

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

194.^a Reunião Anátomo-Clinica - (23/4/59)

Carcinoma do endométrio irradiado

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

Secretário: Dr. Humberto Torloni — Dire-
tor do Departamento de Anatomia Patológica.

Relator: Dr. Clibas Correia — Titular do
Departamento de Radioterapia.

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

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

CASO CLÍNICO (Registro n.º 59.0290)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

M. J. G. — Feminino, brasileira, parda,
57 anos, empregada doméstica.

1.^a CONSULTA — 26-1-59.

QUEIXA PRINCIPAL — Dor abdo-
minal do lado E. há 2 anos com perdas
sangüíneas pelos genitais externos há 18
meses. Há 2 anos dor no hipocôndrio E.
com caráter de cólicas, sem relação com as
refeições. Constipação crônica. Evacuação
sômente com laxantes. Fezes com catarro
e sem sangue. Não tem corrimento. Meno-
pauza desde os 25 anos após hemorragia
pós-parto.

EXAME FÍSICO — Aspecto geral so-
frível. Varizes nos membros inferiores,
(operada há 9 anos).

APARELHO RESPIRATÓRIO —
N.D.N.

APARELHO CÁRDIO VASCULAR —
Ictus no 5.º intercosto à L.H.C. Modera-
da hiperfonese da 2.^a bulha nos diversos
focos. No foco da ponta, discreto sopro
ocupando o fim da sístole.

P.A. — Mx. 14 — Min. 8 — Pulso 80
ritmico.

EXAME REGIONAL — (Ginecológi-
co) Vulva: ausência de tumor. Espéculo:
Colo uterino liso, regular, ausência de tu-
mor no colo e vagina. Histerometria 9 cms,
cratera intra-uterina.

Toque vaginal: útero em M.P. com mo-
bilidade nula, anexos indiferenciáveis. To-
que retal: confirma infiltração bilateral
dos paramétrios, fixos às paredes. Gân-
glios inguino-crurais bilaterais enfarta-
dos, aumentados de volume.

EXAME UROLÓGICO — Uretrite po-
liposa. Bexiga normal.

Em 7-2-59 — Internada para Curiete-
rapia.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS — 1) *Rx*
do Tórax e Urografia — Tórax: transpa-
rência normal dos campos pleuro pulmo-
nares. Urograma: Boa eliminação renal de
ambos lados, mostrando discreta dilatação
do cálice superior. Grande compressão do

polo superior da imagem vesical à E.
2) *Urina sondada* — Bacterioscopia: Raríssimos bacilos Gram negativos não característicos. Negativa para bacilos álcool ácido resistentes. *Cultura*: Crescimento de bacilos Gram negativos com os caracteres bioquímicos dos do grupo Coliaerógenes e estafilococos (Albus) com prova de estafiloquinase negativa.

3) *Hematológico*: Leucócitos, 16,300; Bastonetes, 10; Segmentados, 56; Eosinófilos, 2; Basófilos, 0; Linfócitos, 29; Monócitos, 3; Hemácias, 4.400.000; Hemoglobina, 83%; Hematócrito, 36%; Valor Globular, 94; Hemossedimentação, 80.

4) *Químico de sangue* — Uréa, 45 mg%; Glicose, 75 mg%; Proteínas totais, 6,3 gr%; Serina, 3,0%; Globulina, 3,3 gr%; Índice S/G 0,9.

5) *Urina*: N.D.N.

6) *Exame Proctológico*: Não há sinais de invasão do reto.

7) *Biópsia*: Adenocarcinoma do endométrio.

EVOLUÇÃO — A paciente esteve internada durante 18 dias, aguardando exames complementares (urografia e histerografia), tendo sido colocado Radium no dia 25-2-59, o qual foi retirado no dia 27-2-59, sem qualquer anormalidade, permanecendo a doente 48 horas imóvel no leito; 15 minutos após a retirada do Radium, quando era removida para seu leito, em maca, apresentou sinais de lipotimia, com 104 de pulso radial, cheio, ritmado. Em seguida, verificou-se quadro de choque com P.A. de impossível determinação, pulso impalpável e pronunciado abafamento das bulhas cardíacas. Foi feito Kombetin + Aminofilina endovenosa e oxigenoterapia, sob a assistência de um anestesta. Foi feita a entubação traqueal da paciente, que conservava os movimentos respiratórios, com prolongadas pausas de apnea, e praticada respiração artificial. Constatou-se, então, ausência de movimentos respiratórios, área cardíaca silenciosa e midríase. O óbito ocorreu 15 minutos após o início do quadro.

DIAGNÓSTICOS DO RELATOR

Dr. Clibas Correia

ANATÔMICOS :

Adenocarcinoma do endométrio 440 infectado;
Polipose uretral;
Varizes dos membros inferiores;
Embolia pulmonar.

FUNCIONAIS :

Constipação crônica;
Hipo-soroalbuminemia.

“CAUSA MORTIS” :

Choque neurogênico por embolia pulmonar.

