

Em 1-10-58 — Palidez, sudorese, extremidades frias, abdômen doloroso com defesa, ausência de ruídos intestinais. Temperatura: 36,8°. Pressão arterial: 80 x 60. Bulhas cardíacas abafadas e fracas. Foi feito o diagnóstico de peritonite por provável deiscência da anastomose jejuno-duodenal. Foram feitos 500 cm³ de sangue e 1.000 cm³ de soro fisiológico com noradrenalina. Às 22 horas o paciente estava obnubilado, não respondendo a perguntas, pulso imperceptível, extremidades frias,

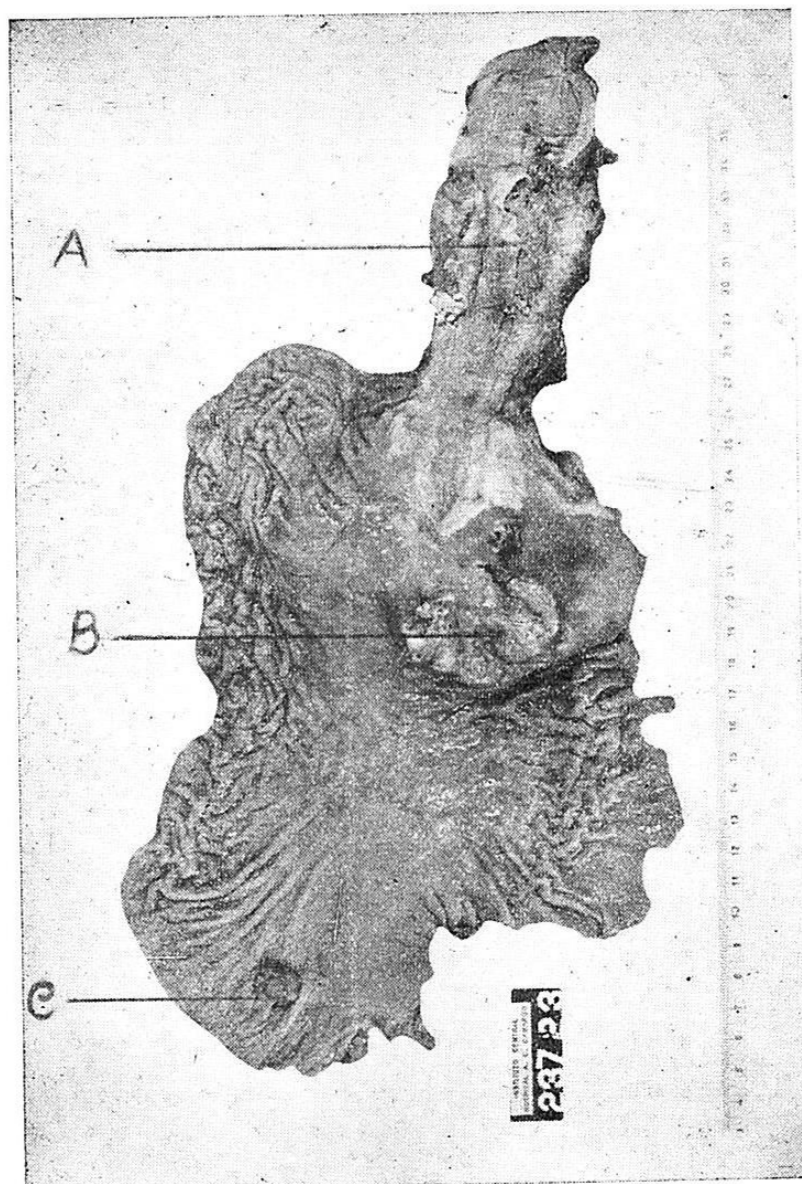


FIG. 1 — Reg. n.º 58.2235 — Neg. n.º 7068 — Peça operatória constando do esôfago, estômago, baço e pâncreas. Aspecto da mucosa onde se vê: A) carcinoma espinocelular ao nível da parte média do esôfago; B) metástase de carcinoma espinocelular na parede gástrica junto ao cárdia; C) pólipso adenomatoso do estômago, na região pré-pilórica.

sudorese intensa. Pressão arterial não audível.

Em 2-10-58 — (7.º dia pós-operatório) — Morte pela manhã.

EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO DA PEÇA OPERATÓRIA — *Macroscopia* — Peça cirúrgica representada por estômago, esôfago, parte de pâncreas e baço, medindo, em seus maiores diâmetros, 35 x 17 x 6 cms. Grande tumor na região do cárdia, ulcerado, medindo 7 x 8 x 6 cm. Mucosa gástrica apresentando pontilhado hemorrágico ao redor do tumor. Há ainda na região pilórica um pólipso, de cor vinho, com 2 cms de diâmetro. Na parte média do esôfago há uma tumoração ve-

getante e ulcerada, que oblitera parcialmente a luz do órgão e está situada a 8 cm do tumor gástrico e a 4,5 cm da porção proximal do esôfago.

MICROSCOPIA: A) Neoplasia epitelial maligna do esôfago, constituída por elementos poliédricos agrupados em cordões ou ilhotas, que se infiltram através de toda a parede, ultrapassando os limites anatômicos do órgão. Existem áreas de queratinização com a formação de pérolas córneas. B) O grande tumor gástrico apresenta as mesmas características morfológicas do blastoma encontrado no esôfago. C) A formação polipóide da região pilórica é constituída por elementos epiteliais,

apresentando arranjo glandular. D) O bago apresenta áreas de hemorragia recente assim como hiperplasia da polpa branca. E) O pâncreas evidencia extensas áreas de fibrose, que invadem os lóbulos pancreáticos, com formação de pequenas cicatrizes na intimidade dos lóbulos. F) Não foram encontradas metástases em 35 nódulos linfáticos examinados.

DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICOS (Peça Operatória)

ESÔFAGO — Carcinoma espinocelular queratótico.

ESTÔMAGO — Metástases de carcinoma espinocelular + pólipos adenomatosos.

BAÇO — Hematoma sub-capsular.

PÂNCREAS — Pancreatite crônica inespecífica.

GÂNGLIOS — Linfadenite crônica inespecífica.

DIAGNÓSTICO DO SERVIÇO DE TÓRAX E ESTÔMAGO

ANATÔMICOS — Carcinoma espinocelular do terço médio do esôfago com metástase no estômago.

Pólipo pré-pilórico.

Peritonite por deiscência de anastomose intestinal.

CAUSA MORTIS — Colapso tóxico-infeccioso.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR (Dr. Antônio Amorim)

ANATÔMICOS — Carcinoma espinocelular do 1/3 médio do esôfago com metástase gástrica.

Pólipo pré-pilórico.

Deiscência da anastomose entre o duodeno e a alça isolada do jejuno?

Peritonite?

Jejunostomia.

CAUSA MORTIS — Colapso tóxico-infeccioso?

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. FERNANDO GENTIL — O Serviço de Estômago está de parabéns, porque o caso foi bastante bem conduzido, não só no pré como no trans e no pós-operatório.

Quanto ao pré-operatório, faria somente um pequeno reparo no que concerne ao preparo do in-

testino, porque a quantidade de sulfas — é verdade que não tenho o peso do paciente — parece-me insuficiente. Ele tomou somente 4 g de Sulfatol por dia. Mas, se o paciente estava emagrecido, talvez essa quantidade fosse suficiente, de maneira que, não dispondo do peso, é difícil termos a certeza de que essa crítica procede ou não.

Também, verificando o pré-operatório, o prontuário revela que durante dois dias o paciente foi super-hidratado. Isto por um lado se explica, porque no hemograma inicial havia uma hemoconcentração, assim como a diurese estava diminuída. Acredito que, baseado nesse achado, o Serviço de Estômago, além da quantidade ingerida pela boca, que passou a ser de 3 litros, adicionou um litro de soro, perfazendo portanto um total de 4 litros — o que é um pouco exagerado. Mas, como o paciente estava com hemoconcentração, talvez fosse essa a razão de tal conduta.

No que se refere ao transoperatório, queremos comentar o seguinte — O paciente foi levado à mesa com o diagnóstico de câncer do terço médio do esôfago, comprovado por biópsia; através da toracotomia direita, com o paciente em posição de decúbito lateral esquerdo, toracotomia essa feita através do 5.º espaço intercostal, o Dr. Amorim encontrou, além da lesão esofágica propriamente dita, por palpação através do diafragma, outra massa, que estava localizada no estômago. Apesar disso, foi feita a esofagectomia total, já se sabendo todavia que, por via abdominal, iria ser encontrado provavelmente outro tumor, ou uma metástase localizada no estômago. Assim, após a toracotomia e após a feitura da esofagostomia cervical, o paciente foi laparotomizado, constatando-se outro tumor, com a massa localizada no terço superior do estômago. Devido, a isso, foi então o cirurgião obrigado a fazer uma gastrectomia total, com esplenectomia e pancreatectomia parcial, dada a extensão do tumor gástrico. Seguiu-se o isolamento da alça do jejuno, que foi anastomosada ao duodeno e abocada à pele, seguindo-se a anastomose término-terminal, para restabelecimento da continuidade intestinal.

