

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

189.^a Reunião Anátomo-Clinica - (12/3/59)

Carcinoma espino-celular do palato mole, epiglote e seio piriforme, irradiado e operado

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

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

Relator: Dr. Sérgio Acquesta — Residente de Cirurgia.

Comentador: Dr. Renato Cintra — Chefe do Serviço de Roentgenterapia.

Necroscopista: Dr. Leopoldo Amurrio Aguilar — Residente de Anatomia Patológica.

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

CASO CLÍNICO (Registro n.º 58.1462)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

D. M. — 59 anos, masculino, espanhol, branco, operário.

CONSULTA — 11 de junho de 1958.

QUEIXA PRINCIPAL — Tumor doloroso na região parotidiana esquerda.

ANTECEDENTES FAMILIARES — Nada sabe referir de importância, não conhecendo casos de neoplasia em sua família.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Fumante inveterado — Consome álcool regularmente em quantidade moderada.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL — Rerefe ter observado há 15 dias um pequeno nódulo na região parotidiana esquerda, que tem aumentado de volume, tornando-se a região dolorosa. Diz que emagreceu um pouco, mas não sabe precisar. Nega qualquer outro sintoma, inclusive disfagia.

EXAME FÍSICO GERAL — Estado geral bom. Pêso 43,7 kg. Altura 1,57 emt. Pressão arterial: Mx. 100 — Mn. 60 — Pulso: 95.

APARELHO CIRCULATÓRIO — Sopros cistólicos nos focos aórtico e pulmonar.

APARELHO RESPIRATÓRIO — Raros estertores sub-crepitantes na região inter-escápulo-vertebral esquerda.

EXAME REGIONAL — Na região sub-ângulo mandibular esquerda há um tumor duro, fazendo corpo com a parótida esquerda, medindo 5 x 5 centímetros. A pele que o recobre está íntegra e é móvel. Não se palpa outros nódulos cervicais. Ao exame da cavidade buco-faríngea existe um nódulo sub-mucoso, medindo cêrea de 0,5 ems. de diâmetro, duro, indolor, localizado no palato mole e pilar anterior esquerdos. Pela larinfo-faringoscopia notam-

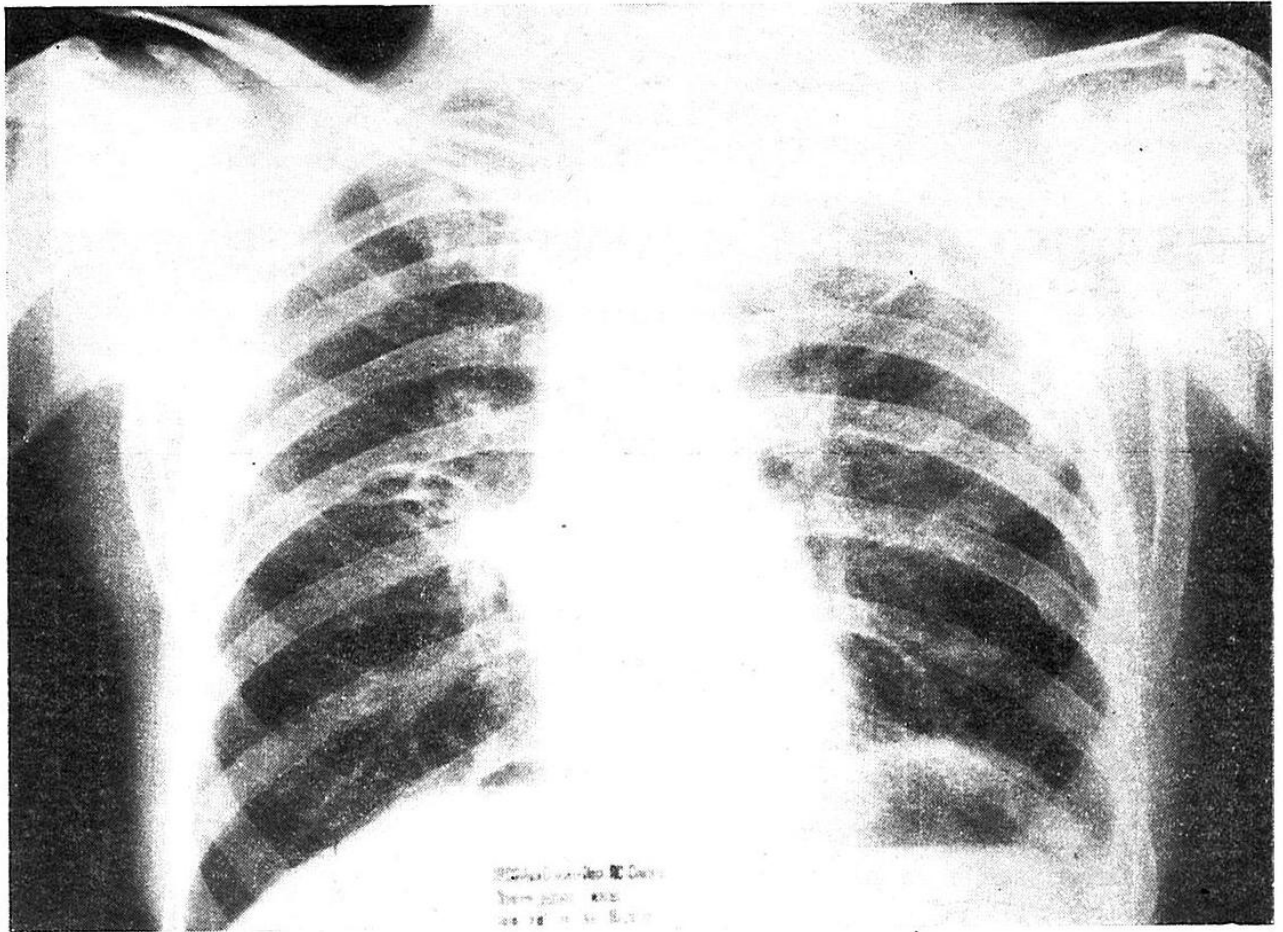


FIG. 1 — Radiografia tirada em 20-11-58. Opacidade ao nível do ápice esquerdo e imagem em favo de mel na região para-hilar direita.

