

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

185.^a Reunião Anátomo-Clinica - (12/2/59)

Carcinoma espino-celular do esôfago com metástases ao nível da pequena curvatura do estômago, irradiado e operado

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

Secretário: Dr. Humberto Torloni — Di-
retor do Departamento de Anatomia Patoló-
gica.

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

Comentador: Dr. Eloy Parisi — Chefe do
Serviço da Clínica Médica.

Necroscopista: Dra. Ennize de Moura Nu-
nes — Residente do Departamento de Ana-
tomia Patológica.

Redator: Prof. Antônio Prudente — Di-
retor do Departamento de Cirurgia.

CASO CLÍNICO (Registro n.º 57.2771)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

A. L. — 57 anos, feminino, branca, do-
méstica, viúva, brasileira.

CONSULTA — 17-11-57.

QUEIXA PRINCIPAL — Dificulda-
de para deglutir alimentos.

ANTECEDENTES FAMILIARES —
Irmão falecido por câncer do seio peri-
forme.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Re-
fere tomar líquidos muito quentes, princi-
palmente café e chá.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL
— Conta que repentinamente, há 30 dias,
começou a sentir impossibilidade de inge-
rir alimentos sólidos, tendo mesmo, inter-
mitentemente, dificuldade para deglutir lí-
quidos. Tem a sensação de um obstáculo
ao nível do epigástrio, sendo obrigada a
vomitar a maior parte do que ingere.

Acusa também intensa sialorréia e eructa-
ções. Diz ter emagrecido seis quilos.

EXAME FÍSICO GERAL — Aspecto
geral bom. Pêso 45 ks. Altura 1,46. Au-
sência quase total de dentes (sòmente qua-
tro). Mucosas pouco coradas.

Estrabismo (O.E.). Audição deficiente.

APARELHO CÁRDIO-VASCULAR —
Pulso: 100 batimentos por minuto, arrit-
mico — Pressão Arterial: 135/85. Extras-
sístoles freqüentes. Arritmia. Reserva car-
díaca diminuída.

APARELHO RESPIRATÓRIO — Ne-
nhuma anormalidade.

ABDÔMEN — Não foi palpado tumor.
Fígado a três dedos do rebôrdio costal, de
bordo e superfície lisos.

MEMBROS — Varizes dos membros
inferiores.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA — Câncer do Esôfago.

1.^a INTERNAÇÃO HOSPITALAR — Em 26-11-57.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS — 1) *Radiológico do Esôfago*: Estenose irregular numa extensão de 4 cm ao nível do terço inferior do esôfago, com alteração da mucosa e rigidez; 2) *Esofagoscopia*: Tumor estenosante do terço inferior do esôfago; 3) *Biopsia do Tumor do Esôfago*: Carcinoma Espino Celular; 4) *Biopsia pré-esclênica*: (direita e esquerda) — Ausência de tumor; 5) *Hematológico*: Leucócitos, 8.100; Bastonetes, 5; Segmentados, 65; Eosinófilos, 1; Basófilos, 0; Linfócitos, 20; Monócitos, 9; Hemácias, 4.150.000; Hemoglobina, 80%; Valor globular, 0,96; Hemossedimentação, 36; Tempo de sangria, 1'30"; Tempo de coagulação, 8'; 6) *Químico de Sangue*: Uréia, 30 mgr%; Glicose, 100 mgr%; Proteínas totais, 6,5 gr%; Serina, 4,0 gr%; Globulina, 2,5 gr%; S/G, 1,6; Fósforo, 4,6 gr%; Fosfatase alcalina, 2,0 unidades Bodanski. 7) *Urina*: Densidade, 1020; Urobilinogênio, 1/50; Raras células de descamação, raros leucócitos isolados, não há pus nem cilindros. 8) *Eletrocardiograma*: Taquicardia sinusal; Bloqueio A.V. do 1.^o grau; Hipertrofia ventricular esquerda com provável aumento de volume da aurícula esquerda; Isquemia sub-endocárdica ântero-septal.

EVOLUÇÃO — Desde sua internação, a paciente apresentou surtos febris. A regurgitação de alimentos era freqüente. Considerando o resultado dos exames decidiu-se afastar, no momento, a hipótese operatória, resolvendo-se pelo tratamento radioterápico.

TELECOBALTOTERAPIA — De 8-1-58 a 18-2-58, num total de 6.000 r. em 35 aplicações. Teve alta hospitalar, julgando-se poder continuar o tratamento em Ambulatório. Todavia seu mau estado geral, o ardor ao nível do esôfago e a impossibilidade de ingerir alimentos, condicionaram para sua

SEGUNDA INTERNAÇÃO HOSPITALAR — Em 27-1-58.

Foram feitas transfusões de sangue e soro. Através de dois exames radiológicos do esôfago, feitos durante o período de tratamento pelo Cobalto, não foram verificadas modificações da estenose tumoral. Em 26-2-58 recebeu alta, sendo solicitada a voltar dentro de 30 dias.

EVOLUÇÃO — Em 24-3-58 fez novo controle radiológico do esôfago, no qual se verificou persistir a estenose, com maior irregularidade dos bordos tumorais.