DISCUSSÃO CLÍNICA

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Dr. Correia, o exame bacteriológico da urina evidenciou bacilos Gram-negativos do grupo coliaerógenes, e o hematológico, um desvio à esquerda, com leucocitose.

DR. CLIBAS CORREIA — A paciente devia ter um processo infeccioso, dada essa leucocitose com desvio à esquerda...

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Mas onde?

DR. CLIBAS CORREIA — Acredito ser na cratera intra-uterina. A cavidade uterina era crateriforme e sangrante. Não se pode excluir uma infecção urinária.

DR. HUMBERTO TORLONI — A que altura? Um processo urinário vai desde a uretra até o glomérulo.

DR. JACYR QUADROS — Na parte radiológica, a urografia excretora, a esta altura, nada mostrava de anormal. Foi feita em 17 de fevereiro de 1959. Há uma radiografia do pulmão que também nada mostrava de anormal. A urografia mostrava apenas uma compressão extrínseca da bexiga, naturalmente pelo tumor uterino de grande tamanho, além de um aspecto anormal do cálice, bacinete etc. Nada mais do que isso.

DR. ELOY PARISI — Dr. Jacyr, há descrição de dilatação de um cálice superior, mas não se diz de que lado. Pode-se verificar isso?

DR. JACYR QUADROS — Penso que há um pouco de exagero. Não existe essa dilatação. O aspecto do rim é normal. Não existe estase renal. Apenas existe uma compressão extrínseca da bexiga. Trata-se de um tumor muito grande da cavidade uterina. Vê-se aqui a imagem de enchimento de todo o corpo uterino. Há uma radiografia com o radium colocado, que preenche inteiramente a cavidade uterina.

DR. HUMBERTO TORLONI — O útero está normal? Não foi furado?

DR. JACYR QUADROS — Por estas radiografias, não.

DR. ELOY PARISI — Esta é uma paciente portadora de um adenocarcinoma do endométrio. Apresentava ainda uma uretrite poliposa e uma retite inespecífica, demonstradas, respectivamente, pelos exames urológico e proctológico. Como dado importante, havia ainda, pelo exame físico, varizes do membro inferior. Esta doente representa uma situação muito especial para mim porque tive a oportunidade de assistir ao acidente final. Esta não tem sido a regra, de modo que, tendo participado do quadro final, pareceu-me mais interessante eu mesmo discutir o caso.

Esta doente foi submetida a uma terapêutica que me parece correta e que, aliás, foi uma indicação feita em conjunto pelos Serviços de Ginecologia e de Radioterapia.

Kealmente, esta doente apresentava, antes da execução do tratamento (porque logo após o tratamento se instalou o quadro final, além dos diagnósticos já referidos), uma cultura de urina demonstrando a presença de *Coli-aerogenes* e de *Staphylococcus aureus*, com prova de estafilinase negativa. Assim, poder-se-ia acrescentar, dentro do quadro geral, uma infecção urinária, cuja extensão ou localização me parece não poder ser determinada exatamente, por falta de elementos, mas que devia ser uma infecção urinária a *Coli-aerogenes*, estando aí o *Staphylococcus aureus* apenas por efeito de contaminação, desde que se apresentava a prova de estafilinase negativa. Ainda mais, em geral, quando isto acontece, o *S. aureus* não é patogênico. Apresentava ainda a doente uma hiposoroalbuminemia. Na ausência de outros elementos para se suspeitar de metástases hepáticas, encontraríamos a explicação para essa queda de soroalbuminas na influência do tumor à distância (vamos dizer assim) sobre a bioquímica do hepatócito. É fato conhecido que o tumor provavelmente secreta uma substância, não bem determinada, que vai provocar uma inibição de um fermento, que é a catalase, fermento este que tem papel preponderante nas reações bioquímicas intra-hepatócito e que conduz à formação da soroalbumina. É comum, pois, verificar-se que basta a presença de tumor, mesmo sem comprometimento direto anatômico do fígado, para já explicar o quadro da hiposoroalbuminemia, proteína que não é mais fabricada pelo hepatócito, razão por que, dentro das melhores condições de alimentação, não se consegue refazer a taxa da soroalbumina.

Quanto ao acidente final, quero dizer o seguinte: esta doente submeteu-se a uma aplicação de radium, que decorreu normalmente, sem acidente nenhum. Foi retirado o material irradiante sem complicação nenhuma. E, ao ser transportada da mesa para a maca, ela, subitamente, teve uma lipotímia, com queda de pressão, seguindo-se apnéia e parada respiratória, continuando entretanto presentes os batimentos cardíacos. Já naquela ocasião, diante da doente ainda viva, fizemos a suposição de que se tratava provavelmente de uma embolia pulmonar, pelas seguintes razões: era uma doente que já apresentava varizes nos membros inferiores e, portanto uma circulação de retorno venosa alterada; tinha permanecido, por força da aplicação de radium, absolutamente imóvel du-

rante cerca de 48 horas. Na remoção, isto é, na passagem da maca para a cama, apresentou um quadro agudo, com perda de consciência e com parada respiratória. Então, duas hipóteses poderiam ser consideradas, para se fazer o diagnóstico diferencial entre as duas grandes causas de morte súbita, embolia pulmonar e oclusão coronária aguda. Não falamos aqui em enfarte do miocárdio porque, muitas vezes não chega a se formar este quadro, e o que há é uma oclusão coronária. As duas condições levam certamente a um choque neurogênico. Isto faz parte do quadro comum.