Acho que aqui é que existem dois pontos passíveis de discussão. O primeiro seria: como a localização do tumor gástrico era alta, não seria possível deixar um coto prepilórico do estômago, que seria abocado à pele? Isso diminuiria em muito este é pois um ponto que, na minha opinião, podia ter sido verificado pela abertura do estômago. to a magnitude da cirurgia que foi levada a efeito.

O outro ponto é o que diz respeito à feitura da anastomose jejuno-duodenal. No fim de uma operação que deve ter durado quatro a seis horas, essa anastomose é feita de maneira um pouco precária, porque o cirurgião está cansado. Essa manobra, pois, não é feita com cuidado e facilidade como quando se está iniciando uma operação. Por conseguinte, o risco de uma falha torna-se maior. Talvez fosse mais aconselhável levar o jejuno, sem nenhuma anastomose, ao ponto mais alto possível, para, num segundo tempo, restabelecer-se a continuidade entre ele e o esôfago.

Acho que o Prof. Prudente tem um caso um pouco semelhante a este, caso com sobrevida de vários anos. Poderá ele depois nos dar alguns esclarecimentos. Esses casos de lesões duplas, em que se pratica a ressecção, constituem realmente uma raridade e ninguém tem experiência grande para poder programar um plano operatório baseado em casos anteriores. No pós-operatório nada temos a assinalar ou a criticar. Parece-me que foi bem conduzido.

E, no que se refere ao diagnóstico, acho que realmente o paciente veio a falecer de colapso tóxico-infeccioso, causado por uma peritonite, provocada por uma fistulização entre, segundo me parece mais provável, a anastomose do jejuno com o duodeno.

DR. ELOY PARISI — O Dr. Jacy, nosso radiologista, impedido de comparecer, mandou a notícia de que a radiografia do tórax, tirada mais ou menos um mês antes do falecimento do paciente, nada apresenta digno de nota. A radiografia do esôfago foi feita em outro Serviço.

DR. ANTÔNIO AMORIM — Respondendo ao Dr. Gentil, quero esclarecer que no momento em que abri o estômago, verifiquei além do tumor da parte alta um segundo nódulo na região prepilórica, cuja natureza eu não podia determinar no momento, suspeitando ser também metástase. Mas, mesmo que soubesse ser um pólipo, teria indicado a gastrectomia total, para evitar uma possível gastrulação.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Realmente, tive um caso muito parecido com este. Do ponto de vista técnico, a solução dada foi um pouco diferente. Acho que a sutura do jejuno e do duodeno é mais precária com alça livre, do que uma simples derivação do jejuno e uma anastomose jejuno-jejunal término-lateral, que foi feita naquele caso operado há uns quatro anos. Encontramos situação semelhante: câncer do esôfago com concomitância de tumor no estômago. O curioso é o seguinte: apesar do aspecto cirúrgico, que era de um tumor maligno no estômago, não se tratava de neoplasma. Era um abscesso, com a formação de tecido fibroso muito denso. Era um tumor bastante grande, do tamanho de um limão, o que nos levou a pensar que seria um segundo tumor maligno. Por isso fizemos a gastrectomia total. Realmente, esses tumores fixados ao pâncreas são muito difíceis de ressecar. E, admitindo-se que seja um tumor maligno, deve-se dar ao doente uma garantia maior, nestas condições. Atualmente estamos poupando parte do estômago, que aproveitamos para reconstrução do trânsito. A meu ver, o ponto fraco nesta intervenção é realmente isto: considero qualquer anastomose duodeno-jejunal término-terminal sempre mais precária do que a jejuno-jejunal. Nesta última, não há necessidade de excluir a alça. Basta seccionar o jejuno, derivando para o exterior a parte distal e anastomosando a parte proximal do jejuno abaixo da derivação. Esta última anastomose, em nosso caso foi feita látero-lateral.

Para melhor esclarecer os colegas, queremos ainda relatar que, em nosso caso, foi feito mais tarde um esôfago cutâneo pré-torácico, estando o paciente assintomático há 4 anos, trabalhando em perfeitas condições.

Quanto a "causa-mortis" do caso presente, o que é mais provável, é mesmo a deiscência da anastomose ao nível do jejuno com o duodeno.

