

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

193.^a Reunião Anátomo-Clinica - (16/4/59)

Linfosarcoma do estômago com metástases Esofagianas, Diagnosticado clinicamente como tumor primitivo do esôfago

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

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

Relator: **Dr. José Barreto Lins** — Titular
do Serviço de Roentgenterapia.

Comentador: **Prof. Bindo Guida Filho** —
Titular do Serviço de Cirurgia de Estômago
e Tórax.

Necroscopista: **Dr. Jesus Carlos Machado**
— Titular do Departamento de Anatomia Pa-
tológica.

Redator: **Prof. Antônio Prudente** — Dire-
tor do Departamento de Cirurgia.

CASO CLÍNICO (Registro n.º 58.0648)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

J. A. — 66 anos, masculino, brasileiro,
branco, zelador.

CONSULTA — 11 de março de 1958.

QUEIXA PRINCIPAL — Disfagia e
dor retro-esternal há 45 dias.

ANTECEDENTES FAMILIARES —
Pais falecidos, ignorando as causas. Espô-
sa falecida por doença do coração. Não
sabe informar se houve caso de doença
neoplásica em sua família.

ANTECEDENTES PESSOAIS — É
fumante inveterado, fazendo uso modera-
do de álcool. Refere maleita há mais de
20 anos.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL
— Diz que há cerca de 45 dias começou
a sentir dificuldades quando ingeria ali-
mentos sólidos, tendo a impressão que os

mesmos ficavam parados na região retro
esternal, causando dores. A princípio a
dor era de pouca intensidade, desapare-
cendo quando o alimento passava para o
estômago, o que era conseguido pela in-
gestão de água. A dor vem se intensifi-
cando cada vez mais. Atualmente o ali-
mento é às vezes “devolvido”, o que faz
passar a dor.

Refere sialorréia viscosa. Últimamente
só pode ingerir líquidos, havendo mesmo
assim freqüente regurgitações. Tem perdi-
do peso e apetite, sentindo-se agora muito
fraco.

INTERROGATÓRIO DOS DIFEREN-
TES APARELHOS — Obstipação, oligu-
ria, tosse com escarro e astenia.

EXAME FÍSICO GERAL — Aspecto geral regular; facies atípico; falhas e cáries dentárias. Aparelho respiratório sem alterações. "Ictus cordis" palpável ao nível do 5.^o intercosto, na linha mamilar esquerda; bulhas audíveis em todos os focos, sem anormalidade. Pressão arterial: 120/60. Pulso: 84 por minuto, rítmico. Fígado palpável a dois dedos do rebordo costal. Não foram palpados nódulos linfáticos significativos.

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO — Estenose do esôfago de provável origem neoplásica.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS — 1) *Esofagografia* (14-3-58) — Grande formação vegetante no terço inferior do esôfago. Aspecto sugestivo de neoplasia vegetante; 2) *Radiografia do Tórax*: Espessamento pleural à direita. Alargamento fusiforme do mediastino superior; 3) *Esofagoscopia*: A 30 cms da arcada dentária visualizou-se uma tumoração mamelonada, ocupando toda a luz do esôfago; foi feita a biópsia, cujo resultado foi "Linfoma maligno"; 4) *Biópsia Pré-Escalênica* (14-3-58): Ausência de tumor nos gânglios examinados; 5) *Urina*: Traços leves de albumina, numerosos cilindros hialinos e raros granulados; 5) *Químico de Sangue*: Uréia, 130 mg%; Glicose, 115 mg%; Proteínas totais, 7,5 gr%; Serina, 3,8 gr%; Globulina, 3,7 gr%; Índice S/G, 1; Fósforo, 3,4 mg%; Fosfatase alcalina, 5,4 Unidades Bodansky %; 7) *Hematológico*: Leucócitos, 7.200; Bastonetes, 1; Segmentados, 76; Eosinófilos, 2; Basófilos, 0; Linfócitos, 16; Monócitos, 5; Hemácias, 4.700.000; Hemoglobina, 100%; Hematócrito, 40%; Valor Globular, 1,0; Volume Médio, 87 u 3; Hemossedimentação, 98; Tempo de Sangria, 1'; Tempo de coagulação, 6'; Resistência globular, H.T.O., 36 H.P. 0,48. 8) *Test de Coombs*: negativo; 9) *Provas de função Hepática*: Cefalina +++ positivo; Timol, negativo; Takata-ara, 0000 ++ negativo; Weltmann: Flocculação até 3 1/2 tubos; Bilirrubina total 1,12 mg%; Bilirrubina direta, 0,56 mg%; Bilirrubina indireta, 0,56 mg%.

INTERNADO — Em 17-3-58.

TELECOBALTOTERAPIA — De acordo com o diagnóstico de "linfoma maligno", resolveu-se pela "telecobaltoterapia".

Foram feitos 6.000 r, em três campos, sendo um esternal e dois torácicos para vertebrais. As doses diárias foram de 200 R, com algumas interrupções, prolongando-se o tratamento de 21-3-58 a 7-5-58.