Quando existe uma obstrução da coronária, levando a um enfarte, ou quando uma embolia pulmonar se instala, ambos, com os quadros clínicos típicos e completos, não é muito difícil fazer-se o diagnóstico diferencial.

Mais difícil é quando as coisas se passam como se passaram nesta doente, isto é, quando os quadros não são absolutamente típicos. Então, pequenos detalhes é que nos podem orientar. Sabemos que nos acidentes cardíacos propriamente ditos, nas oclusões coronárias ou enfartes do miocárdio, principalmente quando atingem o músculo bulbo-espinhal profundo, que parece ter a maior importância na determinação de alterações do ritmo ou na parada cardíaca, o que se observa é o seguinte: ou haverá fibrilação ventricular e então o desaparecimento dos batimentos cardíacos ou então surge inicialmente, não a fibrilação ventricular, mas a parada cardíaca, de modo direto. Em caso de embolia pulmonar, como podemos verificar neste caso, as coisas se passam de maneira um pouco diferente, isto é, instala-se a embolia pulmonar, há o choque neurogênico, há a parada respiratória, mas o coração ainda continua batendo. Foi este elemento, pois, a nosso ver, o que permitiu o diagnóstico de embolia pulmonar.

Naturalmente, esta paciente foi submetida a uma série de providências, uma delas foi a entubação, feita pelo Dr. Ariel, que estava presente no momento e que me forneceu, pela simples introdução do aparelho de observação, mais um elemento, quase que de segurança, para firmar o diagnóstico: encontrou uma broncoconstrição generalizada. Ora, é sabido que as embolias pulmonares interferem em vários mecanismos reflexos, no próprio mecanismo regulador dos movimentos respiratórios e no reflexo vago-vagal, que leva à constrição brônquica generalizada. Resta pois, firmado este diagnóstico, fazer algumas observações a respeito do ponto de partida do trombo e do seu tamanho. Sabemos que na grande maioria das vezes essas embolias provêm de um processo de tromboflebite do membro inferior. Esta paciente tinha varizes dos membros inferiores, que favoreciam uma tromboflebite. Não havia sinais clínicos, pelo menos descritos, de tromboflebite dos membros inferiores. Tal fato, entretanto, não invalida a hipótese. Também existia a possibilidade de uma doença tromboembólica da pelvis. Pela ausência de sinais para um lado e para o outro, e pela frequência das embolias partidas de processo tromboembólico de membros inferiores, acho que a hipótese mais provável seria mesmo de uma doença tromboembólica com partida de êmbolo dos membros inferiores.

Interessa também comentar os caracteres dêsse êmbolo, embora seja sabido que mesmo êmbolos pequenos podem levar ao choque neurogênico e à morte súbita, não necessitando que obstruam vaso de grande calibre. Sendo muito pequenos, isso se deve predominantemente ao fator neurogênico, dando-se com grande preponderância no grupo de indivíduos vagotônicos. Entretanto, na maioria das vezes, as embolias que levam a mortes fulminantes, como no caso desta doente, são devidas a êmbolos grandes, que obstroem vasos calibrosos, às vezes mesmo chegando àqueles trombos grandes, como a cavaleiro. Os diagnósticos seriam os seguintes:

ANATÔMICOS: — adenocarcinoma do endométrio estadiado em 440 irradiado; uretite poliposa; retite inespecífica; varizes dos membros inferiores; doença tromboembólica, mais provavelmente nos membros inferiores.

FUNCIONAIS: — hipo-soroalbuminemia; infecção urinária a Coliaerogenes.

“CAUSA MORTIS” — Choque neurogênico por embolia pulmonar.

Ainda gostaria de acrescentar mais um dado: é possível, nestes casos, que se venha a ter lesões do miocárdio, que são decorrentes do estado bioquímico das fibras musculares, dependentes de isquemia provocada pelo choque, provavelmente nada tendo a ver com o que antigamente se descrevia como reflexo pulmocoronariano. Se existirem lesões do miocárdio, estas lesões devem ser decorrentes da isquemia. Ou mesmo, se chegaram até a necrose mais ou menos difusa, se não bem delimitada, é característica do enfarte de miocárdio.

DR. JACYR QUADROS — Quería saber do Dr. Parisi se poderia excluir com segurança a possibilidade de uma hemorragia interna e se essa embolia não era provável que tivesse partido do próprio útero, onde existia um processo pelo menos bem evidente: tumorção com destruição de paredes. Não seria mais lógico admitir essa embolia partindo do próprio tumor das paredes uterinas?

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Há alguma referência no prontuário sobre a diferença de diâmetro entre a coxa direita e a coxa esquerda?

DR. ELOY PARISI — A esta pergunta poderia responder já: não havia nada descrito que me chamasse a atenção sobre isso.