TERCEIRA INTERNAÇÃO HOSPITALAR — Em 18-4-58. Nessa ocasião a paciente não conseguiu alimentar-se, vomitando e apresentando tosse seca. Ao exame físico verificou-se: aspecto geral não satisfatório; mucosas úmidas e descoradas; peso 36,200 kg; edema dos membros inferiores; aparelho respiratório nada de anormal; aparelho cárdio-vascular, taquicardia, extra-sístoles freqüentes, bulhas hipofônicas nos focos da base; pressão arterial, 110/90; pulso, 79.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS (3.^a internação) — 1) *Esofagoscopia com Biopsia*: Carcinoma espino-celular corneificado do 1/3 inferior do esôfago; 2) *Hematológico*: Leucócitos, 5.000; Bastonetes, 4; Segmentados, 76; Eosinófilos, 1; Basófilos, 0; Linfócitos, 10; Monócitos, 9; Hemácias, 3.650.000; Hemoglobina, 76%; Hematócrito, 31; Valor Globular, 1; Hemossedimentação, 75; Tempo de Sangria, 1'30"; Tempo de coagulação, 10'; 3) *Químico do Sangue*: Uréia, 15 mg%; Glicose, 95 mg%; Proteínas totais, 5,8 g%; Serina, 2,9 g%; Globulina, 2,9 g%; S/G 1; 4) *Urina*: Densidade, 1004; Urobilinogênio 1/100; 5) *Eletrocardiograma*: Resultado idêntico ao realizado em 9-12-57.

DECISÃO TERAPÊUTICA — Considerando a difícil situação em que se achava a paciente, com tendência a piorar, em reunião entre os grupos cirúrgico e de clínica médica, ficou decidido tentar ainda, por todos os meios, uma melhoria do estado geral, submetendo-a então a uma intervenção cirúrgica, cuja extensão dependeria de suas condições no momento do ato operatório.

Foi assim submetida a transfusões de sangue e plasma, sôro e vitaminas. Houve certa recuperação com os seguintes exames.

Hematológico: Leucócitos, 11.000; Bastonetes, 10; Segmentados, 45; Eosinófilos, 3; Basófilos, 0; Linfócitos, 32; Monócitos, 10; Hemácias, 5.000.000; Hemoglobina, 100%; Hematócrito, 40; Valor Globular, 1'; Tempo de Sangria, 1'; Tempo de coagulação, 10'; Hemossedimentação, 50. *Químico de Sangue:* Uréia, 20 mg%; Glicose, 80 mg%; Proteínas totais, 6,9 g%; Serina, 3,8 g%; Globulina, 3,1 g%; S/G, 1,2.

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA — Em 30-5-58 foi praticada uma esôfago-gastrectomia parcial mais esplenectomia, seguida de gastrostomia e derivação do coto esofágico ao nível do pescoço. A operação foi suspensa várias vezes devido ao estado de choque, mas o paciente saiu da mesa em condições razoáveis, mantendo-se sua pressão arterial ao redor de 90/50.

PÓS-OPERATÓRIO — Nos três primeiros dias que se seguiram à operação a paciente apresentou-se lúcida e calma, com estado geral satisfatório. A pressão arterial se manteve ao redor de 90/50 e pulso 120. Não apresentou febre, havendo boa diurese.

No 4.º dia, apresentava distensão abdominal e estertores de finas e médias bôlhas ao nível do hemitórax esquerdo. Pressão arterial: 100 x 70. Foi retirado o dreno torácico e iniciada a alimentação pela gastrostomia. Apirética. Boa diurese.

5.º e 6.º dias: Eliminando gases. Apirética. Diurese: 1230 cc.

7.º e 8.º dias: Temperatura 37.º, 2 c, abdômen flácido, diurese 760 cm³. Havia refluxo de alimento pela gastrostomia. Sub-macicez na base do hemitórax direito, com abolição do murmúrio vesicular. Diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda.

9.º e 10.º dias: Temperatura, 36.º, 2 c. Diurese 740 cc. Taquipnéia. Tosse frequente e produtiva. Roncos e estertores disseminados em ambos hemitóraces. Murmúrio vesicular abolido à direita. Saída de secreção com aspecto purulento da gastrostomia, verificando-se necrose gástrica.

11.º dia: Pressão arterial 120 x 80; Pulso 130; Diurese 1.000 cc. Ao exame do tórax, som claro pulmonar até a união do 1/3 médio com o 1/3 inferior do pulmão esquerdo. Estertores de finas bôlhas na base esquerda. No lado direito há roncos disseminados com abolição ao murmúrio vesicular na base.

12.º dia: Óbito, com caráter súbito, às 5 horas.

DIAGNÓSTICOS DO RELATOR

Dr. Antônio Ribeiro de Amorim

ANATÔMICOS:

- 1) Carcinoma Espino Celular do 1/3 inferior do esôfago com metástases gástricas.
- 2) Arterioesclerose.
- 3) Isquemia subendocárdica.
- 4) Varizes dos membros inferiores.
- 5) Derrame pleural D.
- 6) Broncopneumonia?
- 7) Necrose de coto gástrico — Peritonite.

FUNCIONAIS:

- 1) Anemia.
- 2) Hipoproteïnemia (edema membros inferiores).
- 3) Desidratação.
- 4) Insuficiência respiratória (mista).

CAUSA MORTIS:

- 1) Enfarte pulmonar?
- 2) Colapso tóxico-infeccioso.

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. ELOY PARISI — Trata-se de uma paciente de 57 anos, portadora de carcinoma do terço inferior do esôfago. Em 30 dias, antes da consulta, perdeu 6 quilos. Inicialmente foi tratada pela telecobaltoterapia, isto em vista do elevado risco cirúrgico apresentado, dadas as alterações eletrocardiográficas. Tinha isquemia e arritmia extrassistólica, com extrassístoles muito frequentes.