EVOLUÇÃO — O tratamento pelo cobalto em nada beneficiou o paciente, o que não condizia o diagnóstico de "linfoma maligno". Em vista disso, foi o paciente submetido a nova biópsia por esofagoscopia, que acusou ausência de tumor. Durante o tratamento, o estado geral decaiu muito, apesar de medicação intensiva. Em 8-5-58, às 23,40 horas, apresentou melena (150 a 20 cm³, de sangue), caindo a pressão arterial a 60/40, com pulso de 102, mas rítmico. Foi medicado com 500 cc de sangue e 500 cc de soro-glicosado com 1 ampola de Nor-Adrenalina. Nessa ocasião apresentava enjoo, mas não vomitou nem acusava dores abdominais. No dia 10-5-58 foi acometido de hematemese e melena. A pressão arterial caiu novamente a 70/50 e o pulso foi a 160. Novamente foi submetido a terapêutica do choque, pouco se tendo conseguido, vindo a falecer, no dia 11-5-58, às 14 horas.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR

Dr. José Barreto Lins

JUSTIFICATIVA — Tenho a acrescentar, antes de dar os diagnósticos, que não tendo observado melhora durante o tratamento pela radiação, pedimos nova biópsia, cujo resultado foi negativo para tumor. De qualquer maneira, dado o mau resultado, duvidamos do diagnóstico de linfoma, o que é aliás ocorrência raríssima. A não ser o carcinoma, qualquer outro tumor maligno do esôfago é geralmente metastático. Os diagnósticos que formulo são os seguintes:

ANATÔMICOS :

doença principal: tumor maligno do esôfago? caquexia;

FUNCIONAIS :

hipoproteinemia;
desidratação;
anemia hipocrômica;

CAUSA MORTIS :

choque hemorrágico.

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. HUMBERTO TORLONI — Lembro-me de ter revisto este caso a pedido do Serviço de Cabeça e Pescoço, se não me engano, e confirmei o laudo do Dr. Jesus, que era linfoma. Pode ser que não esteja de acordo com a frequência e não tenha respondido à radio-terapia ou ao tratamento realizado, mas não deixa de haver uma prova histológica. Minha impressão é que o diagnóstico do colega, já que existe o diagnóstico histológico, teria que ser: linfoma maligno de esôfago.

DR. SILVIO CAVALCANTI — A irradiação foi de 6.000 r e os colegas sabem que um linfoma reage bem. Justifica-se assim o diagnóstico de "linfoma" com interrogação. O relator tem o direito de duvidar do diagnóstico. Pelo menos fará constar a interrogação.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — O Serviço de Radioterapia acompanhou esse doente até o fim?

DR. SILVIO CAVALCANTI — Sim.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Houve icterícia?

DR. SILVIO CAVALCANTI — Não houve.

DR. JACYR QUADROS — Esta radiografia do mediastino foi feita alguns dias depois da internação, isto é, no dia 18. Não precisa nada de importante. A imagem tumoral do esôfago ficaria por trás da imagem do mediastino. Aqui neste caso poderia considerar-se um ligeiro alargamento da imagem do mediastino. A radiografia do esôfago, em 5 de abril, e uma anterior, tirada em 12 de março, isto é, no dia seguinte à internação, mostram que a tumoração apresentava nitidamente uma compressão extrínseca, o que até certo ponto justifica o diagnóstico final de que não tenha sido linfoma primitivo do esôfago e sim, provavelmente, linfoma do mediastino, que invadiu a parede esofagiana. Quanto à não resposta à radioterapia, não concordo. Parece era mais livre na radiografia feita 20 dias depois da radioterapia. Fêz-se também uma planigrafia, parece que na intenção de verificar se havia obstrução brônquica, cujo relatório é o seguinte: há permeabilidade brônquica. Mas nesta chapa aparece uma sombra projetando o mediastino, sombra que pode ser puramente resultado de um processo tumoral do mediastino ou da própria tumoração do esôfago, que é bastante intensa. Friso que, principalmente por esta radiografia, este aspecto dá idéia de compressão extrínseca e invasão das paredes do esôfago.

DR. HUMBERTO TORLONI — Sua interpretação do mediastino naquela primeira chapa sugere alguma coisa.

DR. JACYR QUADROS — Que idade tinha o doente?

DR. JOSÉ BARRETO LINS — Sessenta e seis anos.

DR. JACYR QUADROS — Esse alargamento então podia ser puramente vascular. Mas é alargamento do mediastino.

DR. ELOY PARISI — O relêvo do esôfago nada tem de particular.

DR. JACYR QUADROS — A extensão tumoral também não é própria dos tumores de esôfago. Geralmente estes são tumores menores. Há aqui uma zona muito extensa de infiltração tumoral.