DR. SILVIO CAVALCANTI — Na papeleta há um dado que me parece de certa importância para justificar pelo menos o desvio à esquerda: no dia 24 de fevereiro foi feita a histerografia. A paciente apresentou a temperatura de 37,2°, e quem fez a visita nesse dia solicitou à enfermagem a tomada de temperatura de três em três horas. A partir desse ponto, prescreveu-se antibiótico dêsse dia

até à morte. Talvez coubesse, portanto, a pergunta do Dr. Torloni, no sentido de se saber se havia uma perfuração de útero. É possível que no momento da histerografia, tenha havido qualquer coisa nesse sentido. Talvez êsse dado venha a orientar o raciocínio para qualquer processo endocavitário.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETO — Embora clinicamente tudo indique que o diagnóstico mais provável seja mesmo o de embolia, para explicar a “causa mortis”, acho que se deve colocar pelo menos em interregação o diagnóstico de enfarte ou, como diz o Dr. Parisi, de oclusão coronária aguda. Há também a hipótese do Dr. Jacyr, de uma hemorragia abdominal, hemorragia de vaso importante, considerando-se que essa doente tinha um tumor bastante avançado. Há portanto essa hipótese de uma rutura de artéria importante.

DR. HUMBERTO TORLONI — Para dentro da cavidade ou para fora?

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETO — Dentro da cavidade abdominal.

DR. HUMBERTO TORLONI — Portanto, hemorragia interna, dentro da cavidade abdominal.

DR. SILVIO CAVALCANTI — Uma pergunta ao Dr. Batista: na possibilidade dessa hemorragia em tumor crateriforme de útero, essa hemorragia não sairia também pelos genitais externos?

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETO — Estou pensando numa hipótese bastante remota. Não conhecemos a situação metastática dentro do abdomen.

DR. SALVADOR A. SABINO — Acho que este caso serve para ilustrar bem a discussão que houve anteriormente sobre tromboflebite e flebotrombose, mostrando que êsses casos de flebotrombose passam quase despercebidos, apesar de o Dr. Jesus ter chamado a atenção sobre eles.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREA — Como cheguei um pouco atrasado, queria perguntar qual o tipo de respiração da doente. Foi descrito ou não?

DR. ELOY PARISI — Esclareço já: essa doente entrou em parada respiratória. Foi feita a respiração artificial. De vez em quando ela tinha um movimento respiratório. Não creio que se possa classificar o tipo de respiração.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREA — Acho que a hipótese de hemorragia, com esse tipo de respiração, poderia ser excluída. De forma geral, as hemorragias dão uma frequência respiratória aumentada. Creio que também no caso de enfarte pulmonar a frequência deveria estar aumentada.

Talvez fôsse o caso, portanto, de uma hipótese a mais, que seria de embolia num centro respiratório bulbar.

DR. ELOY PARISI — Respondendo às perguntas feitas pelos colegas, diria o seguinte: o hematológico, comentado pelo Dr. Silvío, me parece que era de data anterior. E aqueles cuidados tomados depois da histerografia, acho que o foram apenas para prevenir a possibilidade de infecção.

Não há descrição de nenhum fenômeno que chamasse a atenção sobre perfuração uterina. A respeito da pergunta do Dr. Jacyr, sobre se o êmbolo poderia ter partido do

útero ou, melhor, da pelvis, eu acho que seria possível. Em todo o caso, desde que me faltam elementos para julgar com mais segurança, inclinar-me-ia pela muito maior frequência destas alterações ocorridas nos membros inferiores, dêles partindo os êmbolos.

Quanto à possibilidade de ser uma hemorragia interna, parece-me que há pelo menos dois fatos que falam contra ela: primeiro, esta doente entrou imediatamente em parada respiratória; segundo, apresentava um broncoespasmo. Ora, parece-me que estas duas ocorrências são perfeitamente explicáveis por embolia pulmonar e não por hemorragia.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Mais uma pergunta: o prontuário parece que só faz referência a varizes do lado esquerdo.

DR. CLIBAS CORREIA — Não. A varizes dos membros inferiores.

DR. ELOY PARISI — Exatamente. A varizes dos membros inferiores, já tendo sido operada de varizes no membro inferior esquerdo.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Este é um caso clínico de grande interesse pela sua importância prática, no sentido de trazer como "causa mortis" uma das doenças mais frequentes, que é a doença tromboembólica. Os diagnósticos feitos pelos Srs. relator e comentador estão perfeitos. Estou de pleno acôrdo com eles. O Dr. Parisi fez uma discussão muito judiciosa, muito alta, muito científica, do ponto de vista clínico. A ela nada acrescentarei e nada tirarei. Simplesmente comentarei as declarações dos colegas que depois vieram argumentar sobre as possibilidades diagnósticas.

Assim é, por exemplo, que o Dr. Batista parece ter dúvida entre oclusão coronária aguda e enfarte. O enfarte é consequência da oclusão. Tratando-se, no caso, de uma oclusão coronária que em minutos causou o falecimento da paciente, é de concluir-se não ter havido tempo suficiente para a instalação do enfarte. Daí a razão do rigor da nomenclatura usada pelo Dr. Parisi: oclusão coronária aguda.