Fêz a cobaltoterapia e não apresentou modificação do tumor primitivo, verificável quer pelo exame radiográfico, quer pela esofagoscopia. Fêz-se notar que durante a segunda esofagoscopia, depois do tratamento pelo cobalto, foi feita nova biópsia, que revelou ainda a presença do tumor. Ora, isto está, como veremos mais adiante, contraditório. Se considerarmos o resultado da biópsia feita 100 dias após o início da telecobaltoterapia, e o exame da peça, feito 42 dias após essa biópsia,

teremos uma contradição, porque, na biopsia, foi constatada a presença de tumor, enquanto o exame da peça cirúrgica revelou-lhe a ausência. Quer-nos parecer assim que, se ambos os laudos são corretos, o que faltou foi tempo suficiente para serem verificados os benefícios da telecobaltoterapia sobre o tumor primitivo.

Esta doente, durante o tratamento pelo cobalto, apresentou grande piora de seu estado geral. Emagreceu 9 quilos, entrando em anemia, com grande diminuição da soroalbumina. Naturalmente, anemia mais diminuição da soroalbumina mais insuficiência respiratória periférica venosa (varizes) justificam perfeitamente o aparecimento de edema nos membros inferiores. Diante da positividade da segunda biopsia, feita já depois do tratamento pelo cobalto, estava perfeitamente justificado pensar-se em tratamento cirúrgico, o que foi feito, apesar do risco cirúrgico elevado, porque conseguiu-se uma melhoria do estado geral da paciente.

O ato cirúrgico decorreu muito acidentado, entrando a paciente várias vezes em choque. Porém essa doente foi convenientemente medicada e, suportando bem esses contratempos, apresentou-se bem no primeiro dia do pós-operatório. Continuou relativamente bem, até começarem a surgir as complicações que a levaram a morte. Assim, no 4.º dia foram constatados raros estertores subcrepitantes, assim como finas e médias bôlhas no hemitórax E. Não está consignado no prontuário se tais ruídos existiam em todo o hemitórax ou em parte, apenas, de modo que a interpretação que me parece correta é a de admitir estarem eles presentes em todo o hemitórax. O estado da paciente continuou inalterado, até o 6.º dia pós-operatório, quando se queixou de dor nas costas, a respeito da qual, infelizmente, não há maiores detalhes. Nos dois dias seguintes ela se apresentou subfebril e já então com submacicez e abolição do murmúrio vesicular na base D e diminuição do murmúrio vesicular na base E. Diante desse exame do tórax, deveria haver à D ou uma atelectasia do lóbo inferior ou um derrame. Faltou entretanto, a pesquisa do sinal de Signorelli, que teria sido decisivo para o diagnóstico diferencial. Nessa ocasião a radiografia foi feita em más condições, porque a paciente se encontrava na cama. Revela a radiografia um aspecto difícil de ser explicado, porque apresentava apenas, na zona média do pulmão, uma região clara, com opacidade em cima e em baixo. Este é um exame que precisa ser interpretado com reservas, porque feito em más condições técnicas. À E devia haver uma diminuição da aeração pulmonar e mais nada.

A evolução destas alterações pulmonares se fez da seguinte forma: à D ela apresentou roncos e estertores, que não estão especificados se crepitantes ou subcrepitantes e disseminados. Em seguida, esses roncos ficaram disseminados, sem os estertores. Portanto, desapareceram os estertores e continuaram apenas os roncos, e em menor número. O murmúrio vesicular, que era ouvido na base, nos últimos dias, passou aos 2/3 inferiores do pulmão D. À E, a evolução foi da seguinte forma: apareceram roncos e estertores, também não especificados se crepitantes ou subcrepitantes, e no final havia um som claro pulmonar nos 2/3 superiores, e estertores de finas

e médias bôlhas na base E. Quem fala em estertores de finas e médias bôlhas está falando naturalmente em estertores subcrepitantes.

Desta evolução do quadro pulmonar as considerações que eu tiro são as seguintes: à D a paciente teve mais provavelmente um derrame, porque se tratava de desaparecimento do murmúrio vesicular na base, com submacicez (não pesquisado o Signorelli). Mas esta submacicez e diminuição do murmúrio vesicular se ampliaram até atingir 2/3 do pulmão D. Evidentemente, então, ficaria a possibilidade de um derrame, com um ponto de interrogação, e a possibilidade de uma atelectasia, que se teria tornado maior, para então justificar o quadro apresentado por essa zona, portanto, eu poria atelectasia, com dois pontos de interrogação, isto é, menos provável.

E à E? Já se torna mais difícil de interpretar o achado clínico. A falta de estertores crepitantes, o aparecimento de dor nas costas e o aparecimento de submacicez daquele lado, sem evolução de um quadro broncopneumônico, numa doente que já apresentava perturbações circulatórias venosas nas extremidades inferiores, são elementos a ser considerados. Nos membros inferiores, aliás, foi feita a dissecação de uma veia, tendo ali permanecido um tubo de polietileno por 10 ou 12 dias. Isto me leva a pensar que essa doente teve provavelmente uma embolia pulmonar, com enfarte, o que explica os estertores do lado E, registrados no 4.º dia pós-operatório. No 12.º dia, pelo que consta do prontuário, quando o estado geral era satisfatório, as condições pulmonares eram sem dúvidas melhores, e a doente já havia ultrapassado as piores fases da evolução da sua doença, foi então que ela teve uma morte súbita segundo informações que se tem, de certa forma vaga, da enfermagem. Parece-me mesmo que o Dr. Amorim, que acompanhava o caso, não aguardava esse desfecho.