DR. DAVID ERLICH — Com esse diagnóstico de linfoma maligno, o patologista deveria sugerir a hipótese de um tumor extrínseco do esôfago. Digo-o baseado em Felipe Torés, que afirma: quando não aparece na biopsia o diagnóstico de tumor epidermoide, deve-se pensar sempre em tumor extrínseco.

PROF. BINDO GUIDA FILHO — Este é um caso de paciente de 66 anos, que se apresentou no Serviço com queixa de disfagia. A radiografia contrastada mostrou obstrução do esôfago, provavelmente tumoral. A endoscopia provou a existência de um tumor maligno. A biopsia deu o resultado histopatológico de linfoma, e este diagnóstico justifica plenamente a presença deste caso na reunião anátomo-clínica, porque o linfoma do esôfago é extremamente raro. Só conseguimos coletar três casos na literatura. Em 174 casos de tumores do esôfago, coletados por Jacques, somente um era de linfoma primitivo. Verificou-se na necropsia que o tumor estava limitado à parede do esôfago. Do ponto de vista do diagnóstico, há um problema interessante. Recebemos o diagnóstico de linfoma, e isto é suficiente, porque sabemos que todos os linfomas são tratados da mesma maneira. Um tumor do sistema retículo-endotelial, seja de que tipo for (linfo-sarcoma, retículo-sarcoma ou linfoma folicular gigante), teria recebido a mesma orientação. No que se refere ao tratamento, o paciente, com este diagnóstico, foi orientado corretamente para a radioterapia, onde recebeu o tratamento adequado. A Anatomia Patológica não podia dar mais detalhes no que se refere à finura do diagnóstico histopatológico. Este ponto é muito importante no que respeita aos sarcomas. O histopatologista, somente com o material originário das biopsias, não poderia chegar ao diagnóstico exato do tipo histológico. Mas, do ponto de vista clínico, para nós isso não tem muita importância. Considerando a única e exclusivamente a parte clínica, seria possível nós nos aproximarmos do tipo histológico do tumor? Clinicamente isto é difícil, porque esses tumores evoluem aproximadamente da mesma maneira. Podemos dizer, antes de entrar na discussão direta do caso, o que os Srs. já sabem: 75% dos portadores de linfoma de qualquer tipo, apresentam gânglios superficiais aumentados. Nos outros 25% dos casos o comprometimento é de cavidade, ou abdominal ou do mediastino. Nessas circunstâncias, somente quando existe compressão de vasos ou de vísceras é que o médico é alertado para o comprometimento em profundidade.

No nosso caso, o paciente apresentou, de início, disfagia, compressão do esôfago. É preciso que não nos esqueçamos, pois nem sempre o linfoma se manifesta por gânglios palpáveis com relativa facilidade. É importante sabermos também, que, na fase final, os portadores de linfoma apresentam quase sempre comprometimento do mediastino. Então, o comprometimento do mediastino é a regra. Podemos citar, assim, os 65 casos de Jacques, dos quais 59 já apresentavam esse comprometimento. Este é um problema interessante, porque nunca poderemos saber, num caso destes, se o tumor era do esôfago e comprometeu o mediastino, ou vice-versa. O que é importante, do ponto de vista clí-

nico, é que a evolução é desordenada. Existem indivíduos, com linfoma, que levam um período de sobrevivência, depois do diagnóstico, de maneira razoável, sem perturbações que possam ser atribuídas a esse linfoma, enquanto outros apresentam evolução violenta, com disseminação por vários órgãos. Neste caso, a sintomatologia está relacionada com os órgãos que são comprometidos. Falando nas possibilidades, às quais me referi inicialmente, de tipo histológico, e procurando enquadrar dentro da clínica, um desses tipos histológicos, quero dizer que tenho menores simpatias para o diagnóstico de Hodgkin, porque aqui preferentemente existe comprometimento dos gânglios cervicais. Entretanto, neste caso não havia tal comprometimento. Isto não quer dizer que o caso não seja de Hodgkin, mas, pela lei de probabilidades, temos quatro possibilidades. Assim, inicialmente, ponho de lado, com reservas, o diagnóstico de Hodgkin, e formulo três hipóteses: linfo-sarcoma, retículo-sarcoma e linfoma folicular gigante.

Quero lembrar ainda, com relação à perda de sangue pelo anus, que é comum no linfoma o comprometimento do aparelho digestivo. Neste caso, poderemos enquadrar essa enterorragia (porque foi sangue rutilante) dentro do caso de linfoma também.

Com estes dados, vejamos o que é possível tirar como conclusão para este caso, para diagnóstico.

Considero a radiografia do tórax uma radiografia normal. Quanto à radiografia contrastada, estou de acordo com o Dr. Jacyr. Esta impressão de irregularidade na luz do esôfago nos dá a idéia de uma compressão extrínseca. Temos a impressão de que um tumor cresceu dentro do mediastino e empurrou a parede do esôfago. É impressão somente, mas baseada na observação de uma série grande de casos. Quando temos esse tipo de compressão, é exatamente esse o quadro radiológico.

