

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

191.^a Reunião Anátomo-Clinica - (2/4/59)

Carcinoma espinho-celular do lábio inferior operado

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

Secretário: Dr. Humberto Torloni — Di-
retor do Departamento de Anatomia Patol-
ógica.

Relator: Dr. Euclides Rique Ferreira —
Residente de Cirurgia.

Comentador: Dr. Dino Bandiera — Titu-
lar de Cirurgia.

Necroscopista: Dr. Jesus Carlos Machado
— Titular de Anatomia-Patológica.

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

CASO CLÍNICO (Registro n.º 58.0925)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

B. A. — 48 anos, masculino, brasileira,
branca, casado, lavrador.

CONSULTA — 12 de abril de 1958.

QUEIXA PRINCIPAL — Ferida no
lábio inferior.

ANTECEDENTES FAMILIARES —
Pais falecidos de causa ignorada. Não re-
fere casos de neoplasia na família.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Fu-
mante moderado e etilista. Cancro mole e
duro (sic). Reumatismo.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL
— Refere o paciente que há 40 dias fe-
riu-se no lábio inferior com uma espinha
de peixe. Em vez de cicatrizar, a ferida
aumentou de extensão, provocando última-
mente sensação de queimação com elimi-
nação de secreção purulenta.

EXAME FÍSICO GERAL — Aspecto
geral regular. Facies atípicas. Pele nor-
mal com cicatriz de antráz na nuca. Ao

exame físico dos diferentes aparelhos
nada foi encontrado de anormal. Pêso :
42 Kg. Altura: 1,52 cm (o pêso habitual
era de 48 Kg).

EXAME REGIONAL — Extensa lesão
últero-vegetante tomando a metade direi-
ta do lábio inferior, cuja face mucosa é
inteiramente ocupada por ela, atingindo o
sulco gengivo-labial inferior. Estende-se
até à comissura direita e ultrapassa, do
outro lado, a linha mediana. Mede pouco
mais de 4 cm em seu maior diâmetro. Sua
superfície é grosseiramente granulosa, em
grande parte recoberta por exsudato saino-
so amarelado, havendo em sua porção mais
externa, crostas hemáticas ao nível do ver-
melhão. A massa tumoral impede o fecha-
mento completo da rima bucal. Péssima hi-
giene bucal, com falhas de inúmeros den-
tes. Alguns dentes isolados da arcada in-
ferior coincidem com a sede da lesão, que

é traumatizada por êles. O tumor exala mau cheiro (necrótico).

Nódulos visíveis, formando saliências polilobuladas em ambas regiões submandibulares. Do lado esquerdo são palpados dois nódulos sub-mandibulares de consistência lenhosa, medindo 1,5 cm. cada um. Do lado direito há um só nódulo, também lenhoso, de 2,5 cm. de diâmetro.

Foi retirado material para biopsia.

Enviado para higiene bucal. pré-operatória.

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO — Tumor úlcero-infiltrativo do lábio inferior com metástases cervicais bi-laterais.

PROPOSTA TERAPÊUTICA — Exérese do tumor labial com plástico de tipo Estlander. A seguir esvaziamento cervical em collar.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS PRÉ-OPERATÓRIOS — 1) *Urina*: Aspecto turvo, traços de albumina; 2) *Hematológico*: Leucócitos, 5.000; Bastonetes, 3; Segmentados, 73; Eosinófilos, 2; Basófilos, 1; Linfócitos, 14; Monócitos, 7; Hemácias, 3.700.000; Hemoglobina, 74%; Hematócrito 26%; Valor Globular, 1,0; Volume Médio, 70 μ 3; Hemossedimentação, 10; Sangria, 1'30"; Coagulação, 4'30"; Plaquetas, 220.000. 3) *Químico do Sangue*: Uréia 60 mg%; Glicose, 90 mg%; Proteínas totais, 6,1 gr%; Serina, 4,0 gr%; Globulina, 2,1 gr%; Índice S/G, 1,9. 4) *Biopsia*: Carcinoma espino celular pouco diferenciado.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR — Em 15-4-58.