se 2 lesões: a primeira, localizada na parte média da face laringéa da epiglote, um pouco à esquerda da linha mediana, sobre uma zona abaulada e congestionada, tem caráter úlcero-membranoso, revestida por induto membranoso esbranquiçado, semelhante a fibrina, medindo 1 cm de diâmetro; a segunda é localizada ao nível da prega faringo-epiglótica direita, que se apresenta espessada, congesta e erodada.

Foram feitas biopsias das três lesões.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS — 1) *Hematológico*: Leucócitos, 8.900; Bastonetes, 3; Segmentados, 71; Eosinófilos, 1; Basófilos, 0; Linfócitos, 14; Monócitos, 11; Hemácias, 4.225.000; Hemoglobina, 90%; Hematócrito, 37; Hemossedimentação, 75. 2) *Exame Radiológico da Laringe*: Região sub-glótica de aspecto normal. 3) *Exame Radiológico do Tórax e Planigrafia*: Velamento do ápice esquerdo (paquipleuriz?); Imagens em favo de mel na região para-hilar direita (bronquiectasia localizada?). 4) *Exames Anátomo-Patológicos* (Biopsias): a) Pálato — Carcinoma espino-ce-

lular pouco diferenciado; b) Laringe — Carcinoma espino-celular; c) Seio Piriforme — Carcinoma espino-celular.

DIAGNÓSTICO DO SERVIÇO DE CABEÇA E PESCOÇO — Carcinomas múltiplos localizados no palato mole, epiglote e seio piriforme direito com metástase cervical sub-ângulo mandibular esquerda.

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO — Dada a multiplicidade das lesões, foi considerada desaconselhável a Cirurgia, indicando-se Radioterapia, incluindo-se todas as lesões, inclusive a metástase cervical. Caso não se conseguir o controle desta última, desaparecendo as lesões primárias, deverá ser reconsiderada a possibilidade cirúrgica.

TRATAMENTO RADIOTERÁPICO — Iniciado em 18-6-58. Feita Roëntgente-rapia na dose total de 4.932 r, com quatro campos, sendo dois faciais e dois cervicais, de ambos os lados. Por solicitação do paciente, foi feita sua internação hospitalar.

1.ª INTERNAÇÃO HOSPITALAR —

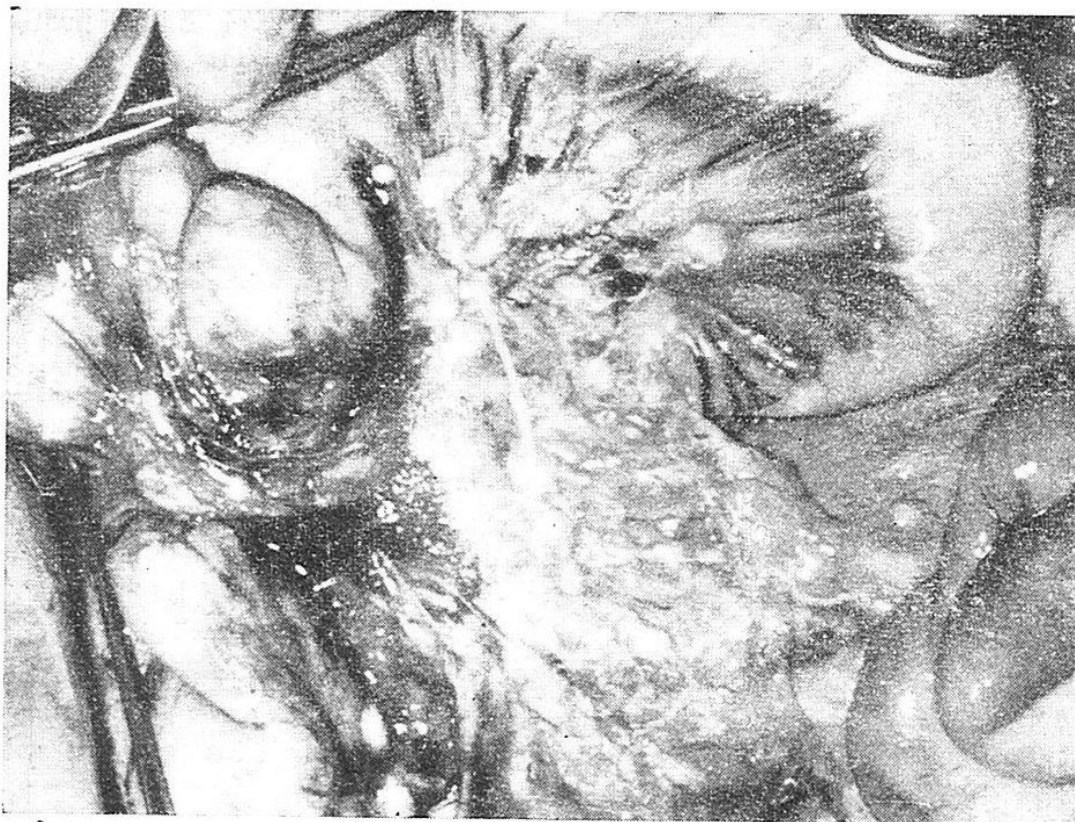


FIG. 2 — Gânglios linfáticos enfartados e dilatação dos canais linfáticos. Consequência da obstrução do canal torácico.