Este raciocínio todo é para se chegar a uma conclusão do que teria sido a "causa mortis". Pelas considerações que fiz, uma doente com isquemia miocárdica, arritmia extrasistólica e alterações cardíacas, que podem levar a uma parada do coração, mas que ultrapassou os piores momentos da evolução, deve ter tido, antes do 12.º dia de evolução, uma embolia pulmonar, que teria sido então, a meu ver, a "causa mortis" mais provável, embora não se possam eliminar as outras possibilidades.

Outro comentário que queria fazer é o seguinte: no 9.º dia pós-operatório foi verificada uma necrose ao nível da gastrostomia. Houve necrose, houve saída de pus e houve até a impossibilidade da passagem de uma sonda mais fina. Mas, a falta de outros sinais abdominais de uma peritonite generalizada, o estado da paciente, que era considerado ainda satisfatório e, não, um quadro tóxico-infeccioso acentuado, leva-me a supor que, embora tivesse havido uma necrose naquele ponto e provável peritonite, esta peritonite devia ser localizada. E, a meu ver, pelo que se pode verificar na evolução escrita no prontuário, isto não deve ter tido uma participação muito grande na morte desta paciente.

Para finalizar, resumirei a minha opinião: câncer do terço inferior do esôfago, com metástases na pequena curvatura do estômago,

chamando novamente a atenção para o fato de ter havido desaparecimento do tumor primitivo pela telecobaltoterapia. Mas, a respeito disto, o Dr. Roxo poderá prestar maiores esclarecimentos. Uma biopsia feita revelou a presença de tumor, mas a peça cirúrgica não tinha elementos neoplásicos. Houve realmente arterioesclerose generalizada, isquemia miocárdica, varizes dos membros inferiores. Quanto ao derrame no hemitórax direito, não se pode afirmar, porque a propedêutica não foi completa. Não acredito, pela evolução que está descrita, em broncopneumonia. Quanto a desidratação, não me parece correto na última fase, porque o hematológico não demonstra. A soroalbumina está realmente um pouco mais baixa, mas não há evidência de desidratação. É provável o enfarte pulmonar, coincidindo talvez com a dor que a doente apresentou no 6.º dia. E penso que o diagnóstico da "causa mortis" teria sido, então, uma embolia pulmonar e não um colapso tóxico-infeccioso.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Seria conveniente que o Dr. Roxo dissesse alguma coisa sobre o problema dos exames anátomo-patológicos feitos por biopsia, 60 dias após terminada a cobaltoterapia e, na peça, 90 dias depois.

DR. ROXO NOBRE — Admite-se que uma biopsia dentro do prazo de três meses ainda pode revelar células tumorais, embora elas possam ainda vir a ser destruídas pelo efeito da irradiação, quando esta foi bastante intensa.

DR. ELOY PARISI — A partir do início ou do fim da radioterapia?

DR. ROXO NOBRE — Do fim. Não segui este caso de perto. Estou respondendo a uma pergunta de ordem geral. Mesmo que ainda haja células neoplásicas viáveis, dentro do prazo de 60 dias, isto não quer dizer que o tumor não possa vir a se esterilizar inteiramente pelo efeito da irradiação.

DR. ALFREDO ABRÃO — Acho bastante estranha a conduta do cirurgião no caso, porque, 60 dias antes, em condições muito melhores, foi encaminhado à radioterapia, por considerar-se impraticável a cirurgia, com muito mais razão após esse tratamento e após a grande piora do estado geral, com emagrecimento de 9 quilos e anemia, devia ser considerado inoperável. Tentar-se cirurgia de tal vulto, nessa ocasião, não me parece conduta muito lógica. Seria muito mais interessante fazer uma gastrostomia, tentando uma melhora do estado geral, e então sim, estudar-se a possibilidade de cirurgia.

Outro comentário, que queria fazer é com relação ao pós-operatório. Acho que essa paciente teve broncopneumonia no pós-operatório. É possível que tenha tido na fase final um enfarte pulmonar. É possível. Está descrito aqui que ela teve uma dor súbita, e mesmo a morte foi mais ou menos súbita. Existiam razões excelentes para diagnosticar-se broncopneumonia. Tinha estertores nos dois pulmões, tinha submaciez da base, embora não se tivesse pesquisado o Signorelli para se

saber se se tratava ou não de derrame. Mas, pela frequência da broncopneumonia e pela diminuição do murmúrio e maciez na base pulmonar, acho que ela teve broncopneumonia.

DR. ANTÔNIO R. AMORIM — Estou de acordo com o Dr. Abrão. A operação realizada foi realmente extensa. A minha intenção era condicionar o ato operatório aos achados obtidos na exploração. Iniciei com a laparotomia e, caso ela tivesse extenso comprometimento abdominal, eu faria somente uma gastrostomia. Na exploração, entretanto, existiam apenas gânglios na pequena curvatura. Assim, em vez de fazer uma simples gastrostomia, ressequei a parte alta do estômago, em continuidade com o esôfago. Reconheço que a amplitude foi grande.

DR. HUMBERTO TORLONI — Ela foi para a mesa com indicação de gastrostomia?

DR. ANTÔNIO R. AMORIM — Não. Foi com indicação de ressecção mínima. Melhoramos o seu estado geral. A intenção era ressecar a parte tumoral, fazer a gastrostomia e implantar o esôfago na região cervical. É cirurgia para uma hora, não para mais.