PRÉ-OPERATÓRIO — Dieta sem resíduo, hidratação, transfusões de sangue (total de 1.000 ml).

1.ª INTERVENÇÃO CIRÚRGICA — Em 22-4-58, sob anestesia geral, com intubação traqueal. O achado operatório mostrou haver maior extensão das lesões, com invasão da parede mucosa da região geniana. Foi feita a ampla ressecção eletro-cirúrgica à distância das lesões, saturando-se apenas a pele à mucosa.

EXAME ANATOMO PATOLÓGICO DA PEÇA — Carcinoma espino-celular corneificado.

PÓS-OPERATÓRIO — Sem acidentes. Os nódulos sub-mandibulares aumentaram consideravelmente, surgindo mais um,

sub-mentoneiro, e outro, da cadeia jugular interna direita. Resolveu-se realizar logo o esvaziamento ganglionar, modificando a primeira proposta terapêutica para esvaziamento total direito e supra-hióideo esquerdo.

2.ª INTERVENÇÃO CIRÚRGICA — Em 5-5-58, sob anestesia geral e intubação traqueal, foi feito o esvaziamento cervical total à direita e, supra-hióideo à esquerda. Verificou-se, ao ato cirúrgico, que as fibras do masseter estavam invadidas pelo tumor, tendo-se ressecado parte desse músculo juntamente com o perióstio mandibular sub-jacente. Drenagem por aspiração com tubo de polietileno.

Durante a operação foram feitos 900 cc de sangue.

EXAME ANATOMO - PATOLÓGICO DA PEÇA OPERATÓRIA — Metástases de carcinoma espino-celular corneificado em 19 gânglios, entre os 34 examinados.

PÓS-OPERATÓRIO — A não ser pequena área de necrose nos bordos dos retalhos cutâneos, a evolução pós-operatória processou-se sem incidentes. No 9.º dia de pós-operatório verificou-se recidiva tumoral na linha de ressecção do lábio inferior. Foi feita uma biopsia que mostrou "recidiva de carcinoma espino-celular corneificado". Nessa ocasião o exame hematológico mostrava Hemácias, 4.250.000; Hemoglobina, 83%; Hematócrito, 34%. As condições locais pioraram rapidamente, nos dias que se seguiram. Formou-se acentuado linfedema da face, com aparecimento de abscessos nas zonas de recidiva. Apareceram novos nódulos tumorais, localizados no lábio superior e na bochecha direita. A sialorréia era muito abundante. O caso foi considerado fora de qualquer possibilidade terapêutica radical.

TRATAMENTO PALIATIVO — Antibióticos, sedativos e curativos adequados. Em 2-6-58 foi feita a eletro-exérese do restante do lábio inferior e eletro-coagulação dos outros nódulos tumorais, com finalidade higiênica. A 11-6-58 surgiu novo nódulo metastático, na região retro-auricular direita.

EVOLUÇÃO FINAL — O estado geral do paciente foi se tornando cada vez mais precário. Novos nódulos tumorais apareceram na face, havendo formação de absces-

sos. Iniciaram-se curativos com permanganato de potássio. A alimentação se tornou difícil, administrando-se sôro glicosado.

Do dia 20-6-58 em diante agravou-se sobremaneira o estado geral do doente, surgindo edema dos membros inferiores.

Óbito às 19,45 horas de 25-6-58.

DIAGNÓSTICOS DO RELATOR

Dr. Euclides Rique Ferreira

ANATÔMICO :

Tumor úlcero-vegetante infiltrativo do lábio inferior esquerdo.

HISTOPATOLÓGICO :

Carcinoma espino-celular corneificado do lábio inferior.

FUNCIONAIS :

1) Anemia; 2) Desidratação; 3) Hemococentração.

CAUSA MORTIS :

Caquexia Cancerosa.