Em 23-6-58. Enquanto era irradiado, foi submetido a tratamento geral com vitaminas, soro glicosado.

ALTA HOSPITALAR — Em 2-8-58. O exame regional feito nessa ocasião mostrou o seguinte: As três regiões onde se encontram as lesões primárias estão recobertas por radio-membranas, persiste a adenopatia sub-ângulo-mandibular esquerda, não tendo havido redução de volume; há intensa reação de rádio-epidermite seca, descamativa, em ambos os lados do pescoço. Não foi aconselhado o esvaziamento cervical no momento, dadas as condições da pele. Decidiu-se rever o paciente dentro de 30 dias, para reestudar a indicação operatória.

EXAME REGIONAL EM 5-9-58 — As três lesões primárias estão cicatrizadas, não havendo mais sinais de tumor. O nódulo sub-ângulo-mandibular esquerdo está semi-fixo, medindo 4 cm de diâmetro. Há aderência da pele que o recobre. Foi decidido o esvaziamento cervical, incluindo a parótida.

2.^a INTERNAÇÃO HOSPITALAR — Em 6-11-58.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS PRÉ-OPERATÓRIOS — 1) *Hematológico*: Leucó-

цитos, 7.300; Bastonetes, 12; Segmentados, 44; Eosinófilos, 7; Basófilos, 0; Linfócitos, 24; Monócitos, 13; Hemácias, 4.600.000; Hemoglobina, 93%; Hematócrito, 39%; Valor Globular, 1,0; Volume médio, 84 u 3; Hemossedimentação, 67; Tempo de Sangria, 1'; Tempo de Coagulação, 4'; Plaquetas, 320.000. 2) *Químico de Sangue*: Uréia, 35 mg%; Glicose, 80 mg%; Proteínas totais, 7,0 gr%; Serina, 3,2 gr%; Globulina, 3,8 gr%; Índice S/G. 0,8. 3) *Urina*: Raras hemácias.

1.^a INTERVENÇÃO CIRÚRGICA — Em 11-11-58. Anestesia potencializada com intubação traqueal. Foi feito o esvaziamento ganglionar total do lado esquerdo do pescoço. Verificou-se a existência de um nódulo fixo à artéria carótida externa, que foi ligada. Foram ressecadas as veias jugulares anterior, externa e interna e foi ligado o canal torácico. Drenagem por aspiração com tubo de polietileno. Durante a operação foram administrados 850 cc de sangue. Duração da operação: 3,10 horas.

PÓS-OPERATÓRIO — Surtos de dispnéia, taquicardia, tonturas e cefaléia frontal. A dispnéia foi interpretada como ventilatória, devida à secreção. Verificou-se perturbação visual discreta mas progressi-

va, exacerbada com a mudança do decúbito. Até 17-11-58 foi medicado com aminofilina, oxigênio, carbogênio, soro glicosado, anti-bióticos, sedativos. Em 18-11-58 verificou-se necrose dos retalhos cutâneos e abundante linforrêia. Em 19-11 foram administrados 500 cc de sangue, melhorando sensivelmente.

2.^a INTERVENÇÃO CIRÚRGICA —

Em 21-11-58, sob anestesia local, foram abertos os planos superficiais, retirado o "queijo linfático" e tentada a ligadura do canal torácico, que não foi possível. Foi introduzida uma gaze no interior desse vaso e feito o tamponamento da ferida.

PÓS-OPERATÓRIO — Apesar da terapêutica medicamentosa intensiva, o estado geral do paciente continuou precário. Seis dias depois do tamponamento, isto é, em 27-11-58, não havia mais linforrêia. Entretanto, nessa mesma ocasião o paciente teve uma crise de dispnéia, com intensa cianose, que cedeu com estrofantina, aminofilina e coramina. Entre 21-11 e 1-12 foram feitas cinco transfusões de sangue, entre 300 e 500 cc, e 500 cc de plasma. Houve ligeira melhoria do estado geral, mas o paciente apresentava muito catarro, com difícil expectoração. Em 9-12 começou a queixar-se de cefaléia e sonolência. O exame neurológico sugeriu edema cerebral não havendo sinais clínicos de metástases. Daí por diante houve ligeira melhoria do estado geral, mas a sonolência persistiu. Até fim de dezembro houve eliminação dos retalhos necrosados, limpando-se a ferida. Em 2-1-59 houve pequena hemorragia na ferida operatória, que foi facilmente controlada com curativo compressivo. Em 5-1 forte hemorragia, acompanhada de choque, baixando a pressão arterial a 5 x 2. Com transfusão de sangue e coagulantes pôde-se dominar momentaneamente a hemorragia. Considerando o risco de novas hemorragias, por estar a carótida exposta, resolveu-se recobrir a área cruenta com um retalho pediculado. Foram feitos 500 cc de sangue. Apesar disso houve nova hemorragia na manhã do dia 6-1, resolvendo-se levá-lo para a mesa operatória na mesma hora.