DR. ALFREDO ABRÃO — Acho que essa paciente tinha insuficiência cardíaca desde o início. Apresentava pulso alto constantemente. No pós-operatório, tinha um pulso entre 120 e 130. Ora, uma paciente com essas lesões cardíacas, com taquicardia dessas, necessariamente tem insuficiência cardíaca. Assim, acrescentaria como diagnóstico funcional a insuficiência cardíaca. Então, o edema dos membros inferiores não seria só por hipoproteïnemia e varizes, mas também por insuficiência cardíaca.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Acho que há ainda um desentendimento constante, entre a clínica médica e a cirurgia, em relação à avaliação do risco operatório. A doente estava compensada, no pré-operatório, mas o agravo cirúrgico foi muito grande. Uma operação tóraco-abdominal, com ressecção de esôfago e estômago, é uma enorme sobrecarga. Não podemos separar funcionalmente o aparelho respiratório do circulatório. Eles funcionam conjugados. Esta mulher, a meu ver, corria risco excessivo. Aliás, o que aconteceu é que a Clínica Médica considerou-a perfeitamente compensada, autorizando a intervenção. Eu já insisti várias vezes aqui sobre o fato de que essa compensação é artificial. No caso, era uma doente que estava compensada no momento, mas as manobras operatórias, reduzindo funcionalmente sua capacidade circulatória e respiratória podiam levar a descompensação. A Dra. Ennize já mostrou que a causa de óbitos mais frequentes, nos esofagectomizados por câncer, é a broncopneumonia. Tal fato não deve ser esquecido na apreciação do presente caso.

Concordo plenamente em que essa doente não devia ter sido submetida a operação de tal extensão. Devia ter sido feita só a gastrostomia. Mas temos grandes problemas, nós, os cirurgiões de meu Serviço. Temos os piores órgãos para operar: pulmão, esôfago e es-

tômago. Muitas vezes o cirurgião é levado a ampliar, para não limitar-se a abrir e fechar. Isto justifica até certo ponto a atitude do Dr. Amorim, resolvendo fazer uma intervenção que realmente foi excessiva. Não creio também que a necrose ao nível da gastrostomia tenha tido uma influência muito grande. O quadro é predominantemente pulmonar e a impressão que tenho é de que houve associação de todos os elementos, isto é, broncopneumonia, derrame (porque também é provável) e, possivelmente, embolia (porque a morte foi muito súbita).

DR. JOSÉ BATISTA DA SIVA NETTO — Estou de acordo com o Prof. Prudente. Frequentemente temos ouvido que, quando o indivíduo está compensado, não há problemas para a cirurgia. Infelizmente isso nem sempre é verdade.

DR. ANTÔNIO R. AMORIM — Não estou culpando a Clínica Médica no caso da avaliação, porque conversei especialmente com o Prof. Ramos, do qual tenho até a assinatura no prontuário. De fato, quando discuti o caso com o Prof. Ramos, a esofagectomia fazia parte do meu plano. Ele estava ciente disso. Quando avalei o risco, fiz-o baseado na seguinte assertiva do Prof. Ramos: a doente compensada não tem problemas cirúrgicos. E, como o problema dela era circulatório e estava compensada, admiti que não havia contra-indicação nenhuma.

DR. ALFREDO ABRÃO — Por falar em risco cirúrgico, acho fora de propósito que a Clínica Médica o dê. Ele deve ser dado pelo cirurgião, que é quem melhor conhece a intervenção que vai fazer. A Clínica Médica deve ser consultada no sentido de dar opinião sobre determinado aparelho, determinada moléstia clínica, como uma fibrose pulmonar etc.

DR. ROXO NOBRE — Tenho a impressão de que esse problema do risco cirúrgico tem que ser resolvido pelo cirurgião, porque realmente a Clínica não deve dar avaliação de risco cirúrgico sem poder conhecer exatamente a extensão da intervenção.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — O problema continua sem solução completa. Ninguém culpou a Clínica Médica. É uma questão de disciplina. A Clínica Médica, realmente, não pode avaliar o risco cirúrgico, porque não tem a noção exata do agravo. Eu já tenho tido casos de grandes intervenções abdominais e outras, em que o doente está descompensado. A Clínica compensa-o, autorizando então a operação. E não acontece nada, realmente, porque se trata de uma intervenção cujas repercussões no sistema cárdio-respiratório não são grandes. Mas tórax é diferente. O agravo não é duas vezes maior: é várias vezes maior, porque se trata de um agravo sobre o coração, a pequena circulação, a mecânica torácica, com compressão do pulmão durante o ato cirúrgico, quando não há secção do diafragma etc. De modo que o doente, circulatoriamente compensado, tem muito mais oportunidade de entrar em descompensação, ou pelo menos caminhar para outras afecções de tipo respiratório, porque o

seu pulmão não pode funcionar direito. Quanto a este ponto, não há nem culpa da Clínica nem da Cirurgia. É que não avaliamos bem ainda, e a experiência do Hospital nos está demonstrando quanto é grave a cirurgia torácica. Não se compara absolutamente com qualquer outra, do ponto de vista circulatório e respiratório. E é o nosso Serviço que tem que tomar realmente as providências que estamos procurando tomar. O problema não é só nosso. Aliás, a cirurgia de esôfago é precaríssima. A do pulmão também, mas certamente menos. A gravidade da cirurgia do esôfago é indiscutível. Talvez porque se abra comumente o abdome ao mesmo tempo. O fato é que a broncopneumonia e outras complicações para o lado circulatório e respiratório, apesar de não aparecerem nas "causas mortis", influem em tudo isto, porque o agravo à pequena circulação existe.