O mesmo se diga a respeito da hemorragia. Por mais violenta que seja e por mais volumosa que seja, nunca leva subitamente, abruptamente, à morte, porque sempre resta um tempo de instalação do choque hemorrágico, em que a anóxia, muito bem lembrada pelo Dr. Sampaio, traz a taquipnéia.

Esta doente entrou repentinamente em apnéia. Parou de respirar. Há mais um fator: a verificação, feita pela pessoa que fez a endoscopia, da existência de constrição brônquica, comprovando de maneira patente, concreta, bem definida, aquilo que sabemos de fisiologia, isto é, a existência do reflexo pulmonar ou pulmo-brônquico.

De forma que estou de acôrdo com os diagnósticos feitos, podendo a sede deste êmbolo encontrar-se ou ao nível dos membros inferiores ou ao nível do plexo uterino, que era uma região trabalhada pelo processo patológico. Definir qual dos dois locais foi a sede do trombo que se destacou, por uma questão de frequência estatística, é ficar para o lado dos membros inferiores. Porém não se pode eliminar a possibilidade de ter saído do setor pelvis. A infecção urinária de fato existe. E também não se pode dizer em que

local do aparelho urinário esteja ela. Desde que exista uma constipação renal, como provavelmente existia, embora não houvesse sinais radiológicos em virtude da compressão dos ureteres, a frequência fala a favor de que pudesse haver uma pielonefrite aguda em consequência da perturbação na dinâmica pielo-ureteral, representada pela compressão dos ureteres.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS

MOLÊSTIA PRINCIPAL : — Adenocarcinoma do endométrio.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS : — Infiltração da vagina por adenocarcinoma do endométrio. Trombose dos plexos perituterinos. Arteriosclerose moderada da aorta. Arteriosclerose da basilar. Arteriosclerose renal. Arteriosclerose esplênica. Edema da perna e da coxa D. Edema cerebral. Congestão passiva crônica do fígado no segundo período. Congestão passiva crônica do baço. Congestão passiva crônica dos rins. Congestão passiva crônica dos vasos venosos cervicais.

DIAGNÓSTICOS HISTOLÓGICOS : — Inchaço turva dos hepatócitos. Inchaço turva tubular renal. Esteatose hepática centro-lobular.

"CAUSA MORTIS" : — Embolia trombótica fulminante das artérias pulmonares.

DISCUSSÃO DA ANATOMIA PATOLÓGICA

DR. JESUS CARLOS MACHADO — O caso foi corretamente interpretado na discussão clínica, justificando-se o diagnóstico de embolia. Entretanto tenho a impressão que o diagnóstico de trombose poderia ter sido feito antes de a embolia ter-se instalado. Quando a paciente chegou à mesa de autópsia, notamos logo uma diferença muito grande entre o diâmetro do membro inferior direito e o do lado esquerdo, denotando um edema muito acentuado do primeiro. Isso só se explica por uma trombose da veia femoral direita, trombose esta que foi facilitada, como disse o Dr. Parisi, pela imobilidade da doente, que ficou 48 horas no leito, e pela presença de tumor volumoso, que veremos na projeção da macrofotografia. Esse tumor evidentemente também contribuiu para um retardo da circulação. Com a movimentação da paciente, que foi levada da mesa para a maca, houve o deslocamento do trombo, havendo embolia trombótica de grandes ramos do tronco das artérias pulmonares, o que matou a paciente em 15 minutos. Mas não há nada com a radioterapia na patologia de trombose espontâ-

nea distante de Aschoff. Nas veias estudadas no trajeto do radium não havia alteração nenhuma.

A séde dèsses trombos evidentemente não poderia ter sido o plexo uterino, porque as veias dèste plexo são pequenas e nunca podem dar um trombo de 30 ou 40 cm que produza uma embolia fulminante. Geralmente as veias do plexo uterino levam o paciente a enfarte, desde que haja uma congestão passiva crônica do pulmão. Êstes trombos mais volumosos partem de veias de maior calibre. A meu ver o diagnóstico de trombose da veia femoral poderia ter sido feito clinicamente e, quem sabe, uma terapêutica de prevenção pudesse ter sido aplicada. Em consequência o tratamento pelo radium não pode ser responsabilizado pela trombose. Aliás as veias próximas ao trajeto do radium não apresentavam alteração alguma. Também não havia perfuração do útero.

Outros achados da autópsia devem ser considerados na patogenia da trombose: enfisema pulmonar acentuado, que já estava em "corpulmonale" crônico, com retardo da circulação, com fígado e baço de estase. Já estava portanto no segundo período de congestão passiva crônica.

No aparelho urinário foi encontrada arterioesclerose renal, além de uretrite poliposa. No coração, hipertrofia do lado direito. Nas coronárias havia arterioesclerose, mas sem trombo.

DR. NORMANDO DI BELLIS — Não havia peritonite?