Com esse diagnóstico o paciente foi encaminhado para a telecobaltoterapia. Quero aqui discordar do laudo radiológico da planigrafia do mediastino. Estou de acordo com o Dr. Jacyr, mas isso não está escrito no laudo radiológico, onde apenas consta "transparência normal do mediastino".

Em nossa opinião, isto não existe. Há um grande tumor que não está evidenciado aqui, mas que se apresenta melhor no outro corte. Trata-se de uma grande massa tumoral que comprime o esôfago e também, parcialmente, o pedículo pulmonar e a árvore brônquica. Tenho a impressão, portanto, de uma compressão extrínseca da parede do esôfago.

A "Radioterapia" se surpreendeu com o resultado das aplicações. Na opinião do Serviço o caso devia ter evoluído melhor. Mas não nos esqueçamos de que a irradiação foi limitada ao comprometimento local, e no mediastino não temos dilatação acima da compressão. Vejam os Srs. a largura do esôfago antes das aplicações e depois. Praticamente existe a compressão, mas o esôfago está com a luz normal na parte de cima. Portanto, na minha opinião, houve melhora local com a telecobaltoterapia.

Por que o doente continuou piorando e caminhou para o óbito? Foi, em minha opi-

nião, porque, além de haver esse tumor do mediastino, também havia comprometimento dos gânglios retroperitoniais. Na história do paciente, durante a primeira consulta, já apresentara uma queixa, ainda que vaga, relacionada com o aparelho digestivo, especialmente estômago. Tinha dor na região epigástrica. Podia haver dor, do tipo referido pelo paciente, ao nível do esterno, por compressão de massa volumosa do mediastino. Mas esta dor de baixo, relacionada com o estômago, denuncia claramente o comprometimento dos gânglios retro-peritoniais. Portanto, em minha opinião, além desse grande tumor do mediastino, esse paciente tinha também comprometimento das vísceras do abdômen, comprometimento dos gânglios retroperitoniais e do tubo digestivo, em extensão desconhecida. A prova disto é essa enterorragia, que durou três dias e levou o paciente ao óbito.

Em minha opinião, portanto, trata-se realmente de linfoma. Já excluí o Hodgkin. De acordo com a reação ao tratamento radioterápico, seria possível ainda escolhermos entre os três tipos que nos restam, para chegarmos ao diagnóstico final? Tenho a impressão de que isto será melhor respondido pelos especialistas, mas na minha opinião podemos tirar da relação o linfoma folicular gigante, também pela lei das probabilidades, uma vez que é o que reage melhor à telecobaltoterapia. Entretanto, a melhora não foi a esperada. E assim, por exclusão, concluo que provavelmente não se tratou de linfoma folicular gigante. Nessas condições, trata-se de linfo-sarcoma ou retículo-sarcoma. Este paciente tinha comprometimento maciço do mediastino, que se estendeu ao esôfago. Não se tratava de linfoma primitivo do esôfago. Creio ser difícil chegar a uma conclusão mesmo com a necrópsia. Além disso, pela queixa relacionada com a enterorragia, acredito que tenha havido comprometimento dos gânglios retro-peritoniais e também do intestino e esôfago.

É só o que poderia dizer. Fico com o diagnóstico de linfoma maligno — linfo-sarcoma ou retículo-sarcoma. Estou de acordo com o restante.

DR. JACYR QUADROS — Quanto à reificação do Prof. Bindo, estou de acordo em parte, porque realmente a sombra do coração também se projeta aí. A idéia da planigrafia havia sido aventada, visando mais a obstrução brônquica. Pelo menos tenho essa impressão, pelo relatório. Quanto a hipótese de Hodgkin, existe um elemento radiológico favorável a ela, que é exatamente a presença de pequeno derrame no pulmão esquerdo. Esta combinação de tumor de mediastino mais pleura é muito própria do Hodgkin. Assim, em face dos achados radiológicos, o Hodgkin deve ficar no grupo de diagnóstico diferencial.

DR. SILVIO CAVALCANTI — Com referência à hemorragia anal, não consta nenhum esclarecimento. Não foi feito nem um simples toque retal. Parece-me que a hemorragia, dado o tipo de sangue (rutilante), é de cólon e baixo cólon.

DR. DARDO RENÉ GHISI — Não havia compressão extrínseca do estômago?

DR. JACYR QUADROS — Não podemos dizê-lo. O exame radioscópico foi feito pelo Dr. Peres.

DR. DARDO RENÉ GHISI — Faço essa pergunta porque é muito freqüente tal observação nos casos de linfo-sarcoma.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Queria um esclarecimento dos Srs. relator e comentador a respeito do seguinte: há certos exames de laboratório, neste caso, que não foram suficientemente esclarecidos. Primeiro, o que diz respeito à uréia, com 130 mg%. Segundo, se exames da função hepática, com positividade de alguns e negatividade de outros, principalmente a bilirrubinemia direta de 0,56, quando o normal, no máximo, é 0,2. Também quanto à indireta. Urubilinogenio, 1/200. Em outra determinação, 1/100. Numerosos cilindros hialinos no primeiro exame de urina. Qual a interpretação destes fatos, que poderão ter ou não ter relação com o diagnóstico clínico em questão?