DR. ROXO NOBRE — Julgo haver ainda um agravante nesse caso, ainda não bastante considerado. Não se trata apenas de uma doente que ia sofrer um risco cirúrgico de uma intervenção grande no abdome e no tórax. Ela tinha passado por um tratamento intensivo de irradiação, que tinha envolvido pleura, pulmão e vasos. Em cirurgia ginecológica, muitas vezes, depois da radioterapia muito intensiva, em intervenção feita dentro do prazo de 60 dias, ocasiona frequentemente necroses locais e dificuldades de reestruturação cirúrgica. No caso presente essas complicações assumem proporções mais sérias, por se tratar de pleura, pulmão e grandes vasos. De modo que esta doente tinha, sobre a insuficiência cardíaca prévia, a radioterapia intensiva e mais o traumatismo cirúrgico, agravado pelas dificuldades de reestruturação. Em esôfago é preciso levar muito em conta o tempo da cirurgia, o tempo da reestruturação capaz de oferecer condições favoráveis para a região.

DR. ELOY PARISI — Acho que, então, posso falar novamente, como comentarista. O primeiro comentário que quero fazer é com relação à broncopneumonia. É claro que estatisticamente a broncopneumonia é uma complicação frequente nestes casos. Entretanto, procurei fazer um raciocínio apenas baseado nos dados propedêuticos que me pareceram mais interessantes. De acordo com os dados propedêuticos, não houve broncopneumonia, a não ser que não tenham sido ouvidos estertores subcrepitantes e outras alterações locais, que então dariam esse diagnóstico. A respeito de insuficiência cardíaca estou em desacordo com o Prof. Prudente, com o Dr. Abrão e com o Dr. Batista, porque acho que esta doente nunca apresentou insuficiência cardíaca. O que ela tinha era uma diminuição da reserva cardíaca. Mas era uma doente que tinha uma diminuição relativamente pequena, apesar das alterações miocárdicas apresentadas. Ela nunca teve dispnéia de esforço, estase pulmonar, edema dos membros inferiores etc., a não ser numa ocasião em que outros sinais de estase pulmonar ou linfática se apresentaram: estase dos membros inferiores, submacicez, anemia, varizes, e hipossoroalbuminemia. De modo que tinha elementos mais do que suficientes

para justificar o edema. Acho que não seria insuficiência cardíaca.

DR. ALFREDO ABRÃO — Como se explicaria a taquicardia persistente?

DR. ELOY PARISI — Era o que eu ia dizer. A contagem é feita no pulso e, em geral, a extra-sístolia muito freqüente aumenta o pulso. Outra coisa, que temos observado com freqüência, é pulso alto em doentes que têm CA e principalmente CA infectado, como era este de esôfago. Então às vezes, são taquicardias permanentes, que não diminuem com nada, inclusive, como neste caso, com estrofantina, que foi preconizada. Nunca vi, neste Instituto, alguém morrer por insuficiência cardíaca, a não ser um caso duvidoso, que o Prof. Prudente conhece bem. Assim, acho que doente, a não ser com enfarte recente, a não ser com insuficiência cardíaca congestiva, a não ser com fibrilação auricular com freqüência alta (a freqüência baixa nada significa), suporta admiravelmente a cirurgia. E este caso me parece bem explicativo. Era uma doente que tinha várias alterações graves de coração. Ficou em choque e, portanto, em condições graves durante várias horas. Mas saiu disso e passou bem, só vindo a apresentar dispnéia no dia em que se formou provavelmente atelectasia. À medida que esta foi aumentando, foi se agravando a dispnéia. De modo que estou convencido de que ela não tinha mesmo insuficiência cardíaca. E cardíaco, desde que compensado, aguenta qualquer cirurgia.

Há mais alguma coisa. Existe uma discussão tremenda, há muitos anos, entre cardiologistas, a respeito do uso de cardiotônicos antes de o indivíduo vir a apresentar insuficiência cardíaca ou como preventivo para os que vão à cirurgia. Existem grandes nomes que acham que não se deve dar. Nós temos seguido um ponto de vista contrário: deve-se sempre dar cardiotônico, porque, desde que exista uma simples hipertrofia ventricular, isto significa diminuição da reserva cardíaca. A que ponto, é difícil dizer. Temos sempre digitalizado os doentes que vão à cirurgia e temos recomendado o uso de cardiotônico, quando não o fazemos diretamente, antes da cirurgia, para que isso traga as melhores condições possíveis à reserva cardíaca.

Quanto à avaliação do risco, estou de acordo com o que foi dito. Apenas queria lembrar o seguinte: nós, na Clínica Médica, ficamos entre duas paralelas, de modo que temos que chegar mais próximos de uma, embora não seja a mais satisfatória. É claro que, se o indivíduo tem um problema cirúrgico que pode ser protelado, qualquer um nos dirá: não vamos operar, o risco é grande. Mas, em CA o raciocínio muda, como muda também no tempo de espera. Muitas vezes o médico é obrigado a correr. Por que fazemos isso? Porque ele tem CA e existe alguma possibilidade cirúrgica. É claro que de CA morrerá sempre, e da complicação cirúrgica poderá morrer. Eu, de consciência tranqüila, vou para casa e durmo sossegado, porque estamos dando ao doente uma única oportunidade de curar uma doença que levará certamente ao óbito. Estou perfeitamente de acordo com o Dr. Abrão. O risco cirúrgico não pode ser dado, de maneira

nenhuma, exclusivamente pela Clínica Médica. Nós fornecemos os elementos e freqüentemente estamos chamando a atenção: compensar a anemia, melhorar a hipossoroalbuminemia, não fazer transfusões nas pernas, porque já existem problemas circulatórios nos membros inferiores etc., etc. Procuramos prevenir tudo aquilo que pode acontecer, mas quem tem que determinar o risco definitivo, aliás é dele a responsabilidade cirúrgica, é o cirurgião. Ele é quem tem que interpretar, em última instância.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETTO — Temos visto com certa freqüência o indivíduo morrer de edema agudo do pulmão.