3.^a INTERVENÇÃO CIRÚRGICA —

Em 6-1-59, sob anestesia por inalação, foi recoberta a perda de substância por meio

de um retalho pediculado, com base na região occipital. Foi feito curativo compressivo.

PÓS-OPERATÓRIO — Em 7-1 ainda teve hemorragia sob o retalho. De 8-1 a 11-1 cederam as hemorragias, tendo o paciente tomado 6.933 cc de sangue e 850 cc de plasma, soro glicosado, estrofantina, aminofilina e anti-bióticos. Sentia-se extremamente fraco e estava muito pálido. O exame hematológico, feito no dia 8-1, mostrou 4.150.000 hemácias, 83% de hemoglobina, hematócrito 34%, valor globular 1,0, hemossedimentação 45 e plaquetas 320.000. Na mesma ocasião, o exame químico de sangue mostrou: uréia 45 mg%, glicose 95 mg%, proteínas totais 5,3 gr%, serina 2,6%, globulina 2,7%, Índice S/G 0,9. Em 12-1-59, às 23,30 horas, veio a falecer de forma súbita sem ter sido visto por médico nos momentos que precederam a morte.

EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DA PEÇA OPERATÓRIA — Metástases de carcinoma espino-celular em gânglios linfáticos. Foram examinados 28 gânglios, dos quais 5 estavam invadidos.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR

Dr. Sergio Aquesla

ANATÔMICOS:

Doença Principal: Carcinoma espino-celular do véu palatino, epiglote e seio piriforme D — irradiado;

Bronquectasias da região para-hilar D;

Paquipleuriz?

FUNCIONAIS:

Hipoproteinemia;

Anemia normocítica normocromica;

CAUSA MORTIS:

Insuficiência circulatória periférica?

Edema cerebral?

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. HUMBERTO TORLONI — O Dr. Jacyr faz comentários sobre as radiografias. Uma foi tirada a 12 de junho, ocasião da internação, e a outra, dois meses antes da morte.

DR. JACYR QUADROS — Esse doente apresentava já, na radiografia, espessamento da pleura, no ápice E. Chama a atenção o as-

pecto de favo de mel na região para-hilar. É uma trama muito intensa. O aspecto, em conjunto, poderia lembrar uma micose pulmonar. Não sei se a Anatomia Patológica teria encontrado alguma coisa neste sentido. Tratar-se-ia de uma bronquectasia ou mesmo de um processo pneumônico. A imagem para-hilar não lembra metástases, ao passo que a imagem no ápice dá a impressão de uma metástase empurrando a pleura.

DR. HUMBERTO TORLONI — O colega faz o diagnóstico de metástase?

DR. JACYR QUADROS — Não. Se existisse apenas a imagem no ápice poder-se-ia pensar até em tumor de Pancoast.

DR. SERGIO ACQUESTA — A segunda radiografia é de 29 de novembro de 1958. Nessa época o paciente apresentava linforrêia na região supra-clavicular, o que pode explicar perfeitamente este aspecto. Esta mancha pode ser linfa.

DR. HUMBERTO TORLONI — Por essa razão e por outra que veremos daqui a pouco é que peço o diagnóstico diferencial.

DR. JACYR QUADROS — O fato é que havia espessamento pleural ou derrame pleural do ápice. Este processo, exacerbado, poderia atingir a parte média, podendo-se pensar num Pancoast, num processo empurrando a pleura. Se empurrou o mediastino, é uma possibilidade que não pode ser excluída. Na parte da radiografia da laringe o interesse radiológico é menor. Apenas informa que a região subglótica tinha aspecto normal.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Queria perguntar se essa sombra em varo de mel dá para localizar os lobos.

DR. JACYR QUADROS — Seria preciso um perfil, que não temos.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Nessa radiografia não se nota nada no parênquima pulmonar?

DR. JACYR QUADROS — Nada. Lembremos que o parênquima pulmonar, de conjunto, mostra uma fibrose intersticial difusa. Não vejo mais nada de maior importância.

DR. RENATO CINTRA — Mas esse aspecto não pode ser explicado pela quilorrêia?

DR. JACYR QUADROS — Não parece, porque há demarcação da parte média. Consideraria então o fenômeno contrário: que seja uma metástase, tendo possivelmente invadido a pleura. Isto porque não havia razão de a quilorrêia ter atingido a parte média.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — A sombra do ápice é intrapleural ou mediastinal?

DR. JACYR QUADROS — Esta sombra superior está provavelmente por cima da cúpula pleural, comprimindo o pulmão.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Isso poderia ser um curativo ou um tampão?

DR. JACYR QUADROS — Não. Nesta radiografia não havia curativo nenhum, e já havia este aspecto de velamento.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Parece haver um tamponamento. Gostaria que o Dr. Sergio dissesse alguma coisa a respeito.

DR. JACYR QUADROS — Este velamento do ápice pode correr por conta de tumor extrínseco comprimindo a pleura. Um curativo que comprima as partes moles também poderia ser responsável por esta sombra. Mas

este aspecto dá a impressão de que ou existia uma tumoração de partes moles, já penetrando ao nível da fossa, ou de que esse tumor já era mais profundo.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Queria que o Dr. Sergio explicasse melhor certos detalhes que o resumo não dá muito bem. Diz aqui que o doente foi internado com idéia de fazer esvaziamento cervical esquerdo e parotidectomia.