DR. NORMANDO DE BELLIS — Gostaria de ouvir uma justificativa sobre a orientação terapêutica. Porque foi ele tratado pela Radioterapia exclusiva?

DR. OSWALDO PERES — Queria responder à interpelação do Dr. Normando, dizendo que o doente procurou de saída o Serviço de Tórax e recebeu o planejamento. Foi encaminhado pelo Dr. Amaro para o Serviço de Radioterapia. Em vista da raridade do laudo e a estar o doente com disfagia, a solução que achamos foi a irradiação do tumor, com a ressalva de se pedir uma revisão de lâmina e se acompanhar a evolução clínica do caso. Realmente, foi a conduta adotada. Pedimos revisão de lâmina, que não consta do prontuário, e depois, como o tumor não correspondesse ao tratamento, pedimos nova biopsia. Nesse interim, entre o início do tratamento e o óbito decorreram 50 dias. Assim, em vista dessa dúvida de diagnóstico, o doente não foi encaminhado ao Serviço de Clínica Médica, para possível quimioterapia.

DR. HUMBERTO TORLONI — Esclareço à casa, em primeiro lugar, o seguinte: este doente veio ao Hospital. Foi feita a indicação pelo Serviço de Tórax de uma esofagoscopia, em que foram retirados quatro fragmentos de tecido, medindo o maior 0,8 x 0,8 x 0,3 cm. Portanto, foi uma biopsia apreciável, em se tratando de órgão de difícil acesso. No relatório anátomo-patológico, apresentado pelo Dr. Jesus, foi feita a seguinte observação: "Sugerimos exames hematológicos e punção da medula para outros dados diagnósticos". Isto também deveria ter sido levado em conta na apreciação do caso.

Este caso surpreendeu a todos nós no laboratório. Praticamente todos os patologistas tiveram a ocasião de ver a lâmina na primeira vez. Portanto a revisão tinha sido feita. Não havia sinal de dúvida do patologista quanto à possível origem retículo-endotelial desse tumor. Agora, quanto à interpretação de se era um linfoma maligno primitivo do esôfago ou não, não cabe ao patologista. O clínico, com a imagem radiológica e a biopsia, tinha que resolver o problema.

DR. ELOY PARISI — Não tinham os colegas dúvida de que era linfoma, mas não podiam saber de que tipo. Quanto a mim, pela evolução má do caso, pela infiltração da pa-

rede do esôfago, pelo aspecto radiológico do mediastino, me inclino, dentre os linfomas, para o retículo-sarcoma. Quanto a Hodgkin, apesar de o Dr. Jacyr dizer que existe um derrame pleural, acho que isso não tem o menor significado. Por maiores e mais numerosas que sejam as adenopatias cervicais, não me lembro de nenhum caso destes que tenha dado invasão de esôfago. Em geral não dão. Podem, pelo volume da massa, trazer dificuldades, mas sem invasão da parede. Parece-me portanto o retículo-sarcoma como mais provável, se isto é linfoma mesmo.

Outro ponto importante: o retículo-sarcoma costuma ter, de todos os sarcomas, a pior evolução. De modo que a evolução deste caso falaria mais a favor, em sendo linfoma, de que se trataria de um retículo-sarcoma.

Há fatos difíceis de interpretar porque há falhas na observação. Por exemplo: que tipo de hemorragia tinha este indivíduo? Que tipo de sangue saiu pelo vômito? Que sangue saiu pelo anus? Era muito importante verificar-se isto, para determinar se existia mais uma lesão. Sangue vermelho pelo anus não pode ser de hemorragia muito alta, e portanto não pode vir com vômito. Ou o paciente tinha duas lesões ou então as duas hemorragias não podiam ser vermelhas. De modo que isto não dá para chegar a conclusões.

Com relação ao quadro hepático — figado a dois dedos do rebordo em indivíduo de 66 anos — dependendo do tipo morfológico — pode ser encontrado, sem que isto signifique anormalidade. As provas funcionais hepáticas não são conclusivas. As bilirrubinas, como lembrou o Prof. Ramos, estão acima do limite normal. Isto poderia sugerir, a meu ver, lesão-hepática, já dando uma pequena retenção da bile trabalhada pelo hepatócito. Mas não consigo tirar, pelos elementos constantes da observação, nenhuma conclusão, nem sequer relacionar uma alteração hepática com o quadro hemorrágico apresentado.

Como não posso concluir, o que me parece mais digno de atenção é o seguinte: se isto é linfoma — e isto me parece um pouco estranho, porque pelo menos nunca vi invasão da parede do esôfago — eu me inclinaria mais por retículo-sarcoma, porque acho que a evolução da doença foi muito rápida.