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. DINO BANDIERA — Desejo inicialmente apresentar meus cumprimentos ao Serviço de Cabeça e Pescoço pela precisão, exatidão e minúcia na descrição das lesões encontradas no paciente.

Desejo chamar a atenção da casa para um detalhe, que se me afigura de importância: o tempo de evolução das lesões. Em quarenta dias a tumoração já tomava toda a metade do lábio inferior, ultrapassando a linha mediana. Os gânglios estavam aumentados de volume e com consistência dura, sendo portanto clinicamente suspeitos de comprimido.

Clinicamente parece tratar-se de um caso de câncer agudo do lábio inferior, magistralmente descrito por Simone Laborde. Essa evolução rápida e violenta do tumor é praticamente incontrolável pelo tratamento. Foi o que aconteceu neste caso: em quarenta dias de evolução encontramos um grande tumor de lábio, com metástases sub-mandibulares.

Todos sabemos que as metástases de câncer do lábio em gânglios linfáticos não são, de modo geral, tão comuns, como acontece na língua, onde, apesar de não se encontrarem gânglios palpáveis, muitas vezes já estão comprometidos. Daí a justificativa do esvaziamento profilático, que é feito em casos de câncer da língua.

A evolução deste caso foi realmente fora do comum. Se não, vejamos: o doente foi atendido em 15 de abril de 1958. Após preparo e exames de rotina, foi operado em 22 de abril de 1958, isto é, sete dias depois. A operação proposta foi exérese do tumor do lábio e queiloplastia pela técnica de Estlander. Entretanto, já não se pôde seguir esse

plano, pois foi constatado, no início da intervenção, que o tumor tinha se propagado mais, invadindo a parede interna da região geniana. A exérese teve de ser mais ampla.

Infelizmente, desejo chamar a atenção da Anatomia Patológica, a respeito do relatório sobre a peça dessa primeira operação, isto é, desta primeira exérese, que não deu idéia da malignidade do tumor. Não há informação sobre a distância que estava o tumor da linha de ressecção, ou se existiam elementos neoplásicos na linha de ressecção. No oitavo dia pós-operatório, o cirurgião assinalou que os nódulos submandibulares aumentaram consideravelmente de tamanho e assinalou a existência de novos nódulos, um submentoniano e outro jugular. Assim, indicou um esvaziamento cervical total à direita, e um esvaziamento supra-hioideano à esquerda.

A operação foi realizada no dia 5 de maio, portanto treze dias após a primeira exérese.

No exame histopatológico da peça revelou-se o seguinte resultado, que mostra o número de gânglios invadidos em relação ao número de examinados:

gânglios submaxilares esquerdos	1/4
gânglios submentonianos esquerdos ..	3/4
gânglios submaxilares direitos	3/3
gânglios jugulares direitos	3/4
gânglios jugulares anteriores	4/5
gânglios jugulares posteriores	2/10
gânglios espinhais	3/4

19/34

Portanto, em 34 gânglios examinados, 19 já estavam comprometidos por invasão tumoral. Este exame da peça nos mostra uma grande invasão ganglionar, confirmando plenamente os achados clínicos.

No dia 14 de maio, portanto nove dias após a operação, o cirurgião assinala sinais de recidiva local, ao nível da linha cutâneo-mucosa.

Realmente, tratava-se de um caso, já de início, mau. Mas aí acho que, se o cirurgião tivesse tido outra base histopatológica, poderia consultar a radioterapia sobre a possibilidade de fazer um tratamento roentgenterápico.

No dia 22 do mesmo mês, portanto desesete dias após o esvaziamento cervical e trinta dias após a primeira operação, o caso foi considerado fora de possibilidade terapêutica.

No dia 30 foi proposta cirurgia paliativa, eletro-exérese das lesões. Essa cirurgia foi realizada no dia 2 de junho, tendo constado de eletro-exérese da disseminação cutânea. De acordo com o que está no prontuário, a evolução pós-operatória foi boa, até o dia 17 de junho, quando o cirurgião assinalou que o estado geral do paciente era precário. Nos dias subsequentes continuou a queda do estado geral do paciente, tendo sido, no dia 17, que o cirurgião assinalou uma grande disseminação tumoral na hemiface direita.