DR. ALFREDO ABRÃO — Quero chamar a atenção para os exames de sangue que constam do prontuário. Esse paciente apresentava 96% de hemoglobina. Fazia dois meses que só se alimentava de líquidos. Apresentava, ao exame clínico, mucosas descoradas. Assim, não creio na validade do exame hematológico e fico com o clínico. Clinicamente o paciente devia estar anêmico.

DR. HUMBERTO TORLONI — Em que data foi feito esse hemograma?

DR. ANTÔNIO AMORIM — Em 17 de setembro. O doente foi operado em 25 de setembro.

DR. HUMBERTO TORLONI — Portanto, oito dias antes da operação.

DR. PAULO VARGAS — Acho que não seria necessária uma deiscência da sutura para causar morte por peritonite. Esse homem, com 1,70 de altura, pesava 60 kg. Seu estado geral devia ser muito precário e a amplitude cirúrgica foi muito grande. Acho que a agressão sofrida foi excessiva. Mas não sei se valeria a pena outra conduta. Não sei qual a "chance" que o doente teria com outra conduta. Parece-me, contudo, que só essa cirurgia já seria suficiente para propiciar a morte do doente. A radiografia torácica foi tirada com um mês de antecedência, de modo que não se tem nenhum dado posterior sobre a parte torácica. Assim, com esse estado geral e com a agressão cirúrgica, pode ter havido alguma complicação pulmonar, sem dados clínicos.

DR. HUMBERTO TORLONI — Aqui há, no exame físico, uma referência (lê): "Diminuição do murmúrio vesicular na região L.E.V.D." E esta observação foi feita mais ou menos no dia 16 de setembro. Há portanto este dado, achado não sei se pela Clínica Médica ou pelo Serviço Cirúrgico.

DR. ANTÔNIO AMORIM — Pelo Serviço Cirúrgico. Justamente por causa desse dado foi pedida a radiografia do tórax.

DR. HUMBERTO TORLONI — Qual a importância que foi dada a esse achado? Ou o Dr. Amorim anula esse dado?

DR. ANTÔNIO AMORIM — Em vista do exame clínico feito pelo Dr. Mósés, foi solicitada a radiografia do tórax. Como esta nada revelou, não demos valor nenhum a esse achado.

DR. ACHÉ DE FREITAS — O hematológico mostrou 11 bastonetes. E um desvio à esquerda. Não fala isso também a favor de um processo in-

flamatório, junto com aquela temperatura de 38,5, que foi relacionada com o soro tomado pelo paciente? E essa diminuição do murmúrio vesicular não é também favorável à hipótese de um processo inflamatório pulmonar?

DR. ANTÔNIO AMORIM — Havia pensado numa possível relação entre esse desvio para a esquerda e o processo pulmonar. Mas, devido à radiografia nada ter revelado na parte respiratória, atribuí isso exclusivamente às alterações infecciosas do próprio tumor, o que é suficiente para dar um desvio à esquerda. Há uma explicação para justificar o uso de uma alça livre de jejuno. Pratiquei-a pensando numa reconstrução posterior. Aliás é um método aconselhado por muitos. Eu mesmo tenho dois ou três casos de interposição de alça por gastrectomia total, que evoluíram bem. Foi esse o meu raciocínio no momento. No final da operação, pensando na recuperação do paciente, julguei que fosse essa a melhor conduta. Não deu certo, mas poderia dar.

DR. HUMBERTO TORLONI — O Dr. Amorim, quando palpou o estômago, sentiu o pólip, sem vê-lo?

DR. ANTÔNIO AMORIM — Dava para sentir bem, porque, o pólip tinha 2 cm.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Queria fazer um comentário em relação às palavras do Dr. Paulo. Já tive um caso que resistiu bem e cujo estado geral era muito mais precário, porque se tratava de um homem de 1,57 m, com um peso de 38 kg quando foi para a mesa. Está vivo até hoje, há quatro anos. Assim, o antecedente também vale. Naquele primeiro caso era mais difícil tomar uma resolução. Mas, como esse meu caso evoluiu bem, o fato influiu no espírito do Dr. Amorim, levando-o a ampliar a operação.

DR. HUMBERTO TORLONI — Mas o Sr. mesmo declarou que o doente tinha câncer de esôfago e massa tumoral gástrica, que depois provou não ser neoplasia. Tenho a impressão de que não deve ser feita a comparação, porque o caso presente era de câncer de esôfago bastante extenso, com metástase gástrica maior, correspondendo a dois cânceres que estavam exaurindo o indivíduo. O seu é o único caso que temos, mas fazendo a comparação, devemos considerar que, neste caso, o câncer gástrico estava depauperando o indivíduo mais violentamente do que no seu caso.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — O câncer de esôfago por si só é suficiente para levar à caquexia. O achado de um segundo tumor, no estômago, cria uma situação muito difícil para o cirurgião. Qualquer que seja a natureza do 2.º tumor, dificilmente mudaria a orientação do cirurgião.