DR. HUMBERTO TORLONI — Há uma discrepância entre o Dr. Parisi e o comentarista. O Prof. Bindo mostrou na chapa que houve redução no tamanho do tumor. Acha que o tumor respondeu ao tratamento como linfoma?

PROF. BINDO GUIDA FILHO — Acho, na parte localizada nas circunvizinhanças do esôfago. Mas não como seria desejável. Realmente, num caso como esse, é, em geral, espetacular. Houve redução, não há dúvida, mas na parede.

DR. ELOY PARISI — Apenas para completar o raciocínio: uma lesão da parede produz também edema. O fato é que o tumor, radiologicamente, revelou-se muito pequeno, contrariando o que se observa habitualmente nos linfomas.

DR. ROXO NOBRE — Acho que não se pode recriminar a conduta terapêutica no presente caso. A "Radioterapia" recebeu o caso histologicamente estudado. Cinco dias depois de terminada a Radioterapia, o doente morre.

Evidentemente não houve tempo necessário para que, além da Radioterapia, fôsse considerada a terapêutica. O doente teria fatalmente que ser encaminhado à Clínica Médica, para quimioterapia. O que temos feito agora, e que não se fazia há um ano, é a quimioterapia em alternância à radioterapia, na maioria dos casos. De modo que, até aí, foi o caso conduzido de maneira satisfatória. Eventualmente, ao fim da radioterapia não foi dado o devido valor a sintomas que se instalaram. Isto realmente deve ser considerado com toda a atenção, para que se evite torne a acontecer. Mas até aí a conduta terapêutica me parece clara.

Como interpretação, "Linfoma" é um conceito excessivamente vago e geral. Dentro dessa classificação temos encontrado desde a mais alta rádio-sensibilidade até a mais alta rádio-resistência, próxima quase à resistência dos fibro-sarcomas. Temos portanto uma gama muito extensa. Não tendo havido uma conduta diferente da que seria de esperar, diante do diagnóstico genérico de linfoma, não vejo motivos de recriminação terapêutica. Foi apenas um caso que evoluiu de maneira dramática, de maneira atípica para linfoma.

DR. HUMBERTO TORLONI — O mediastino foi abrangido com uma dose habitual?

DR. ROXO NOBRE — Seguramente. Quando o esôfago é irradiado, todo o mediastino próximo o é também, com uma dose capaz de fazer fundir um linfoma, a não ser que se tratasse de zona excessivamente extensa do mediastino. Se houvesse um alargamento enorme, o tamanho dos campos teria que ser diferente, mas a dose não teria sido alterada.

DR. OSWALDO PERES — O campo feito nesse caso foi um campo grande.

DR. NORMANDO DE BELLIS — Acredito que a Radioterapia deveria promover um reexame do paciente em todos os sentidos e depois tratar, porque acredito que de nenhuma maneira o tratamento devia ter sido êsse que foi feito.

DR. ELOY PARISI — Neste caso, embora possa parecer paradoxal um quimioterapeuta puxar para o lado da radioterapia, estou de acordo em parte. Classificaria o caso como estágio 2, porque me parece que devia ser interpretado como regional e não local. Achei que cabia realmente uma terapêutica pela radioterapia. Nesse estágio 2, como eu o classificaria, acho que as duas terapêuticas estão previstas, podendo se iniciar perfeitamente pela radioterapia. De modo que, a meu ver, a conduta não está fora do programa.

DR. JOSÉ BARRETO LINS — A respeito do tratamento radioterápico, considero que o paciente foi previamente bem estudado. Fêz provas de função hepática pela Clínica Médica e Serviço de Estômago. Com essas provas, mais as radiológicas (o mediastino não estava tomado), tudo nos levava a crer que o processo era localizado. Fizemos uma radioterapia mais do que radical. Seis mil roentgens é uma dose muito grande.

A respeito da pergunta do prof. Ramos sobre as provas de uréia aumentada, prova de creatinina com $+++$, nada fizemos, porque o paciente vinha de Serviço especializado.

Com relação à localização do tumor, nada tenho a acrescentar, porque o dr. Roxo já deu uma boa explicação.

PROF. BINDO GUIDA FILHO — Tenho a impressão de que os comentários dos Drs. Normando, Silvio e Parisi podem ser enfeixados. No que se refere ao diagnóstico da enterorragia, realmente não temos dados a respeito do sangue eliminado. Mas presumo que o doente eliminou sangue pela boca por causa do esôfago, e pelo anus, por enterorragia. O plantonista nada registrou, mas tenho a impressão de que o sangue foi rutilante, dado ter impressionado a enfermeira. Um exame mais acurado seria difícil, porque o doente estava em enterorragia franca, eliminando sangue, e o processo se desenvolveu em três dias. Teria sido necessária uma progressiva estabilização do processo, para exames complementares. Tenho a impressão, portanto, de que a conduta foi certa.