Não há referência no prontuário, infelizmente, ao balanço hídrico. Há apenas referência ao fato de o doente se alimentar por sonda, não havendo menção à quantidade de alimento nem ao peso do paciente. Também não vi referência ao exame do aparelho cardíaco-respiratório. Provavelmente o Dr. Euclides

des diàriamente procedia a êsse exame, mas não assinalou os resultados no prontuário. Assim, não posso, pelos dados do prontuário, saber realmente qual foi a "causa mortis", por não saber se havia comprometimento de outros órgãos, se havia metástases etc. E' a única restrição que faço.

Também opino que a Radioterapia deveria ter sido consultada, porque nessa disseminação cutânea os resultados são muito maus.

Já não falarei na quimioterapia, pois nessa época provavelmente ainda não tínhamos a experiência necessária nesse setor.

DR. OSWALDO PERES — O Dr. Dino lembrou muito bem, a respeito da consulta que deveria ter sido feita à radioterapia. Neste caso, entretanto, tal consulta seria puramente protocolar, porque não havia indicação nenhuma para êsse tratamento. Era uma lesão extensa, com invasão ganglionar múltipla. A possibilidade de irradiação era praticamente nula.

DR. EUCLIDES RIQUE FERREIRA — Inicialmente quero agradecer as palavras do comentarista e me penitenciar, apesar disto, pela observação que êle fez sobretudo no tocante ao balanço hídrico, ao exame cardíovascular do paciente e à consulta que poderia ter sido feita à Radioterapia. Efetivamente, não foi medido o balanço hídrico, apesar de o doente ter perdido bastante saliva. Não quero crer que isso tenha sido devido ao fato de o paciente ter sido considerado inoperável, porquanto, mesmo nesses casos, tem sido providenciada pelo menos certa documentação. O fato de não ter sido pedido o balanço hídrico se deve a que, no início, eu não tinha ainda suficiente experiência para pedir todos os exames, que são de rotina. Quanto ao raio X de tórax também não foi pedido, embora quase diàriamente eu auscultasse o paciente, tendo constatado que não havia perturbações, pelo menos no aparelho respiratório. Daí o motivo por que não foi pedido raio X. Quanto à terceira observação, já foi praticamente respondida pelo Dr. Peres: não foi feita uma consulta à Radioterapia, devido ao fato de o doente apresentar metástases numerosas, generalizadas, em toda a face. Eram essas as observações que tinha a fazer.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Acho que êste caso é muito simples, do ponto de vista clínico geral. Do ponto de vista cancerológico, já foi suficientemente debatido. E' um caso que pode ser rotulado de câncer agudo, tendo um desfecho natural pelas metástases, pela situação de caquexia a que o doente foi levado. Nada tenho a acrescentar sobre o que já foi comentado. A respeito de possíveis complicações pulmonares, é impossível clinicamente aventarmos qualquer hipótese de uma situação pulmonar, que complicasse o seu estado e viesse a se tornar a sua "causa mortis".

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS

(Autópsia)

MOLÉSTIA PRINCIPAL — Carcinoma espinho-celular do lábio inferior operado.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS —

Metástases de carcinoma espinho-celular em gânglios cervicais.

Infiltração neoplásica da musculatura cervical.

Infiltração neoplásica da pele da face.

Trombose da veia ilíaca externa D.

Trombose da veia femoral D.

Trombose do plexo peri-prostático.

Infarto hemorrágico do pulmão (lobo médio do pulmão D).

Edema pulmonar bilateral.

Edema da perna e pé D.

Arterioesclerose moderada da aorta.

Arterioesclerose renal.

Arterioesclerose de Monckberg.

Pielonefrite crônica.

Áreas de enfisema pulmonar.

Leucoplasia do esôfago.

Atrofia fosca do miocárdio.