DR. SERGIO ACQUESTA — Não foi feita a parotidectomia.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — O que importa não é saber o que se tinha idéia de fazer, mas sim o que foi feito. É preciso que se defina exatamente qual a intervenção que foi feita, quais os vasos que foram ressecados e ligados, e qual o tratamento que se deu ao canal torácico. E mais alguma coisa que tenha aparecido, como qual o achado cirúrgico durante a dissecação do pescoço. Queria que o Dr. Sergio esclarecesse um pouco melhor este aspecto.

DR. SERGIO ACQUESTA — Pois não. Aquêles nódulo palpável sub-ângulo maxilar parecia estar fixo à parótida. Na realidade estava fixo à carótida externa. Foi ressecada a carótida externa e também a veia jugular interna.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Na fossa supra-clavicular foi encontrada alguma coisa diferente?

DR. SERGIO ACQUESTA — Não foi encontrado nada. Foi um esvaziamento cervical típico. Apenas diferenciou-se na ligadura da carótida externa. No pós-operatório, como o doente apresentasse uma quilorrêia, foram feitos vários curativos compressivos, tentando coibi-la. Como nada se conseguisse, foi feita a reabertura da ferida e um tamponamento direto. Isto porque não foi possível identificar o canal torácico. Desejo aproveitar estar com a palavra para fazer uma pergunta. Não acha o Dr. Jacyr que o aspecto nessa radiografia faz lembrar uma tuberculose pulmonar?

DR. JACYR QUADROS — Não. Pelo menos o ápice direito está livre. E não existe calcificação. O aspecto sugere mais uma fibrose pulmonar. Se lembrasse alguma coisa mais, lembraria uma micose.

DR. RENATO CINTRA — Quero fazer alguns comentários sobre o tratamento radio-terápico que, a meu ver, foi muito bem orientado. A prova disto é que este homem, que tinha tumores múltiplos da boca e faringe, ficou assintomático, e o Serviço de Cabeça e Pescoço criou coragem para fazer um esvaziamento cervical, apesar do nódulo fixo, o que na minha opinião não devia ser feito, considerando ter sido intensamente irradiado com 4.110 r. Esse doente fez 250 r por dia na pele.

DR. HUMBERTO TORLONI — Quando o colega diz pele, quer significar todas as partes moles do pescoço?

DR. JACYR QUADROS — Eu também tenho a impressão de que a cirurgia não devia ter sido feita. Foi feita uma radioterapia paliativa, cujo resultado já poderia ser considerado bom.

DR. ALFREDO ABRÃO — Queria dizer duas palavras sobre a imagem. O Dr. Jacyr aventou a hipótese de uma Pancoast. Não se deve falar em Pancoast só com sinais radio-

lógicos. Essa síndrome envolve outros sinais clínicos: velamento do ápice, síndrome do Claude Bernard e Horner e paralisia do nervo braquial interno. Com base apenas naquele velamento do ápice não se deve falar em Pancoast.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Quero perguntar aos cirurgiões: é o canal torácico ligado como rotina nos esvaziamentos cervicais, ou só em caso de acidente?

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — O aspecto mais importante do caso seria a indicação cirúrgica, depois da irradiação, porque uma necrose tão grande de retalhos no pescoço não é comum. Às vezes acontece, realmente, mas aqui há a considerar as proporções dessa necrose. Ora, não se pode mesmo deixar de considerar a dose de raios X que esse indivíduo tomou: 4.110 r, em quatro campos, segundo vi na ficha. Isto o colocava em más condições para um esvaziamento. Tecnicamente, não há necessidade de ligar o canal torácico. Esta é a minha orientação. Procuro não ligar o canal torácico. A própria ligadura é precária. Não há ligadura de vaso linfático garantida como a de um vaso sanguíneo. Numa necrose intensa é provável que essa ligadura escape, como aconteceu neste caso. A má evolução do caso se deu pela necrose e, em segundo lugar, pela perda de linfa. O único ponto que fica realmente obscuro para nós é a imagem radiológica. Estou com o Dr. Abrão. Quando o Dr. Jacyr falou em Pancoast, disse que parecia tratar-se dessa síndrome. Acho que o Dr. Sérgio está certo: a imagem no ápice deve ser uma infiltração líquida. E o tamponamento feito em cima deu aquela imagem. Não vejo outra possibilidade, apesar de esta outra chapa mostrar alguma coisa já na região supra-apical, que é a região realmente do Pancoast. É a única semelhança. Assim, continuo um pouco confuso. Era apenas o comentário que poderia fazer.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Querida, continuando a explicação do Prof. Prudente, dizer qualquer coisa a respeito também da indicação cirúrgica e do problema do gânglio fixo. Este é um caso que inicialmente foi considerado inoperável do ponto de vista cirúrgico, devido à multiplicidade e à extensão das lesões. Depois de esterilizadas as lesões primárias, apresentava-se um nódulo, que chamaremos aqui de semi-fixo. Que não era fixo, a maior prova é que saiu com boa margem. Daí a sugestão que houve de parotidectomia. Não existia problema de parotidectomia total. E é justamente aí, na loja parotidiana, em que entra a carótida externa, que o nódulo estava fixo ao polo inferior da parótida e à carótida externa, cujas relações anatómicas são muito íntimas. O tumor saiu com margem muito grande, pelo que consta do relatório da operação. E isto prova a perfeita ressecabilidade. Quanto ao problema da radioterapia gostaria de fazer uma pergunta que já fiz várias vezes aos especialistas. Pelo que sei, a Radioterapia bem aplicada não dá complicações de rádio-necrose, de esclerose vascular, e o retalho não sofre. Aliás, isso é voz corrente entre nós, que operamos doentes já irradiados. Ouvimos sempre dizer que um doente bem irradiado, que não fez superdosagem, não tem problemas de isquemia ou