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Não.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Acho que aqui há um interesse grande no sentido de se fazer diagnóstico bem claro e específico, porque embolia pulmonar é uma coisa genérica. Pode ser uma coisa mínima, como estamos vendo todos os dias. Pode ser até recuperável. Mas pode obstruir o tronco da artéria pulmonar, constituindo um quadro específico, porque Tredelenburg demonstrou, em alguns casos que têm sido salvos, que, quando há parada brusca do coração, é indicada a toracotomia, procedendo-se a embolectomia, desde que se esteja em condições de fazê-la. Doentes, assim, têm sido salvos. Alguns êmbolos chegam a ter 40 cm de comprimento. Não sei se neste caso seria possível a toracotomia, mas é interessante chegar-se a êste diagnóstico, pelo menos à suspeição, porque se trata de um êmbolo da artéria pulmonar, e não um êmbolo de um vaso secundário.

DR. DAVID EHRLICH — Considerando essa série de casos que têm surgido nestas reuniões, relacionados com fenômenos tromboembólicos, pergunto ao Dr. Roxo se não poderia ser posta na rotina (mesmo com apenas dois casos já apresentados) uma medicação anticoagulante a ser administrada a êsses pacientes que ficam durante tempo prolongado com radium. E, segundo lugar, desejava a opinião do Prof. Ramos sobre a conduta que deve ser seguida quanto à ligadura da veia femoral. Um colega do Paraguai, Dr. Cabreira, que trabalhou com o Prof. Riveros, referiu que em casos de tromboflebite, o Prof. Riveros tem praticado a ligadura das femorais, com muito sucesso.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Quero dizer ao Dr. David que não são somente dois casos. 5 a 6% dos pacientes que morrem neste Hospital morrem de embolia pulmonar.

DR. DAVID EHRLICH — Mais uma razão ainda.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Uma retificação: não só neste Hospital como em todos. Êste é problema importante em cirurgia. Já é sabido que em tôdas as afecções crônicas, como a tuberculose, a sífilis e a lepra, a incidência de trombose espontânea venosa é muito grande. Temos entre nós o trabalho do Prof. Amorim, feito no Hospital do Jaçanã, onde, em tuberculose, achou a incidência de 41%. Em nosso Hospital a frequência de trombose venosa é de 30%. No material que tivemos no Pronto Socorro da Escola Paulista de Medicina, encontramos só 9%. Dos doentes internados no Hospital São Paulo, a frequência foi de 40%, para os portadores de câncer.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA — Pode-se então concluir que o câncer constitue condição favorável à trombose.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Isso não é novo. Isso é conhecido.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA — A trombose é pois mais freqüente nas moléstias crônicas, que exigem permanência no leito muito prolongada. Há algum trabalho feito no sentido de verificar se um tuberculoso de ambulatório é menos sujeito do que um tuberculoso internado?

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Só podemos fazer êsse trabalho, realmente, em doentes que falecem, porque só intervimos em autópsias. Para nós é mais difícil fazer estatísticas sobre doentes de ambulatório.

DR. NORMANDO DI BELLIS — Um doente fica muito tempo imobilizado no caso de moléstias crônicas. Mas não se vê êsse acidente com muita frequência em ortopedia.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Vê-se. Há uma frequência muito grande em ortopedia. Li um artigo na revista "Surgery" onde o problema da prevenção da trombose é estudado, comentando-se a questão da ligadura da veia femoral. Chega à conclusão, por quatro inconvenientes que cita, de que a ligadura da veia femoral não é suficiente. Preconiza mais o emprego de anti-coagulantes, à base de heparina.

DR. FERNANDO GENTIL — Com relação ao comentário do Dr. David, realmente o caso não é de assustar, porque a porcentagem em essa em todos os hospitais, sendo que os cancerosos apresentam uma frequência um pouco maior. Tivemos a oportunidade de estudar 100 casos, que antes da cirurgia foram submetidos à ligadura bilateral das femorais, verificando complicações que não foram pequenas. Mas nesses 100 casos houve uma redução de 6 a 8% nos acidentes tromboembólicos, que se limitaram apenas a 2% dos casos. A ligadura é pois eficiente, sob o ponto de vista preventivo, mas não se deve esquecer que condiciona um número grande de complicações, principalmente no que se refere a edema das pernas. Êsses pacientes, em vez de ficarem 15 dias, ficavam de 20 a 30 dias internados, devido ao fato de serem submetidos a duas intervenções (antes a ligadura, depois a intervenção de eleição). Por isso con-

sidero que o problema ainda está em aberto. E' difícil aconselhar essa ligadura como rotina, porque as complicações realmente são muito grandes.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA — Pergunto ao Dr. Gentil: baixou a incidência das conseqüências ou da moléstia tromboembólica? Esses indivíduos que tinham a femoral suturada, amarrada, não apresentavam embolia?

DR. FERNANDO GENTIL — Mais de 70% dos doentes submetidos a essa ligadura deixaram de apresentar uma embolia mortal no pós-operatório.