Pancreatite crônica inespecífica.

Inchaço turva do fígado.

Antracose pulmonar.

Ausência cirúrgica do lábio inferior.

Caquexia cancerosa.

CAUSA MORTIS — Embolia trombótica dos grandes ramos da artéria pulmonar.

DISCUSSÃO DO RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Êste caso foi debatido aqui por duas razões. Primeiro, como já foi descrito pelo Dr. Dino, devido ao caráter dêste câncer de lábio, de tipo explosivo, com uma evolução grandemente maligna, processando-se por metástases e matando o paciente em pouco tempo. Foi tão violenta a evolução que obrigou a modificar, durante o pouco tempo que o paciente esteve internado, o planejamento terapêutico-cirúrgico programado. Antes de passar ao segundo ponto, quero responder ao Dr. Dino, a respeito da sua pergunta sobre o carcinoma espinho-celular. No prontuário, no primeiro diagnóstico, consta, "diagnóstico: lábio inferior — carcinoma espinho-celular pouco diferenciado".

Quer dizer que o patologista, apesar de a descrição ser lacônica, deu no diagnóstico uma idéia da classificação histológica. Assim, está explicado o assunto.

De modo geral, nesses casos de carcinomas espinho-celulares, a agressividade do tumor, dando disseminação maior ou menor, não depende só do grau de diferenciação ou indiferenciação do tumor. Isso varia muito. Mas, neste caso, a Anatomia Patológica deu realmente o caráter de diferenciação histológica dêste tumor, que evoluiu de acordo com

seu grau de indiferenciação, isto é, evoluiu rapidamente.

Outro aspecto do problema: este paciente fez uma trombose espontânea distante de Aschow e morreu com uma embolia trombótica dos grandes ramos da artéria pulmonar. Acho interessante, pois, discutir esse problema, se bem que este quadro de embolia trombótica não tenha neste caso maior interesse, dado que o doente era irrecuperável. Mas há casos semelhantes que já vieram às nossas reuniões e outros que ainda virão, nos quais, às vezes, a operação, precedida com boa técnica e com boas possibilidades, é seguida dessa trombose espontânea à distância, principalmente na veia femoral. E o doente falece de embolia trombótica dos grandes ramos. Isto é muito freqüente.

DR. ELOY PARISI — Queria fazer apenas um comentário relativamente ao que disse o Dr. Jesus, no que se refere ao aparecimento de trombose à distância. Mesmo não sendo por tumor, as tromboses são muito freqüentes no canceroso. E, dentre os cancerosos, principalmente nos portadores de câncer do pâncreas. Isto tem sido bem estudado, e os argumentos apresentados até agora não são convincentes, isto é, há muita dúvida sobre a verdadeira causa do aparecimento dessas tromboses. Tive esta mesma informação dada por um colega que trabalha em especialidade de vasos periféricos. Há casos mesmo em que se suspeita de câncer do Pâncreas pelo simples aparecimento de uma trombose, à distância. Parece mesmo que a causa principal do aparecimento dessas tromboses não seja o retardo da circulação, o qual poderá quando muito ser considerado um fator coadjuvante.

DR. HUMBERTO TORLONI — Queria lembrar ao Dr. Parisi que o número de casos de câncer do pâncreas autopsiados neste Hospital é absolutamente insignificante. Tivemos apenas três casos coletados em 499 autópsias. Apesar disso, o número de casos de trombose é bastante elevado.

DR. ELOY PARISI — Eu apenas disse que nos casos de câncer há tendência maior para formação de tromboses, e, de acordo com os autores de maior experiência em flebotrombose, nos casos de câncer do pâncreas essa freqüência é maior ainda.

DR. DAVID EHRLICH — Queria informar o seguinte: sobre esse problema das tromboses já existe uma série de trabalhos que confirmam as afirmações do Dr. Parisi. Num dos últimos números da Revista de Medicina e Farmácia há um trabalho muito interessante, em que se analisa esse aspecto, principalmente nos casos de câncer visceral.