necrose do retalho. Então, o problema cirúrgico seria igual, antes ou depois da irradiação. Salvo se foi feita uma dose excessiva ou coisa que valha. Este doente, para ser preciso, fez 4.110 r. Não sou especialista, mas acho que é uma dose que não é considerada super-dosagem. Está bem feita. Não deveria ser causa de necrose. Como disse o Prof. Prudente, existem acidentes de necrose, mas não se pode culpar o cirurgião. Esse acidente estava associado ou foi precipitado por uma quilorréia, que foi a grande causa da deiscência. Ela foi a causa da deiscência; não veio depois. Portanto, o acidente foi quilorréia. A deiscência foi secundária, causada, pelo acidente inicial. O Dr. Cintra disse que com esse gânglio fixo não deveria ser operado, mas aqui a intervenção se justifica. Nós indicariamos a operação novamente. Foi um caso que teve um resultado brilhante, apesar de ser um caso mau. Foi um caso que fez uma dose de radioterapia não excessiva e que não devia dar complicações consequentes à radioterapia. O problema de ligadura do canal torácico é outro ponto discutido. A grande polêmica dos esvaziadores do pescoço é em torno do fato, frisado pelo Prof. Prudente, de que essa ligadura não dá garantias. Não deveria ser feita rotineiramente. De fato, o canal torácico não é ligado assim rotineiramente. Ele é ligado quando é alto, isto é, desde que desemboque na jugular interna a mais de 1 ou 1,5 cm acima da junção subclávio-jugular. E isto, na nossa experiência, ocorre na grande maioria dos casos. Em 70% dos casos o canal torácico desemboca ali, ou por um duto único, ou por dois dutos. Nesse caso, deve ser ressecado, se não o esvaziamento não é total. Do contrário se correria o risco de lesar o canal torácico. Preferimos ressecar o canal torácico e o pé da jugular, para não nos arriscarmos a uma lesão que passe inadvertida e que possa trazer complicações mais tarde.

DR. HUMBERTO TORLONI — Há alguma complicação nessa ligadura?

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Não, não há nenhuma.

DR. HUMBERTO TORLONI — Complicações para o lado da circulação linfática?

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Não. Há um acúmulo de linfa, uma distensão grande dos linfáticos no tórax e até no abdôme. Há uma hipertensão linfática, que é depois compensada. Mas, com uma ligadura bem feita e sem estes acidentes de ruptura da lesão, não há complicação nenhuma.

DR. ROXO NOBRE — Os comentários do Dr. Josias me parecem absolutamente justificáveis no que concerne à indicação da cirurgia depois da radioterapia. Tive o cuidado de ver quanto tempo depois da radioterapia esse doente foi operado. Fez a radioterapia a 30 de julho de 1958 e só foi operado a 11 de novembro do mesmo ano. Fez 4.110 r em seis semanas, o que não é super-dosagem, de forma nenhuma. É uma circunstância que, em condições do terreno normal, deve dar uma recuperação perfeitamente compatível com a cirurgia. Não posso julgar do caso porque não tenho elementos para saber se havia ou não lesões radioterápicas. Mas não há referências a nenhuma manifestação cutânea irreversível, de modo que, num terreno de bom

aspecto, com uma radioterapia feita com 4.110 r em seis semanas, que é um tempo bastante dilatado, não vejo como devesse ser contraindicada a cirurgia. Este fator não deve ser considerado, nestas condições, como contraindicação.

DR. ELOY PARISI — Queria comentar dois pontos principais: um, quanto à indicação do tratamento. Houve duas opiniões diferentes. Segundo ouvi dizer, o Dr. Jorge havia contraindicado a cirurgia devido ao aspecto pulmonar. E ouvi também o Dr. Josias dizer que a cirurgia estava contraindicada pela extensão da lesão. Se foi pela extensão da lesão, estou de acordo. Se pela situação pulmonar, estou em desacordo. Porque, com aquela quantidade de pulmão funcional, este indivíduo poderia ser operado. As lesões que apresenta na primeira radiografia dão a impressão de lesões antigas, crônicas, um processo que havia tido, com reação pleural de um lado e com provavelmente comprometimento do parênquima, de outro lado. Provavelmente veio a fazer-se, com a retração que se processou, uma cicatrização, dando aquele aspecto de favo de mel. De modo que isto não seria contraindicação, se as provas não viessem a revelar uma grande diminuição da capacidade respiratória.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Quero crer que a contraindicação pulmonar interpretada pelo Dr. Jorge fôsse metastática e não funcional. Não é assim, Dr. Josias?

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Não tenho conhecimento dessa contraindicação pelo problema pulmonar. Gostaria que isto me fôsse mostrado. Foi dito aqui. Mas acho que não existiu no caso esse problema da contraindicação pela situação do pulmão.