DR. HUMBERTO TORLONI — Este caso tinha uma metástase gástrica. É um caso excepcionalmente interessante. Este caso é bem pior do que o seu. O doente tinha um C.E.C. de esôfago, metástases de C.E.C. no estômago e tinha um pólip justo-pilórico. Portanto, três tumores, sendo dois iguais entre si. No seu caso, apesar de o "tumor" gástrico ser maior, era inflamatório. Porque, se tivesse um câncer gástrico, duvido que estivesse vivo até hoje.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — É difícil afirmar isso, porque o câncer que ele tinha no esôfago era estenosante. O Dr. Torloni deve lembrar-se da peça. A lesão no estômago era curiosa. Era um tumor grande, fixado ao pâncreas. Tanto, que tive que ressecar o pâncreas. E foi uma surpresa quando veio o resultado: processo inflamatório. Provavelmente era um abscesso. Mas era uma massa grande. Medida 6 ou 7 cm na parte alta do estômago. Acho que não se trata de dar maior ou menor valor ao resultado obtido em meu caso. O que importa é justificar uma orientação técnica diante de um achado operatório de exceção.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETTO — Quanto a "causa mortis", o Dr. Paulo teve alguns comentários. Tínhamos dados suficientes para pensar numa deiscência. O indivíduo teve peritonite. Quanto à extensão da operação, estou com o Dr. Amorim. Não poderia ter sido feita outra coisa. O estado do doente não era mau. Ele não estava desidratado, porque tinha diurese normal. Assim, estes exames correspondem à realidade. Em terceiro lugar, quanto à anastomose do duodeno, achei que foi uma orientação muito certa, porque todos nós sa-

bemos que a passagem do alimento pelo duodeno é muito mais funcional. Todos os cirurgiões estão de acordo com isso. Acho que a anastomose de uma alça com o duodeno dá muito bom resultado, embora possa uma vez ou outra falhar, principalmente neste caso, em que não se teve que dissecar o duodeno. Neste caso a anastomose ficou boa e eu acho que ele fez muito bem em tentar essa anastomose.

DR. ELOY PARISI — A respeito da conduta cirúrgica, não estou em condições de fazer comentários. Em todo o caso, faria uma pergunta: dada a possibilidade de se ter outro tipo de alterações no estômago, que não a tumoral, não se poderia, antes de ampliar a cirurgia, fazer a verificação "in loco", para ver se convinha ou não a ampliação? O Dr. Amorim palpou uma massa que era um pólip. O Prof. Prudente palpou um processo que era inflamatório. Se fosse possível verificar, e na hipótese de não ser um câncer, evidentemente me parece mais conveniente ao doente que a operação fosse feita então em dois tempos. No que diz respeito à diminuição do murmúrio vesicular, fica-se na dúvida sobre se existia ou não. Se existia, estou mais propenso a pensar que se devia à presença do tumor esofágico naquela região, dando como resultado uma menor ventilação pulmonar. Parece-me não haver nenhum outro dado propedêutico de doença pulmonar, nada tendo a radiografia do tórax mostrado de importante. Saber se esse doente estava ou não desidratado é um pouco difícil. Há dados a favor e contra. O fato de ter tido emagrecimento discreto e o fato da ausência de edema nos deixaria em certa dúvida. Isso teria muita importância se se pudesse saber exatamente. Lembremos que um edema, ainda que inaparente, pode corresponder a 3 a 4 kg. E isto é demonstrado pela queda das proteínas. Então, a diminuição de peso seria em parte compensada pela retenção de líquido.

Temos ainda outro dado contraditório: o exame clínico, que diz "mucosas descoradas", e um hematológico praticamente normal, apenas com desvio à esquerda na série branca, o que deve estar certamente correndo por conta da infecção do tumor esofágico. Aí reside uma dúvida muito importante, porque, se esse doente estivesse desidratado e mal alimentado, isto é, com proteínas mais baixas, e este resultado de hemoconcentração fosse falso (inclino-me mais para este lado, porque o doente se mantinha com má nutrição há dois meses), então entraria um fator importantíssimo no pós-operatório: além da extensão da operação; além de o doente ser estilista antigo e portanto ter sob suspeita a sua situação hepática, embora disto não se tenham provas funcionais; é evidente então que haveria as maiores dificuldades no sentido de se refazer a situação protéica. Mas a verdade é que houve uma amplitude cirúrgica de tal ordem que diminuiu sensivelmente o nível do proteínas, que seria um fator importantíssimo na reconstrução destes setores, além da possibilidade de formação de edema. Daí dificultar-se mais a anastomose e chegar-se a este quadro que, pelo resumo, levou à morte por peritonite. O doente teve todos os sinais de peritonite, isto prematuramente, antes que passasse o tempo habitual de aparecimento da deiscência de sutura intestinal. O que teve, a meu ver foi choque infeccioso, que, depois de instalado, é praticamente impossível de ser removido.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS (AUTÓPSIA)