DR. ELOY PARISI — Antes de mais nada queria fazer uma ressalva justa. Só vi esta doente quando estava morrendo e me empenhei apenas em tirá-la da difícil situação. Não me dei ao cuidado de verificar de onde teria partido o trombo, porque o momento não era próprio para essa verificação. Em segundo lugar, essa doente, na situação em que se achava, não tinha tempo útil para ter o tórax aberto a fim de retirar o trombo. A respeito das considerações da circulação periférica, principalmente venosa, continuo dando inteiro valor a ela, e é de rotina que seja estudada, em todos os membros. Chama a atenção, principalmente naqueles doentes que já têm problemas circulatórios venosos de extremidades. Muitas vezes deixamos consignado no prontuário do doente "não fazer transfusões em membros inferiores", "ter vigilância especial" etc.

Acho que algumas coisas deveriam ser feitas, como bem diz o Dr. David. Assim, a possibilidade de usar anticoagulantes, principalmente nos casos que vão ser submetidos ao radium e não à cirurgia. A ligadura da femoral, pelo menos quando presentes sinais clínicos de moléstia tromboembólica, se impõe. Ainda proporia mais: que principalmente a retirada do radium fôsse feita na sala de cirurgia, já com tudo prevenido sobre a possibilidade de acidente, no sentido cirúrgico. Porque, se a retirada do radium não fôr feita na sala e não se tiver tudo à mão, não haverá tempo útil para se achar e retirar o trombo. Pode ser que isto tenha problemas, do ponto de vista da radioterapia. Evidentemente, entretanto, mesmo antes de se tentar a retirada do trombo, é preciso não esquecer de fazer morfina e atropina na artéria. A dificuldade é achar a artéria. Não o conseguimos neste caso. Pegar veia praticamente não adianta. A morfina e a atropina não chegam aos centros nervosos a tempo de agir, de modo que rigorosamente a injeção deveria ser feita na artéria. A tentativa de retirar o êmbolo, como diz o Prof. Prudente, é realmente a única solução para esses casos, em que a morte sobrevém desta forma. Mas pode também acontecer que se trate de êmbolos muito pequenos, naqueles indivíduos vagotônicos, em que a excitação vagal é extremamente intensa, podendo tais êmbolos levar também à morte.

DR. ROXO NOBRE — Não posso deixar de fazer um comentário, respondendo à questão em que se envolvia a Radioterapia. Realmente neste caso apresentam-se diversas considerações. Em primeiro lugar, este é um tipo de aplicação de moldagem de radium: que não exige imobilização das pernas. Geralmente os doentes de colo uterino, quando fi-

cam com colpostatos e sondas, é que são convidados a se imobilizarem na cama. Os outros, inclusive os do endométrio, movem as pernas durante a aplicação. Esta paciente só teve um período de aplicação de radium, de 48 horas, e sem imobilização forçada.

Em segundo lugar, vejo que causa uma grande inquietação a circunstância de já termos tido dois doentes de radium que morreram em conseqüência de um acidente tromboembólico. Entretanto, devo fazer notar que esses dois doentes devem ser computados em bem mais de mil casos já tratados, o que nos põe muito longe dos 6 a 8% de casos que acontecem em intervenções cirúrgicas. E' preciso então fazer sentir que todas as circunstâncias que pudessemos usar e que nos pusessem 100% livres da incidência deveriam ser consideradas. Mas evidentemente a preocupação de levar o doente até o centro cirúrgico para tirar o radium, constituiria uma hiper-correção, fora e acima das possibilidades do Hospital — possibilidades econômicas, de espaço e mesmo de conveniência.

Queria também fazer um comentário sobre o seguinte: foi apontada a hipótese de uma perfuração ter sido responsável pelo acidente. Evidentemente se algum acidente pode ser provocado pela perfuração, não se via na retirada, e sim na introdução do radium.

DR. SILVIO CAVALCANTI — Foi na histerografia.

DR. ROXO NOBRE — Mas isso tudo foi anterior. Não poderia causar a morte depois, na retirada do radium. Além disso, a Ginecologia e a Radioterapia têm experiência sobre a incidência relativamente freqüente de perfuração numa simples histerometria. Acontece em porcentagem baixa, mas com relativa freqüência, sem causar maior dano, senão a necessidade de repouso por um ou dois dias, com uso de antibiótico. O caso presente se presta particularmente para mostrar que a grande massa infiltrante do corpo uterino deixa apenas uma camada muito delgada de musculatura remanescente, que permite facilmente uma perfuração. Mas são perfurações percebidas facilmente, imediatamente, e sem conseqüências.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Apenas uma retificação: o Dr. Roxo diz que na cirurgia a porcentagem é de 6 a 8%. Não é bem isso.

DR. ROXO NOBRE — Foi o que se disse aqui.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Não se quis dizer que 6 a 8% dos doentes morrem disso, mas sim que, dentre os doentes que morreram, 6 a 8% morreram devido à embolia.