A presença de um processo embólico num membro inferior já indica a possibilidade de câncer visceral, sendo contra-indicação de qualquer cirurgia. Salienta esse trabalho, que no tratamento com anti-coagulantes a resposta é quase nula.

DR. SAMPAIO CORRÊA — Em adendo aos elementos trazidos pelos Drs. Parisi e David, queria declarar o seguinte: realmente existem trabalhos a respeito do assunto, mas me parecem muito pouco documentados. Esta maior facilidade da trombose ocorrer em casos de câncer estaria relacionada com o fermento triptico, o que tem ação direta sobre o fibrinogênio. Daí a ausência de ação dos anti-

coagulantes, que agem numa fase anterior à formação de fibrina. A ação do fermento, sendo direta, dispensaria toda a fase inicial de coagulação. Os trabalhos referidos são ainda um pouco nebulosos. O fermento triptico é encontrado em todos os órgãos abdominais, particularmente no pâncreas. Assim, a maior freqüência de trombose não incidiria propriamente sobre os casos de câncer do pâncreas, mas sobre os casos de pancreatite. No caso de câncer do pâncreas haveria a destruição do órgão, com liberação de trombos. A formação de icterícia, que impede a absorção da vitamina K, que também age na primeira fase, poderia igualmente ser excluída. Mas não sei se se pode dar este valor que se está tentando dar a estes casos, porque os trabalhos existentes a respeito ainda não são bem positivados nesse sentido.

DR. SILVIO CAVALCANTI — A vigilância sistemática dos membros inferiores dos pacientes operados e o seu levantar precoce devem ser rotina em qualquer serviço de cirurgia. Vi no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro que a incidência de flebotrombose era extremamente alta. Tal fato era devido, a meu ver, ao levantamento tardio do doente, em média dez dias depois da operação. Para uma apendicectomia, o tempo era de seis dias. Este é realmente um ponto importante.

DR. ELOY PARISI — A vigilância do doente, no pós-operatório, deve ser feita não só pelo exame dos membros inferiores como, principalmente pelo controle das alterações de temperatura e pulso, que devem ser registradas com o máximo rigor. Estamos realmente cansados de ver casos de tromboflebite demonstrados posteriormente ou demonstrados por embolia pulmonar, que não apresentavam sinais clínicos nos membros inferiores. No entanto, havia alterações discretas de temperatura, taquicardia etc.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — O problema da trombose é delicado. Em primeiro lugar não devemos confundir a tromboflebite com a trombose espontânea distantes de Aschow, porque a patogenia é completamente diferente. Quando se fala em trombose espontânea distante, admite-se que o fator primordial (não quero dizer que não haja outros fatores) é realmente o retardo da circulação. Isto é uma coisa já bem estabelecida e provada, principalmente no sistema arterial, pois a freqüência de trombose aumenta naqueles corações que se dilatam muito, formando-se, em torno ou em baixo das válvulas, rodamosinhos, que possibilitam a precipitação de plaquetas etc.

E' evidente, como disse o Dr. Silvio, que o levantamento precoce do doente faça com que o sangue circule com maior eficiência. Assim, tanto o levantamento precoce como os exercícios de movimentação das pernas são fatores que diminuem a incidência de trombose.

Quanto a fazer-se o diagnóstico de carcinoma pela presença de trombose, quero dizer que li o trabalho da Revista de Medicina mencionada. Acho isso um pouco exagerado, porque não é só o câncer que dá aumento de trombose, como também a sífilis, a tuberculose, a lepra etc.

DR. ELOY PARISI — Realmente, há ou-

tras doenças que produzem trombose, mas quando se suspeita da possibilidade de câncer é porque não existem sinais de outra doença. Outra coisa é a seguinte: flebotrombose e tromboflebite devem chamar-se praticamente do mesmo jeito. É a mesma coisa, porque está demonstrado que muito precocemente já existe reação inflamatória. O termo melhor seria, então, tromboflebite.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Tenho a impressão de que o Dr. Parisi está confundido. Os cortes feitos em veias femurais não demonstram absolutamente a presença de inflamação, a não ser quando o trombo vai ser organizado. Então aparece em tecido de granulação, que é uma resposta à presença do trombo. A designação de tromboflebite traria confusão entre a presença de trombo e a inflamação da parede. A patogenia é completamente diferente.