MOLÉSTIA PRINCIPAL — Carcinoma de esôfago, operado. Peritonite fibrino-purulenta generalizada.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS — Carcinoma de esôfago, operado.

Deiscência da sutura da anastomose duodeno jejunal.

Peritonite fibrino-purulenta generalizada.

Ausência cirúrgica dos 2/3 inferiores do esôfago.

Ausência cirúrgica do estômago.

Ausência cirúrgica do baço.

Ausência cirúrgica de porção do pâncreas.

Jejunostomia.

Esofagostoma torácico.

Anastomose jejuno-duodenal término-terminal.

Anastomose jejuno-jejunal término-terminal.

Broncopneumonia no lobo inferior direito.

Enfisema dos ápices.

Trombose dos pequenos ramos da pulmonar bilateral.

Pleuriz bilateral.

Bronquite crônica.

Bócio colóide simples.

Hipertrofia mioadenomatosa da próstata.

Coração do tipo atrófico-hipertrofico.

Esclerose coronariana em início.

Cistos de retenção urinária.

Congestão passiva crônica dos rins.

Congestão passiva crônica do fígado e peri-colangite.

Congestão passiva crônica das suprarrenais.

Adenoma cortical das suprarrenais.

Cicatriz cirúrgica paramediana abdominal anterior.

Cicatriz cirúrgica vértebro-mamária D.

Amigdalite críptica purulenta.

CAUSA MORTIS — Colapso Tóxico-Infeccioso.

DISCUSSÃO DO RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

DR. ACHÉ DE FREITAS — Estamos diante de um caso de câncer de esôfago, que foi operado, cuja autópsia não apresenta muita coisa de interesse. Vamos verificar, nessa peça aberta na Anatomia Patológica, a existência de um tumor no terço médio do esôfago, uma zona de mucosa sã, uma metástase no estômago e, na região pilórica, uma formação poliposa que, anatomopatologicamente, confirmou ser um tumor benigno. Já, com relação a essa metástase no estômago, é evidente que se trata de uma permeação linfática e não de metástase por implantação de células tumorais.

A autópsia propriamente dita nos mostra um aspecto muito interessante, na base do pulmão direito: um processo de broncopneumonia em fase de hepatização cinzenta. Conversando com o Dr. Paulo, da Clínica Médica, sabemos que essa fase de pneumonia pode ter uma evolução de até 12 dias, de modo que essa broncopneumonia deve ter sido anterior, provavelmente, ao ato cirúrgico. Mas não podemos afirmar esse fato com absoluta certeza.

Com relação ao mecanismo da morte, fizemos o seguinte esquema (gráfico). O indivíduo tinha carcinoma do esôfago. Veio a este Hospital e foi submetido a uma operação. Esta operação condicionou uma deiscência da sutura. E esta deiscência da sutura levou à formação de uma peritonite. A perito-

nite, a um colapso tóxico-infeccioso. E o colapso, à morte. Ao lado, nós temos uma broncopneumonia na base do pulmão direito, zona esta que corresponde perfeitamente àquela em que se verificou uma diminuição do murmúrio vesicular.

DR. ELOY PARISI — Não. No ápice.

DR. ACHÉ DE FREITAS — O lóbulo inferior do pulmão direito não corresponde a essa área? Praticamente todo esse lóbulo apresentava essa zona de broncopneumonia em fase de hepatização cinzenta. Se esse indivíduo já tinha pneumonia quando submetido à operação, não temos certeza. Também não temos certeza se a operação poderia ter levado à pneumonia. Mas, que essa broncopneumonia agiu também, cooperando para o colapso tóxico-infeccioso, para condicionar a morte, é óbvio.

DR. HUMBERTO TORLONI — Quanto à extensão dessa pneumonia. Localizava-se na base, no ápice ou em todo o pulmão?

DR. ACHÉ DE FREITAS — Todo o lóbulo inferior do pulmão direito apresentava essas zonas de broncopneumonia. O pulmão esquerdo nada apresentava. Pesava 410 g.