Um detalhe importante, esquecido por todos. A segunda esofagoscopia pedida pelo Dr. Roxo para verificação local foi feita pelo Dr. Amorim, que tem muito boa experiência e que viu a lesão, cuja biopsia deu resultado histopatológico negativo. Tenho a certeza de que ele fez a biopsia na zona da lesão.

A pergunta que faço aos radioterapeutas é: dentro de que quadro histo-patológico se explicaria esta evolução?

DR. JACYR QUADROS — Tenho a impressão de que não está sendo lido o resumo do caso. Na segunda página, linha 11, diz: (lê) "Torax: espessamento pleural à D. Alargamento fusiforme do mediastino superior." Houve talvez engano na discussão da planigrafia. Está pois escrito. Apenas não se referiu à hipótese de ser linfoma. Havia alargamento do mediastino, que podia ser por conta de um vaso como também por tumor. O relatório, que traz "transparência normal", cometeu um lapso, fruto talvez de ter pensado o radiologista que se tratasse de uma pesquisa relativa a brônquio.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Nos comentários a respeito deste caso começarei pelo que é mais simples, que é não concordar com o Dr. Barreto no diagnóstico anatômico de caquexia. É um diagnóstico funcional, representado por uma alteração complexa, metabólica, a que os doentes de câncer ou de qualquer moléstia consuntiva podem ser levados, consequentemente trazendo a morte.

No que respeita ao caso em si, realmente é um caso clínico bastante complexo, bastante difícil. Quero crer que todos os que relataram e comentaram êsse caso não tiveram pelo menos a direção do raciocínio clínico que deve ser feito. Pode ser que tudo o que eu vá dizer esteja errado. Mas é a linha de raciocínio de um clínico. Se um paciente apresenta uma doença localizada no esôfago, primária ou secundariamente, e apresenta bilirrubinas aumentadas, Weltmann até o 3.º tubo, demonstrando que havia alteração protéica bastante intensa, aguda e de processo recente, bem como apresenta a grande maioria das provas ditas de função hepatocítica negativa, sou obrigado, dentro da linha de raciocínio, desde que o diagnóstico era de um suposto linfoma, e sabendo que linfoma é uma doença que se pode disseminar, é uma doença sistematizada, sou obrigado, repito,

a pensar que existe um linfoma também no fígado. E em que situação? Predominantemente periportal, para que as provas funcionais do fígado sejam explicadas, isto é, aumento de bilirrubinas e certa negatividade da maior parte das provas ditas hepatocíticas.

Isto é só compatível com uma lesão histológica da região periportal, deixando a grande população hepatocítica dentro de sua função normal. Assim, por esta linha de raciocínio, e desde que se confirme que realmente era um linfoma, diria que o estadiamento seria mesmo 3, e não um nem dois. Quer dizer: haveria uma localização regional no mediastino e teria também já comprometimento hepático, principalmente nas zonas correspondentes aos perilóbulos. Assim eu poderia explicar os exames de laboratório existentes, ao mesmo tempo que poderia explicar o urobilinogenio a 1/200, que traduz lesão hepatocítica. Meu diagnóstico de lesão hepática seria: lesão hepática predominantemente no espaço de Kehr e, em menor extensão, também hepatocítica, porque o urobilinogenio está aumentado e porque existe cefalina positiva, Weltmann a 3,5 tubos. Diante disto, o planejamento terapêutico realmente teria que ter sido feito segundo a argumentação do Dr. Normando, isto é, devia ter sido feita, em primeiro lugar, a quimioterapia, e depois a radioterapia correspondente ao mediastino. Isto por que? Já é estabelecido, já é padronizado que, quando um indivíduo apresenta lesões do mediastino, deve-se recorrer primeiro à quimioterapia e posteriormente à radioterapia, pelo fato de a radioterapia, empregada em primeiro lugar, produzir alterações edematosas que poderão trazer transtornos funcionais de comprometimento dos órgãos ocios, como a traquéia e os brônquios, e desta forma acarretar insuficiência respiratória, além de compressão do esôfago etc. De forma que a regra hoje planejada é a de, em situação como essa, fazer a quimioterapia em primeiro lugar e depois a radioterapia, ou então associadamente, dependendo de cada caso em particular. De forma que este caso eu classificaria, em sendo linfoma, como um linfoma de estágio 3.

Mais complexa se torna a explicação da enterorragia. A hematemese estaria explicada pela lesão no esôfago. Depois da verificação da primeira chapa, sempre consideraria o indivíduo como portador de lesão primária no mediastino, a comprimir o esôfago e comprometer por vizinhança, anatômicamente, transmitindo a este esôfago a lesão primária, que é de formação mediastinal. Ora, dentro da mesma linha de raciocínio, para se explicar pela mesma doença a enterorragia dos dois linfomas muito bem distuidos pelo prof. Bindo (permito-me aliás dizer que foi uma das discussões mais completas que ouvi sobre linfomas, demonstrando conhecimento completo da literatura a respeito), eu ficaria também, pela lei das probabilidades, com o linfoma-sarcoma e não com o retículo-sarcoma, apesar do argumento de que não teve uma resposta terapêutica pela radioterapia. Isto foi muito bem explicado pelo Dr. Roxo, porque não houve tempo suficiente, dado o falecimento do paciente. Logo, ficaria, em sendo linfoma, com o diagnóstico de linfoma-sarcoma.