DR. ELOY PARISI — Acho muito discutível a patogenia. O que estou dizendo é que aqueles autores que têm maior experiência no problema das flebotromboses — é até uma expressão de Hodgkin, se não me falha a memória — declaram que basta o retardo da circulação num local para ali se formar reação inflamatória.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Um autor alemão, no último Congresso de Câncer, falando sobre o problema da trombose na microeletrônica, mostrou a formação de microtrombos, visualizados só pela microeletrônica, na parede do vaso, sem fenômenos inflamatórios ou lesões dessa parede. É uma experiência razoável e bem documentada. Ele descreve essa trombose absolutamente sem reação inflamatória da parede. Tanto que, se encontrada esta reação inflamatória, não podemos falar em trombose espontânea distante de Aschow.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — A matéria a meu ver deve ser inicialmente dividida: a tromboflebite verdadeira ou primária, como é chamada, é aquela determinada por infecção em torno do vaso, infecção essa que penetra da adventícia para a íntima. Chama-se clinicamente tromboflebite porque há fenômeno inflamatório, febre e dor; segundo, a flebotrombose, devida à estase, com retardo da circulação e lesão secundária do endotélio. Esta última não é infecciosa. Uma apresenta sinais clínicos inflamatórios, a outra não. Perguntaria ao Dr. Jesus se nesse caso, que tem estudado bastante, existe correlação clínica mostrando ou não sinais inflamatórios. A meu ver existe. Clinicamente, chamamos de tromboflebite esse quadro. Estou com o Dr. Parisi. Acho que devemos, não digo chamar, mas estudar tudo como uma coisa só, denominando-a por flebite, porque o cirurgião, não podendo distinguir uma da outra clinicamente, tem a tendência a considerar qualquer dos processos como flebite.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — A trombose não infecciosa já tem nome: trombose espontânea distante de Aschow.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Clinicamente não é uma trombose: é uma tromboflebite.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Mas anátomo-patologicamente não há sinais de in-

flamação. Se houvesse, seria tromboflebite, isto é, outra coisa.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Apenas para concretizar o comentário da Anatomia Patológica, quero dizer que, evidentemente, a trombose espontânea distante de Aschow, defendida no caso pelo Dr. Jesus, corresponderia ao quadro clínico da trombose espontânea de sangue dentro do vaso, correspondendo portanto à doença trombo-embólica. Praticamente há uma coagulação dentro dos vasos, sem inflamação das paredes.

DR. SAMPAIO CORRÊA — Pode ser que esteja havendo uma pequena confusão sobre processo inflamatório e infeccioso, porque pode haver processo inflamatório sem ser infeccioso. A trombose espontânea estaria mais de acordo com a primeira patogenia descrita: lesão do órgão por ação enzimática, que seria sobre o sangue e não sobre a parede. Precisaria ser bem definido este ponto: o termo "flebite" já supõe lesão primária, enquanto o termo "trombose" significa apenas formação de trombo.

DR. HUMBERTO TORLONI — Há um ponto para o qual os Drs. Jesus e Parisi chamaram a atenção: é o momento em que começa a organizar-se o trombo. Realmente, o processo inflamatório, existente no lugar da aderência do trombo, torna praticamente impossível estabelecer-se histopatologicamente se se tratava de tromboflebite primária ou flebotrombose. No que diz respeito a este ponto, quando o Dr. Parisi cita os autores que estudaram o assunto, tem toda a razão. Não podemos dizer se o infiltrado inflamatório e a lesão endotelial foram devidas ao trombo ou anteriores a ele. Do ponto de vista histológico, não é possível fazer essa diferenciação.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Há casos em que é realmente difícil distinguir o que é tecido de granulação e o que é inflamação de flebite. Mas em geral se trata de fenômeno da íntima. Posteriormente é que dela participa a adventícia. E não é tão difícil fazer o diagnóstico de tromboflebite clássica.