DR. HUMBERTO TORLONI — Esse doente foi operado pelo lado direito. É um fato que não deve ser esquecido.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETTO — Acho que esse doente não tinha nada, ao exame físico, que fizesse supor pneumonia. O que tinha era apenas uma diminuição do murmúrio vesicular ao nível do espaço interescápulo-vertebral e mais nada, isto é; na base não tinha nada. A impressão que eu tenho é que teve pneumonia depois da operação.

DR. FERNANDO GENTIL — Estou de pleno acordo com o dr. Batista. Acho que realmente essa pneumonia foi decorrência da intervenção. Mas gostaria de fazer uma pergunta ao dr. Aché. Ele especificou claramente que a metástase gástrica deve ter sido por disseminação linfática e não por implantação. Gostaria de saber por que faz essa afirmação. Tinha elementos microscópicos para fazê-la?

DR. ACHÉ DE FREITAS — Baseamo-nos em dados que os livros nos mostram. Apenas isso. O exame da peça foi feito pela dra. Ennize. Não sei se ela encontrou permeação linfática nessa zona. Acontece apenas que a literatura nos diz — os dados de Zan, de 1860 em diante, já confirmaram isso — que as metástases por implantação são menos prováveis.

DR. HUMBERTO TORLONI — O laudo anatomopatológico da dra. Ennize é bastante extenso. Alguns colegas o leram. Havia apenas um erro datilográfico, que foi corrigido: estava dito que este tumor gástrico metastático se encontrava na região pilórica, quando se devia ler "região do cardia". A dra. Ennize conseguiu dissecar 38 gânglios e nenhum deles apresentava metástases. Isto até certo ponto falaria contra a teoria apresentada pelo dr. Aché, de uma linfagite, de uma propagação por via linfática. Mas o fato é o seguinte: não foram feitos cortes seriados nestes 6 cm de mucosa aparentemente sã, entre o tumor esofágico e o tumor gástrico. Só poderíamos admitir a existência de outro mecanismo caso se fizesse um estudo bastante cuidadoso dessa mucosa aparentemente sã, porque sabemos que essa drenagem linfática é extremamente vasta. Dos 38 gânglios dissecados, 35 correspondem ao estômago, sendo 14 da pequena curvatura com 0/14, e 21 da grande, com 0/21. Acho muito plausível a idéia do dr. Aché. Não é experiência nossa. Não temos material para tanto, mas acho que o mecanismo mais provável seja o da disseminação linfática, já que o câncer de esôfago tem um extraordinário poder de permeação linfática. No hospital Santa Cruz foi feito um estudo especial numa peça de esôfago. Foram feitos cortes seriados de todo o órgão e se demonstrou a existência de êmbolos linfáticos a grande distância, estando a superfície da mucosa perfeitamente normal.

DR. FERNANDO GENTIL — É realmente uma suposição, mas não se pode afirmar de maneira tão formal. Lembrarei que é muito freqüente, quando se faz a ressecção de um câncer de reto-sigmóide, o aparecimento na linha de sutura, de recidiva. Isso não se dá por permeação linfática, mas pela manobra de mobilização do tumor, que lança uma maior

quantidade de células dentro da luz intestinal, células que encontram um obstáculo mecânico (a linha de sutura) e ali se localizam. Assim, acho que neste caso pode perfeitamente ter acontecido a mesma coisa. Vemos também com freqüência relativa, na clínica, pacientes, com câncer intraoral, do rinofaringe, da faringe, etc., apresentarem outros cânceres, de esôfago, estômago e intestino, isto é, metástases. É muito difícil explicar que um paciente, portador de câncer da faringe, apresente metástase de estômago ou intestino por uma disseminação linfática, quando se sabe que existem células despreendendo-se aos montes, principalmente durante a alimentação, células que podem dar um implante metastático. Esta é a minha crítica sobre afirmação tão categórica.

DR. PAULO VARGAS — Com respeito à broncopneumonia, há a considerar que o doente morreu sete dias depois da operação. Para a hepatização da pneumonia, o prazo é muito curto. Outro elemento que justifica a hipótese de o doente ter tido a pneumonia antes da operação é que a radiografia foi feita um mês antes.

DR. ANTÔNIO AMORIM — A do tórax, não. A do tórax foi feita uns seis dias antes.