DR. ELOY PARISI — O edema agudo de pulmão é uma condição muito complexa. Lembro-me sempre de uma doente que existia numa enfermaria do Hospital São Paulo. Para demonstrarmos aos alunos a facilidade com que se forma um edema agudo de pulmão, bastava-nos rodear o leito da doente e dizer que ela iria apresentar essas condições. É verdade que já estávamos preparados para prevenir o acidente, e este passava após medicação. O edema agudo de pulmão pode aparecer em indivíduos que nada tinham antes.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS. PATOLÓGICOS

MOLESTIA PRINCIPAL — Carcinoma espino-celular de esôfago, operado.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS — Carcinoma espino-celular de esôfago com metástases na pequena curvatura do estômago, tratado.

Ausência cirúrgica do esôfago torácico.

Esofagostomia cervical.

Ausência cirúrgica da primeira porção do estômago.

Ausência cirúrgica do bago.

Gastrostomia.

Peritonite fibrino-purulenta localizada em torno da boca de gastrostomia.

Edema e congestão pulmonar bilateral.

Pleuriz bilateral.

Hidrotórax bilateral bem mais acentuado à D (1500 cm³).

Enfisema pulmonar à E.

Hipertrofia cardíaca.

Atrofia foseca do miocárdio.

Congestão passiva crônica generalizada.

Bócio colóide simples.

Cervicite crônica.

CAUSA MORTIS — Insuficiência respiratória, tipo alveolar.

DISCUSSÃO DA ANATOMIA PATOLÓGICA

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — Temos aqui um caso muito interessante. Essa paciente foi operada e teve complicações pulmonares. Quero salientar que, dos 23 casos de óbito após esofagectomia, que temos no Hospital e que foram autopsiados, 20 apresentaram pneumonia. Dos 23 operados e autopsiados aqui, 70% ou sejam 16 tinham morrido no pós-operatório, até o 30.º dia da operação. Neste caso não houve pneumonia. Há um edema acentuadíssimo. Os alvéolos estão cheios de líquido e em alguns há elementos inflamatórios. Fizemos a seguinte correlação anátomo-clínica: a paciente, portadora de um carcinoma do esôfago, foi submetida à cobaltoterapia. Dois meses após aproximadamente, é reinternada, quando fez mais uma biopsia. O laudo foi Carcinoma espinho celular. Porém, revendo a lâmina, verificamos que já há fenômenos provocados pelo tratamento. Não temos elementos morfológicos para dizer se as células cancerosas são viáveis ou não, isto é, até que ponto a radioterapia lesou essas células. Não há elementos morfológicos para afirmarmos isto, mas podemos dizer que nos cortes que já vimos encontramos alterações características, inclusive citoplasma tumefacto generalizado. Encontramos estas alterações generalizadas a todas as células neoplásicas. Por essa biopsia, portanto, podemos afirmar que o tumor reagiu ao tratamento cobaltoterápico. Pois bem. Depois do tratamento pelo cobalto, tendo ainda uma biopsia positiva, esta doente foi levada à cirurgia. Entre as complicações pós-operatórias, há a considerar a peritonite purulenta localizada em torno da gastrostomia. Por outro lado, as complicações pulmonares se caracterizaram por edema, pleurite e derrame bilateral. A peritonite foi muito localizada. Não sei se se pode falar já num colapso tóxico-infeccioso. Mas seja como for: as complicações pulmonares levaram a uma insuficiência respiratória de tipo alveolar. A insuficiência respiratória do tipo alveolar, mais colapso tóxico-infeccioso, levaram então ao óbito. Podemos seguramente raciocinar, como "causa mortis", que tenha havido insuficiência respiratória alveolar, porque o pulmão respirava muito pouco. Macroscopicamente, mais de metade da área pulmonar não estava respirando, isto é, dois lobos à D e mais um à E não estavam arejados. Sobrava pois muito pouco. Esta doente tinha uma insuficiência respiratória muito grande, mais da metade da área respiratória estava comprometida nessas complicações.

DR. HUMBERTO TORLONI — Há a acrescentar outros problemas. Essa mulher tinha dificuldade de deglutição depois da cobaltoterapia, entretanto os cortes revelaram ausência de tumor na peça cirúrgica. Revela, por outro lado, alterações profundas em todos os plexos que existem no meio da musculatura; uma fibrose bastante acentuada, e hipertrofia

da musculatura. Estes são os três elementos que condicionaram a dificuldade de deglutição, devendo ser atribuídos a irradiação. Este é um caso muito claro, em que se aprecia e se pode estudar com todo detalhe a gama das alterações radioterápicas, não só no tumor como em outros tecidos do órgão, sendo as alterações vasculares muito intensas.

DR. ALFREDO ABRÃO — A Dra. Ennize não disse nada sobre as causas da insuficiência pulmonar. Quero crer que seja insuficiência cardíaca mesmo. Gostaria de saber o estado dos outros órgãos.