DR. ELOY PARISI — Se era pela extensão da lesão, muito bem. Se, pela situação do pulmão, não. Quanto ao aspecto da outra radiografia, não tenho dúvida nenhuma de que aquilo é invasão de linfa ou outro material naquela região. O doente foi operado no dia 11. A complicação apareceu, no pós-operatório, dois ou três dias depois. Nada é constatado de tumor naquele ponto. Logo, só pode ter sido líquido. É linfa, é outra secreção, é curativo, mas não é pulmão.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Este caso foi muito bem discutido, no que diz respeito a diagnóstico e às diferentes interpretações, do ponto de vista radiológico e mesmo clínico. Nada terei a acrescentar a respeito da parte pulmonar. O indivíduo era um pulmonar, bronquítico antigo, com reação pleural suprapical esquerda. Foi aumentado o velame pelo acidente ou esvaziamento de linfa etc. É possível que a explicação anátomo-patológica não seja esta, mas acho que o raciocínio coerente que deve ser feito é este: era um pulmonar antigo, com um paquipleuriz, segundo é comumente chamado. Mas, pelo rigor da nomenclatura, devemos dizer que se trata de uma fibrose pulmonar, porque paquipleuriz lembra um processo ativo, enquanto a fibrose pulmonar lembra um processo passivo. Quanto à síndrome de Pancoast, já foi muito bem comentada pelo Dr. Abrão. Resta-me dizer, então, que tenho dúvidas a respeito da "causa mortis" desse paciente. Mas é possível, que, em virtude de edema cerebral ou hipertensão encefálica — melhor dizendo, pro-

duzida pelo edema de todo o encéfalo, tenha repercutido inclusive nos centros neurovegetativos, que levam muitas vezes à morte súbita. A morte pode ter sido súbita, portanto, em consequência de uma situação encefálica progressiva, principalmente porque a situação metabólica piorou com o extravazamento da linfa. Como sabemos, a concentração lipídica do plasma vem a ser um dos componentes importantes para a manutenção da pressão osmótica desse plasma. Ora, houve uma perda muito grave de linfa. Consequentemente, acho que, por uma hipótese mais provável e coerente com o raciocínio clínico, a morte veio a se dar por edema cerebral progressivo. A queda das proteínas, que figura no relato do caso clínico, também demonstra o mesmo fato, isto é, é coerente com o mesmo raciocínio. Assim, encerra-se o caso.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS

MOLÉSTIA PRINCIPAL — Carcinoma espino-celular do pátalo mole e do pilar posterior.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS —

Esão da carótida primitiva.

Lig. dura da carótida externa.

Tuberculose pulmonar.

Bronquiectasia do lobo médio do pulmão direito.

Paquipleurite parcial.

Gastrite atrófica.

Esplenite sub-aguda.

Peri-esplenite crônica.

Estase linfática mesentérica.

DISCUSSÃO DA ANATOMIA PATOLÓGICA

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — (projeção) Quero molestar o auditório só para mostrar duas lâminas. A primeira que vou projetar é de um fragmento que corresponde à carótida primitiva, bastante dilatada, que apresenta uma rutura vascular obliterada por um tampão de coágulo sanguíneo. É mais eloqüente ver a peça que vou projetar em seguida. Isto é, ao nível da carótida primitiva, onde se nota a parede vascular adelgada neste lugar, e esta pequena superfície formada pela parede e pela fibrina coagulada. O resto é um tampão de sangue coagulado. Depois da ligadura do conduto torácico se produziu este enfarte ganglionar de cór esbranquiçada, em toda a porção do mesentério, inclusive paredes intestinais.

DR. HUMBERTO TORLONI — Quero chamar a atenção para este aspecto, que conhecemos de livro de Rouvière. É a primeira vez que conseguimos ver de maneira eloqüente, graças a um acidente cirúrgico, a rede linfática em toda a sua plenitude. Gânglios linfáticos enfartados. Os canais linfáticos ligando os diferentes gânglios. Gânglios linfáticos

com a cor esbranquiçada do leite. Enquanto se foi chamar o fotógrafo, alguns linfáticos se rompiam e extravazavam líquido leitoso. À medida que se caminhava em direção à zona da cisterna de Pecquet, este emaranhado ia aumentando de maneira extraordinária. Este é um dos grandes ensinamentos da autópsia. Vejam os colegas os filamentos de linfáticos vindos da sub-serosa, da mucosa intestinal. Insistimos na necessidade de este aspecto ser gravado, porque não é freqüente a visualização dos linfáticos. É um dos territórios mais difíceis de serem injetados.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Quero agora mostrar os vários achados anátomo-patológicos: Tuberculose pulmonar, ocupando os dois campos pulmonares e dando a impressão de uma recente tuberculose. Paquipleurite, ocupando o ápice do lobo pulmonar esquerdo. Bronquectasia, estando evidentemente os lobos médios do pulmão direito infectados.

DR. JACYR QUADROS — A chapa não dava a impressão de cavernas.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Não. Era uma típica bronquectasia.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Essa tuberculose era bilateral?

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Sim. Ocupava todos os campos pulmonares. Agora, se abre outro problema na discussão. Não sei se será possível demonstrar a existência desta tuberculose pulmonar. Esta tuberculose existia e se podia diagnosticar, creio, na época em que se fez o esvaziamento cervical, pelo exame da peça operatória. Fazendo uma revisão das lâminas da peça operatória, encontrei gigantocitos de Langhans típicos. Isto significa que esta tuberculose pulmonar poderia haver sido descoberta naquela época em que se fez o estudo do esvaziamento cervical, ainda quando a radiografia ficou muda para este diagnóstico.

DR. HUMBERTO TORLONI — Verificam os colegas que a revisão da peça cirúrgica permitiu se fizesse um diagnóstico retrospectivo de tuberculose. Mas isto só foi confirmado depois de ter o pulmão na mão.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Não entendi bem. Pelo exame da peça foi feito o diagnóstico retrospectivo de tuberculose pulmonar?