DR. HUMBERTO TORLONI — Uma coisa que fala a favor dessa pneumonia ser pós-operatória é o lado em que se estabeleceu. Por isso perguntei: a via de acesso foi pelo lado direito? Esse pulmão foi muito traumatizado — digo isto sem querer desmerecer o cirurgião, pois isto é próprio da técnica cirúrgica — pelas manobras da operação. Por maior cuidado que se tenha, o pulmão sofre bastante. Assim, é lógico que o doente teve condições para uma broncopneumonia pós-operatória. Mas, evidentemente, não vamos resolver hoje os pontos de vista contrários a respeito.

DR. ALFREDO ABRÃO — Não tenho dúvida alguma de que essa pneumonia foi pós-operatória, porque é o grosso das complicações das toracotomias. Não é também pela manipulação dos pulmões que se dão as broncopneumonias, e sim por retenção ou aspiração das secreções. O paciente não expel as secreções, tossindo, por sentir dor. Então, não elimina. Retendo-se essas secreções, há proliferação dos germes e infecção pulmonar. Quanto ao tempo que leva para hepatização, não estou de acordo com o dr. Paulo, porque a broncopneumonia pode passar pela fase de hepatização e regredir em poucos dias. Tanto a broncopneumonia como a pneumonia lobar aguda, que podem ter evolução completa numa semana.

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — A propósito deste caso, quero lembrar que no fim do ano, por ocasião do nosso congresso neste Hospital, fiz um levantamento, sobre 38 casos autopsiados, mais 4 casos juntados (ao todo, portanto, 42). Em todos havia complicações pulmonares, broncopneumonia em várias fases de evolução, ou então abscessos. Foi a complicação pós-operatória que mais encontrei.

DR. ACHÉ DE FREITAS — Aliás os comentários dr. Abrão correspondem perfeitamente à descrição microscópica do pulmão.

DR. ELOY PARISI — Encerrando os nossos trabalhos, queria comentar a parte pulmonar. Estou inteiramente de acordo com o dr. Abrão. Na radiografia evidentemente não existe broncopneumonia. O paciente era um fumante. Deveria ter já uma bronquite tabágica, à qual se associou retenção de material, queda da resistência orgânica e instalação do processo broncopneumônico. O achado propedêutico não justificava, naquela altura, que se falasse em broncopneumonia. Uma broncopneumonia desta extensão tem que apresentar outros dados que não constam do prontuário. Assim, a broncopneumonia é decorrente de uma série de causas, já citadas. Deve ter sido mesmo uma broncopneumonia pós-operatória. Acho que o doente morreria de qualquer jeito, só pela peritonite. A broncopneumonia foi apenas o grito de misericórdia. Os cirurgiões poderão responder à seguinte pergunta: haveria conveniência, em casos semelhantes, de se verificar se o principal é realmente o tumor ou outra situação que permita uma espera, para recomposição do doente?

DR. ANTÔNIO AMORIM — Na parte que me toca, à palpação não tive dúvida de que se tratava de um tumor.

DR. ELOY PARISI — Não estou falando especificamente deste caso.

DR. ANTÔNIO AMORIM — Só posso responder a respeito deste caso. Há tumores que precisam ser verificados pela biópsia de congelação. Mas, quanto a este, eu não tinha dúvidas, porque o paciente tinha um tumor no esôfago. Aliás, no momento, pensando no caso do prof. Prudente, julguei que eram dois tumores.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Do ponto de vista clínico era tumor. E era tumor fixado no pâncreas, como no meu caso. O cirurgião, com biópsia de congelação, poderia ter apenas o seguinte resultado: há ou não malignidade. Mas essa informação nem sempre se obtém com a congelação. No meu caso a intervenção foi feita pelo lado esquerdo. Aberto o diafragma, o estômago já é mobilizado. Ora, tendo tudo à mão, fechar-se o corte para, num segundo tempo, retirar o tumor gástrico, não sei se seria aconselhável, mesmo porque a gastrec-

tomia complementar é relativamente fácil se as condições do paciente no momento são boas. Também há a considerar que a permanência do estômago com tumor complica o problema da derivação externa.

DR. SALVADOR SABINO — Seria contra-indicada a abertura no estômago num caso como este?

DR. ANTÔNIO PRUDENTE — Com isso não se evitaria a conduta seguida, pois mesmo fazendo biópsia de congelação, o seu resultado não modificaria essa conduta.

DR. SALVADOR SABINO — Acho que sim.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Não. A histologia com congelação nem sempre é conclusiva. Então ficaríamos com um tumor suspeito, fixado ao pâncreas? O cirurgião, quando chega a esse ponto, já está cansado. Tem que resolver o problema na hora e a biópsia de congelação inconclusiva tem menos valor que o achado macroscópico.