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — Essa doente tinha congestão passiva crônica de todos os órgãos abdominais: congestão em segundo grau do fígado, congestão da suprarrenal, congestão do pâncreas. Todos os órgãos abdominais estavam congestos. Podemos então concluir que tenha havido uma complicação pulmonar e cardíaca ou então que a própria manobra operatória agiu sobre o pulmão.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Gostaria de fazer uma pergunta sobre o problema das complicações na intervenção. O caso foi bem explanado pelo Prof. Prudente e agora corroborado pela Dra. Ennize, que diz que a broncopneumonia é praticamente a regra nos operados do esôfago. Diz até que, se não me engano, a porcentagem dos casos estudados por ela, de morte, é de 70%. Queriam perguntar aos colegas: seria o problema mais de dificuldade pós-operatória, de dificuldade de expectoração e colaboração do doente, ou seria má seleção do paciente? Porque esta incidência assim grande não é a mesma que se vê nas intervenções também torácicas, mas por processos outros, como ressecções pulmonares por tuberculose. Mas a porcentagem de morte pós-operatória é bem mais baixa, assim como nas intervenções por tumores benignos do mediastino, e ainda a porcentagem de morte nas toracotomias bilaterais, o que se faz muito nos pronto-socorros em casos de ferimentos perfurantes por armas de fogo etc. Isto gira em torno de 8 a 10%, a meu ver. Não tenho noção exata da porcentagem, mas para 70% é uma diferença enorme. Assim, queríamos saber se não seria mais do que o problema respiratório ou o problema da colaboração do doente, que é a meu ver igual nos dois casos, a seleção do doente ou a indicação de uma intervenção grande num doente já depauperado e em mau estado geral, devido ao próprio tumor?

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Creio que houve uma grande confusão com respeito aos 70% referidos pela Dra. Ennize. Essa porcentagem se refere ao número de casos que morreram até o 30.º dia do pós-operatório sobre a totalidade dos óbitos operatórios por câncer do esôfago. Nada tem que ver com a mortalidade operatória que, evidentemente, não é essa.

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — O Prof. Prudente tem razão. Tivemos 23 casos de câncer do esôfago autopsiados. Desses, 70% haviam morrido nos pós-operatório. Nada tem que ver com a mortalidade operatória.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Quanto ao que disse o Dr. Josias, com respeito à gravidade o problema é um pouco diferente, porque um tuberculoso com câncer do esôfago tem em geral 60, quando não 70 anos, devendo-se ainda considerar um componente torácico e mecânico, um componente pulmonar, um componente circulatório e um componente doença, que é muito mais grave, principalmente no esôfago, de modo a se ter uma queda brutal do metabolismo. Tudo isto forma um conjunto muito desfavorável, constituindo grande risco cirúrgico.

PROF. BINDO GUIDA FILHO — A pergunta do Dr. Josias tem procedência. Acho que o caso é muito complexo. Acredito que essas complicações são devidas em primeiro lugar a má seleção dos casos, não só dos doentes operados do tórax como de todos os doentes a serem operados. É preciso portanto que se faça uma seleção mais rigorosa, quanto à cirurgia. Em segundo lugar, é preciso levar em conta também a técnica operatória. É assunto que parece muito teórico, mas em realidade não é. Se a incisão abdominal já dá complicação pulmonar e a torácica também, quando fazemos uma toraco-laparotomia, é muito mais provável que haja tal complicação. E se associarmos a secção do diafragma, então é coisa mais do que certa haver complicação pulmonar. Por isso caminhamos hoje para a incisão dupla em cirurgia de esôfago, evitando sempre que possível a secção do diafragma. É claro que num caso como este, que o Dr. Amorim operou, se impõe uma toracolaparotomia. E, em terceiro lugar, o Prof. Prudente tem razão: o portador de CA do esôfago é um doente com deficits enormes. A respiração depende em parte da musculatura intercostal e da musculatura abdominal. Se essa musculatura está afetada, não há dúvida de que a função respiratória é prejudicada, fator que favorece complicações pulmonares. Esses vários fatores devem ser estudados em conjunto.

DR. ELOY PARISI — Antes de terminar, queria dizer duas coisas. Não quero afirmar que essa doente não tenha tido insuficiência cardíaca. É possível que ela a tenha tido, embora as verificações anátomo-patológicas não levem a conclusões definitivas. Agora, considere-se o seguinte: mesmo que tenha havido uma insuficiência cardíaca, ela deverá ter sido a D, predominantemente. Deverá ter ocorrido pela sobrecarga da pequena circulação. E insuficiência cardíaca congestiva D pode ocorrer mesmo num indivíduo não cardíaco, dependendo do grau de sobrecarga da pequena circulação. Isto não quer dizer que aquela doente não suportou bem o ato cirúrgico. É que ela teve uma complicação depois que a levou à hipertensão da pequena circulação e à descompensação. Queria finalmente fazer comentários a respeito do exame anátomo-patológico. Se naquela ocasião quem examinou a biopsia tivesse dito que o aspecto poderia fazer pensar em regressão tumoral, como ninguém podia pensar que a doente tinha metástases no estômago, é claro que a doente teria tido uma oportunidade melhor.

DR. HUMBERTO TORLONI — Com relação à interpretação das alterações radioterápicas quero lembrar que Novak, na última edição de sua "Ginecologia" diz que, nos termos atuais, não se pode prever o futuro da célula tumoral alterada por radiações: se está morta ou apenas inerte, podendo recuperar-se mais tarde. Acho que a indicação do Dr. Amorim estava certa, do ponto de vista de Ca. Não podíamos dizer nada com aquela biopsia quanto à viabilidade das células neoplásicas.

DR. ELOY PARISI — O que restava de todo o tumor?

DR. HUMBERTO TORLONI — Na peça cirúrgica não havia mais neoplásia. E na biopsia tudo era tumor.