Não sendo assim, isto é, não sendo ex-

plicado o caso pela mesma doença do mediastino que comprometeu o esôfago e muito provavelmente também o fígado, só podemos raciocinar com a exceção de outra doença hemorragipara, como um câncer, uma diverticulite ou uma polipose intestinal.

Então, encerraria meus comentários da seguinte forma: sendo a mesma doença, o linfoma mais provável seria um linfoma-sarcoma que tomou o mediastino, assim como tomou o tubo digestivo na parte baixa. E linfoma-sarcoma de estágio 3, porque existia já comprometimento do fígado, com o próprio linfoma instalado nesse órgão. Não sendo a mesma doença, para explicar a enterorragia formulo a exceção de uma das outras eventualidades, com relação às quais não temos elementos para nos aproximar mais de uma ou de outra: câncer do reto, polipose ou diverticulite.

Aí estão portanto os meus comentários. Peço perdão se por ventura estiver errado. A linha de raciocínio de um clínico deveria ter sido esta, embora o exame enátomo-patológico possa nos surpreender com um diagnóstico anatômico completamente diferente.

RELATÓRIO DA NECROSCOPIA

DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS

MOLÉSTIA PRINCIPAL — linfoma-sarcoma do estômago.

- a) Esôfago
- b) Fígado
- c) Diafragma
- d) Gânglios das cadeias aórticas e esofagiana.
- e) Intestino
- Amigdalite.
- Congestão pulmonar
- Fibrose peri-esofagiana.
- Hidrocele bilateral.
- Adenoma prostático.
- Congestão esplênica.

CAUSA MORTIS — Edema agudo do pulmão

DISCUSSÃO DA ANATOMIA PATOLÓGICA

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Como os srs. viram, este caso se prestou muito bem à discussão clínico-terapêutica. É um caso muito interessante, principalmente também pelo aspecto anátomo-patológico, pela raridade com que se apresenta o linfoma no esôfago, sintomatologia de tumor primário, sendo porém uma simples metástase. Às vezes, num caso como este, um diagnóstico mais específico, entre retículo-sarcoma e linfoma-sarcoma, ou mesmo de infiltração leucêmica, se torna muito difícil.

À autópsia, realizada pelo Dr. Magalhães, o paciente apresentava um estreitamento do esôfago, 12 cm. acima do cárdia. A mucosa do esôfago apresentava-se infiltrada por pequenos nódulos. Não era extrínseca a lesão. Era um linfo-sarcoma da própria parede do esôfago. No mediastino existiam gânglios aumentados de volume, porém sem fusão nem infiltração de estruturas vizinhas pela neoplasia. Chamou a atenção do Dr. Magalhães, principalmente, o linfo-sarcoma do estômago. Abrindo este órgão, encontrou uma tumoração que media 12 cm. de diâmetro, com início no cárdia, sem ulceração da mucosa. Ao corte verificou-se que era linfoma. Apresentava ainda uma disseminação ganglionar profunda, isto é, os gânglios do retro-peritônio estavam atingidos. Havia ainda um órgão muito atingido: o fígado. Da mesma forma o diafragma, os gânglios das cadeias aórtica, esofagiana e do mediastino. O intestino delgado apresentava tumorações múltiplas, com tamanho médio de 5 cm. Sua mucosa era de cor escura. Havia também uma fibrose peri-esofagiana, que provavelmente se deve a radioterapia. Corresponde à estenose cicatricial onde os raios X atingiram mais violentamente.

DR. ROXO NOBRE — Como estava o esôfago?

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Fibrosado 12 cm. acima do cárdia. Acima e abaixo, na mucosa, encontraram-se pequenos nódulos tumorais de linfo-sarcoma.

DR. ELOY PARISI — Qual o aspecto da mucosa esofagiana? Em que ponto se situavam as lesões do intestino? Onde havia sangue?

DR. JESUS CARLOS MACHADO — A descrição macroscópica do esôfago é a seguinte: (lê) "Cerca de 12 cm. acima do cárdia apresenta estreitamento, abaixo do qual se dilata (8cm.). Nesse ponto a mucosa é escura mas sem ulceração. Acima do estreitamento há tumorações de cor esbranquiçada, a maior das quais tem 0,7cm. de diâmetro."

DR. ROXO NOBRE — E no resto do trato digestivo?

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Refere tumor do estômago e comprometimento também do intestino e do fígado.

DR. ROXO NOBRE — A procedência da melena infelizmente não ficou clara.

DR. HUMBERTO TORLONI — Só se pode dizer que havia invasão maciça de toda a mucosa do estômago e invasão do intestino.