DR. HUMBERTO TORLONI — Não. Só depois que se teve o pulmão na mão. Fez-se menção a gigantocitos de corpo estranho com colesterol. Há, realmente. Então, ao rever o caso, pediu-me o Dr. Leopoldo que o fizesse também. Foram verificadas lesões típicas, foliculares, tuberculosas. Havia também um trajeto fistuloso na pele, a que não se fez menção nenhuma. Talvez seja imputável à radioterapia essa necrose.

DR. SAMPAIO CORREIA — A que se atribuiria essa presença de gigantocitos e a formação de colesterina?

DR. HUMBERTO TORLONI — É um achado bastante freqüente em tumores irradiados a presença de áreas de necrose com cristais de colesterina e a presença de gigantocitos de corpo estranho. De maneira que aquele laudo tinha uma interpretação normal. Eu não pensaria ainda hoje em tuberculose, re-

vendo aquela lâmina, se não tivesse feito a autópsia.

DR. JACYR QUADROS — O doente morreu quanto tempo depois da última radiografia?

DR. HUMBERTO TORLONI — Um mês e quinze dias depois.

DR. JACYR QUADROS — Tuberculose exsudativa?

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Predominantemente do tipo miliar. Gânglios pequenos, do tamanho de uma cabeça de alfinete.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Não se podia fazer o diagnóstico.

DR. JACYR QUADROS — Estas lesões que se vêm na radiografia podem ser perfeitamente lesões de tuberculose. A fibrose é mais ou menos difusa. Embora não houvesse elemento seguro para afirmar, lembrava, como disse, mais uma micose. Conhecemos a dificuldade que se tem de distinguir uma coisa da outra. A impressão que se tem é de uma disseminação hematogênica. O ápice não lembrava tuberculose antiga, razão por que não pensamos nisso.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — A lesão é de tipo granúlia, como cabeça de alfinete, que é impossível diagnosticar.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Apenas uma pergunta à Anatomia Patológica: qual a explicação definitiva deste aspecto do ápice?

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Neste ápice foi encontrada uma pleurite parcial antiga, localizada, fibrótica. É uma aderência pleural fixa.

DR. HUMBERTO TORLONI — Há outra imagem em discussão. O Dr. Jacyr dizia que era tumor de partes moles. Corresponderia a fossa supra-clavicular para nós, na autópsia. Nesse lugar havia alguma coisa?

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Nesse lugar não havia nada.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — A linfa não poderia ter desaparecido dali?

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — A interpretação, então, tem que ser a seguinte: a dilatação brutal de todo o sistema linfático deve ter provocado um verdadeiro lago linfático na região supra-apical.

DR. ELOY PARISI — O comentário que queria fazer foi feito pelo Prof. Prudente. A explicação acho que continua sendo por linfa coletada. A sombra vem desde o mediastino, partes moles e ápice. Na reabertura, provavelmente, o líquido drenou e desapareceu. Em segundo lugar, já vi outras vezes, não muitas, lesões como sequelas da tuberculose, e aparecimento de bronquectasia em lobos diferentes, às vezes de ápice e às vezes de hilo, bronquectasia conseqüente ao processo tuberculoso curado, com retração e, portanto, dilatação brônquica. Mas lesões que não se podem afirmar clinicamente se estão ou não ainda presentes. Então se diria: não está demonstrado que estejam em atividade, mas podem persistir. E isto, depois de uma queda de resistência, deve justificar plenamente aquela disseminação, aquela reexacerbação do processo e a granúlia havidia.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Talvez não tenha ficado bem clara a conduta cirúrgica no caso, o que está causando estas dúvidas. Em primeiro lugar, esse doer-

te tinha, na ocasião, aquela coleção que a meu ver é linfa. Isto, no dia 20. No dia 21, foi reaberto, com diagnóstico de linforrêia. Feita a revisão da cavidade, removeu-se essa linfa, que fica com aspecto de queijo mole e que era responsável pela sombra. No momento da autópsia não encontrou nada mais. Quando se fez o tamponamento, introduziu-se uma ponta de gase dentro do canal torácico. Isto causou o engurgitamento, como a necrópsia mostrou.

DR. HUMBERTO TORLONI — Foi uma pena que nos tivéssemos descuidado da gase. Não soubemos dêsse detalhe anteriormente, senão teríamos começado por aí.

DR. ALFREDO ABRÃO — Não encontro justificativa para a ligadura sistemática do canal torácico. Estou com o Prof. Prudente: acho que deve ser conservado sempre, mesmo quando desemboca mais alto.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Nós ressecamos a jugular interna rotineiramente, e essa ressecção é feita baixa. Para se fazer uma ressecção ampla da veia jugular é que ligamos o duto torácico quando êle desemboca alto, acima de 1 a 1,50 cm da confluência.

DR. GEORGES ARIÉ — Estou perfeitamente de acôrdo com o Prof. Prudente e com o Dr. Abrão. Pergunto ao Dr. Josias se êste é o primeiro acidente que tem.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Conheço neste hospital dois casos de falecimento por quilotorax. São dois casos em três anos e meio em que me encontro neste Hospital.

DR. HUMBERTO TORLONI — Os senhores verificam que êste é um caso extremamente interessante, envolvendo a objetivação de dados anatômicos que não se vêem frequentemente. Os dois casos semelhantes, em que houve complicações, foram fatais.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — A meu ver não era possível diagnosticar essa tuberculose, que não foi radiografada dado um estado hipoérgico decorrente da situação cirúrgica e cancerosa do paciente. Essa tuberculose era impossível de diagnosticar-se clinicamente na ocasião em que se instalou, mesmo porque se tratou de uma disseminação hematogênica por reinfeção, que teve sua reativação de processo tuberculoso por uma hipoergia.