DR. HUMBERTO TORLONI — O Dr. Jesus situou muito bem: é um processo que vem de fora para dentro. Há um uso errado desse termo. Está sendo aplicado do ponto de vista clínico, sem que haja coerência com o ponto de vista anátomo-patológico. É claro que não vamos resolver esse problema aqui.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — A doença trombo-embólica é um problema de patologia, mas constitui situação clínica muito importante, por ser muito freqüente. Tal é a sua importância que há Clínicas Cirúrgicas nos Estados Unidos, que se utilizam de aparelhos especiais, para que os operados possam realizar certos exercícios na própria cama. Um desses dispositivos consta de um pedal de bicicleta, que permite ao paciente pedalar várias vezes por dia, para evitar a formação de trombose.

A doença trombo-embólica é importantíssima na Cirurgia e na Clínica Médica. Para nós clínicos e cirurgiões, tirantes os casos bem especificados de tromboflebite que se iniciam por um abscesso, por um flegmão, tomando a veia pela adventícia, e que se internam por processo inflamatório, não nos in-

teressa muito saber se se trata de tromboflebite ou flebotrombose. O que importa é que a doença trombo-embólica é freqüentíssima.

No indivíduo operado ou naquele que esteja numa cama há muito tempo, sabe-se que, no pós-operatório, do 8.º ao 12.º dia, o retardo da circulação é maior. Quando o indivíduo se mantém em imobilidade, ou em imobilidade relativa, também nesta época, do 8.º ao 12.º dia, o aumento de plaquetas é maior. O estado de hemoconcentração por desidratação, tão comum no pós-operatório, principalmente nos doentes de câncer, também constitui mais um fator para esta situação de formação de trombose. Este é o motivo por que se colocaram aquelas pranchetas nas nossas enfermarias: para que o indivíduo movimente as suas pernas e os seus pés, de hora em hora, dez vezes, a fim de que não tenha retardo de circulação.

E' evidente que o levantar precoce deve ser obrigatório, dentro de certos limites. Todo doente precisa ser examinado antes da operação e também no pós-operatório, obrigatoriamente, para a pesquisa de dois sinais: primeiro, o sinal de Homans, isto é, a dorsoflexão do pé, verificando-se se existe dor na pantorrilha; faz-se a compressão do próprio pé, para verificar-se se existe trombose nas veias correspondentes ao pé. Em segundo lugar, há um sinal importantíssimo, o sinal de

Allen, que todos devem pesquisar e que corresponde a um trio de elementos: febrícula ou febre (mas geralmente febrícula), aumento de pulso e aumento de freqüência respiratória. Isto já indica que pode haver microembolias, embolias não diagnosticáveis clinicamente, mas que dão a possibilidade de doença trombo-embólica.

A importância destes fatos vem dar mais valor ainda ao exame prévio do paciente e aos exames diários durante o pós-operatório.

No que respeita à freqüência da doença trombo-embólica, nos doentes do pâncreas, devo dizer que isto não é próprio e exclusivo do câncer do pâncreas, mas de toda doença pancreática que traga uma diminuição acentuada da concentração da tripsina sangüínea. Tivemos um caso que teve uma pancreatite e faleceu de doença trombo-embólica, porque fez uma trombose em todas as veias do tronco para baixo. Isto em virtude da pancreatite que teve.

Este fato nos marcou muito na memória a circunstância. A literatura está cheia de casos nos quais os clínicos, os responsáveis pelo diagnóstico de câncer pancreático ou de pancreatite crônica, suspeitam desse diagnóstico justamente pelas trombozes freqüentes e múltiplas que ocorrem no paciente, principalmente no que respeita ao território venoso do tronco para baixo.