DR. HUMBERTO TORLONI — No global, isto é, com cirurgia, com radium e mesmo espontaneamente.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — A meu ver, a mortalidade por acidente cirúrgico é pequena. Pela seguinte razão: se observamos doença tromboembólica em 40% dos portadores de câncer, acho que ter, entre aqueles que morreram, 5 a 6%, é pouco. Devia ser ainda muito mais. O raciocínio é o seguinte: temos dois aspectos, um potencial e outro objetivo, clínico. O potencial: o doente ainda não tem trombo, ou o tem mas o trombo é tolerado e não dá êmbolo — o que é uma

grande maioria dos casos. Isto é verdade. O Dr. Gentil já citou. Tenho visto casos em que, operando principalmente na pelvis, verifico uma veia que é um pouco dura. Faço uma pequena abertura e retiro um trombo. Isso não é tão raro. O que é mais sério é a nossa falta de cuidado algumas vezes em observar o doente, porque, às vezes, o diagnóstico pode ser feito antes da operação. A doente tinha edema, é preciso que se note isto. Foi examinada, mas como não se queixou, ninguém se lembrou de verificar se tinha edema. Se prestarmos atenção, principalmente nesses casos de tumores pélvicos, que dão trombo com frequência um pouco maior, isso nos levará a alguma coisa. Nesses casos, e aqui respondo ao Dr. Davi, então se justificaria a ligadura. Entretanto, uma ligadura profilática sistemática é quase um absurdo. Lembro-me de que esse foi um dos temas discutidos num congresso realizado na Alemanha, há muitos anos. Recordo-me até do nome de quem o apresentou, Dr. Katzenstein, pedindo que se fizesse a ligadura da cava. Havia ginecologistas e obstetras simpatizantes dessa tese. Ora, isto é um absurdo porque a própria ligadura poderá favorecer o trombo e depois o êmbolo.

Faço agora uma pergunta: é possível, do ponto de vista funcional, de laboratório (não digo clínico), pelo tempo de coagulação, pela protombina etc., prever a formação de trombo e eventualmente de êmbolo? Faço esta pergunta porque, se isto for possível, então o tratamento profilático com anticoagulantes talvez se imponha nos casos em que fossem verificadas tais alterações desfavoráveis.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Lembraria ao Prof. Prudente que os 6% correspondem não aos indivíduos que fazem trombose, mas ao total dos pacientes falecidos.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — De doença tromboembólica.

DR. JESUS CARLOS MACHADO — Dos óbitos verificados em necropsia no Hospital, 6% morreram em consequência de doença tromboembólica. Ao Dr. Roxo lembraria somente um outro caso de embolia fulminante típica: uma embolia de pequenos e médios ramos.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — É tal a importância da doença tromboembólica que já se descrevem até mortes súbitas de indivíduos que ficam algumas horas em torno de alguma mesa, jogando baralho. Têm-se descrito mortes súbitas de jogadores, com necropsia verificada de doença tromboembólica e embolia pulmonar. A respeito dessa impor-

tância, os nossos residentes devem lembrar-se que, em nossa aula sobre risco cirúrgico, colocamos a doença tromboembólica em segundo lugar. Em primeiro consideramos a situação de nutrição do paciente, em terceiro o aparelho respiratório, em quarto a exploração renal e, por último, o coração. O cardíaco, desde que não tenha enfarte recente, endocardite evidente, desde que não esteja em insuficiência cardíaca grau 4, pode ser muito bem submetido a qualquer tipo de intervenção cirúrgica, ao passo que, quando existe uma alteração grave de nutrição ou doença tromboembólica, cuidados muitos especiais devem ser tomados, antes de conduzir os pacientes à mesa operatória.

Como fazer a profilaxia? Uma palavra só: mobilidade de todo o indivíduo e, principalmente, dos membros inferiores. Esta é a profilaxia ideal, porque o uso dos heparínicos e dos anticoagulantes, principalmente naqueles que se destinam à cirurgia, aumenta o risco de hemorragia. Em se tratando de um caso puramente clínico, corremos também certos riscos devido à diminuição do tempo de coagulação, se se usam os anticoagulantes. De modo que a profilaxia deve ser, em primeiro lugar, em todos os casos, a mobilização. A ligadura da veia femoral tende atualmente a não ser executada, a não ser em casos especiais, que foram muito bem comentados pelo Prof. Prudente, isto é, casos de tumor abdominal, em que se sabe de maneira concreta e bem definida que existe uma diminuição da circulação venosa dos membros inferiores. Aí deverá ser ligada, com prévia aspiração e verificação de se não existe trombo em toda a femoral ou até na ilíaca. Por que? Porque os inconvenientes da ligadura profilática são os seguintes: primeiro, formação de novos trombos no local da ligadura, isto é, na parte superior, na parte acima da situação ligada, o que se dá com frequência relativamente grande. Em segundo lugar, pela frequência de trombos além da femoral. Em terceiro lugar, o inconveniente acarretado para a circulação do membro que foi ligado. Aí estão os inconvenientes da ligadura da femoral profilática, havendo autores que chegam a estudar comparativamente, estatisticamente, casos de ligadura e de não ligadura.

Aí está portanto o porquê da importância deste assunto e também da grande importância da mobilização, mesmo nos doentes de clínica médica, de medicina interna, e principalmente nos doentes de cirurgia, estando, antes de todos os outros, os doentes de um Hospital de Câncer.